

# ХАБАРШЫСЫ

№ 3 (48), 2010

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан с мая 1998 г.

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

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и общественного согласия Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство № 106-ж от 20.01.1998 года.  
ISSN 1562-2967

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

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

**Адрес редакции:**

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

**Факс: 40-82-19**

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

Тираж 57 экз., объем 15,6 п.л.

**Главный редактор**

Сексенбаев Б.Д., доктор медицинских наук, профессор

**Заместитель главного редактора**

Югай Н.В., кандидат медицинских наук, доцент

**Редактор научного журнала**

Шаймерденова Р.А.

**Редакционная коллегия:**

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

**Редакционный совет:**

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

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК-611.341:611.14:591.3

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕ И ВНУТРИОРГАННЫХ ВЕН ТОНКОЙ КИШКИ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Т.А. Сағатов, А.М. Дауреханов, К.Т. Кулаев, К.Е. Оспанов, Н.К. Таушакова  
Учебно-клиническая база МКТУ им.Х.А.Ясауи, г.Шымкент

## ТҮЙІН

Мақалада жіңішке ішіктің сыртқы және ағзайшілік веналарының морфологиялық ерекшеліктерінің зерттеу нәтижелері берілген. Веналардың орта қабаты жасөспірімдік (пубертаттық) кезеңге дейін өскен, ал кейінгі кезеңде вена қабырғасының компоненттері бір келкі өспеген. Кәрі жаста орта қабаты жұқарып, ішкі мембрана қалыңдаған.

## SUMMARY

In at atin bowels external and internal vien morphological f eatures to investigate results was given. Vienna of an average layer up toa youthfulstage grew, and on following a stage parameters of an edge Vienna is homogeneous did not grow. At the old man an average layer and internal elastic a membrane.

Изучение морфологических особенностей вне- и внутриорганных вен тонкой кишки, а также характера их развития и становления в постнатальном онтогенезе, имеет большое практическое значение. Вопрос о вне- и внутриорганных сосудах тонкой кишки вызывает множество споров. Так, [2,3] установлено, что вены тонкой кишки представлены 2-мя стволами. По данным Л.И.Бажакова [1] количество стволов варьирует от 1-го до 3-х. Анализ доступной нам литературы показал, что работ по этой проблеме немного, а данные их весьма противоречивы, [4,5] поэтому необходимы дополнительные исследования.

**Целью исследования** явилось изучение морфологических особенностей развития и становления вне- и внутриорганных вен тонкой кишки в постнатальном онтогенезе.

**Материал и методы исследования.** Вены тонкой кишки были взяты из органокомплексов 55 трупов людей, погибших от случайных причин и не имевших патологии ЖКТ в пре- и постнатальном онтогенезе. Комплексные исследования заключались в осуществлении наливки сосудов с последующим их просветлением по А.М. Малыгину, рентгеновазографии.

Для гистологических исследований были взяты фрагменты из вен тонкой кишки трупов людей разного возраста. Материал фиксировали в 10% растворе формалина и после соответствующей обработки заливали в парафин. Ориентированные срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону, для выявления эластических элементов – по Вейгерту. Полученные результаты обрабатывали статистически стандартными методами вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Для оценки достоверности различий использовали программу Excel-2000. Средние величины представлены в виде  $M \pm m$ . Достоверными считались различия при  $P < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Сравнительное исследование препаратов, приготовленных из различных частей тонкой кишки, выявило локальные особенности строения внутриорганных вен рассматриваемого слоя. Во всех оболочках ДПК внутриорганных вен больше, чем в тощей и подвздошной кишке. В слизистой оболочке тонкой кишки наблюдаются лишь венулы, образующиеся от слияния 5-6 ти капилляров. В сосудисто-мышечном слое в разных частях тонки кишки направление вен имело преимущественно продольную ориентацию и поперечное направление. Субсерозная венозная сеть тонкой кишкой образуется от слияния вен слизистой и мышечной оболочек. Из субсерозной венозной сети начинаются внеорганные вены тонкой кишки. Из субсерозной венозной сети тонки кишки формируется 16-20 притоков, идущих от передней и задней поверхности стенки тонкой кишки. Наиболее часто эта вена состоит из 2-х, реже - из 3-х стволов. У плодов во второй половине внутриутробной жизни стенка вен тонкой кишки состоит из 3-х оболочек. Внутренняя состоит из одного слоя эндотелиальных клеток, за которыми расположен субэндотелий, затем внутренняя эластическая мембрана в виде плоской ленты толщиной 1,25-1,56 мкм (в среднем 1,4 мкм). Толщина средней оболочки варьирует от 11,78 до 18,90 мкм ( в среднем 15,34 мкм), слагается из 2-х, местами 3-х рядов гладких мышечных клеток, расположена циркуляторно. Между слоями гладких мышц расположено 2-3 ряда циркулярно идущих эластических мембран толщиной 0,70-1,23 мкм (в среднем 0,96 мкм) и отдельные эластические волокна, переходящие в наружную оболочку.

Период новорожденности и младенчества характеризуется заметным ростом структурных элементов стенок вен тонкой кишки. Толщина средней оболочки варьирует от 21,0 до 25,45, в среднем 23, 22 мкм (прирост 7,88 мкм). Увеличивается также толщина гладких мышц в некоторых случаях до 3,45 мкм. Внутренняя эластическая мембрана гладкая, ее толщина колеблется от 1,22 до 1,24 мкм, в среднем 1,23 мкм.

В период раннего детства (1-3 года) происходит более интенсивное изменение в строении стенки вен, толщина всех оболочек заметно увеличивается. Особенно сильно развиты гладкие мышечные клетки, толщина которых варьирует между 4,10 и 5,1 мкм. Толщина внутренней эластической мембраны в среднем равна 1,29

мкм, а эластических мембран -1,00 мкм. Толщина средней оболочки колеблется от 30,22 до 33,43 мкм, в среднем 31,82 мкм. В предшкольном периоде толщина средней оболочки стенки вен тонкой кишки колеблется от 42,25 до 44,36 мкм, в среднем 43,30 мкм, а толщина внутренней эластической мембраны в среднем равна 1,29 мкм. В препубертатном периоде изучаемые параметры вен продолжают увеличиваться. Толщина средней оболочки варьирует между 43,10 и 46,35, в среднем 43,72 мкм (прирост 10,22 мкм). Увеличивается также толщина гладких мышц, составляя в некоторых случаях до 5,75 мкм. Внутренняя эластическая мембрана гладкая, ее толщина колеблется от 1,42 до 1,49 мкм, в среднем 1,47 мкм. В юношеском периоде стенка средней оболочки вен характеризуется заметным утолщением средней оболочки от 56,80 до 59,34 мкм (в среднем 58,07 мкм), внутренней эластической мембрана-от 2,32 до 2,36 мкм (в среднем 2,34 мкм), гладких мышечных клеток-до 6,03 мкм.

В I и II периодах зрелого возраста отмечается интенсивный прирост и утолщение стенки средней оболочки вен тонкой кишки в среднем в 15 раз, которая в среднем равна 76,3 мкм. Внутренняя эластическая мембрана извилиста и утолщена, толщина гладких мышечных клеток составляет 7,03 мкм. Для пожилого возраста характерно незначительное, статистически достоверное уменьшение изучаемых параметров средней оболочки вен.

На основании полученных данных можно отметить, что равномерное увеличение параметров стенки средней оболочки вен происходит до пубертатного периода. В следующих периодах вплоть до пожилого возраста эти параметры увеличиваются неравномерно. В пожилом возрасте толщина средней оболочки основного ствола вен тонкой кишки уменьшается за счет уменьшения толщины гладких мышечных клеток, в то время как внутренняя эластическая мембрана становится толще.

**Выводы:** 1. Внутриорганные вены тонкой кишки имеют 5 порядков вен, находящихся в субсерозной основе, образующихся из вен I-IV порядка в слизистой и мышечной оболочках.  
2. Толщина стенки средней оболочки вен тонкой кишки увеличивается до пубертатного периода, а в следующих периодах и до пожилого возраста рост этих компонентов происходит неравномерно.  
3. В пожилом возрасте толщина средней оболочки вен тонкой кишки уменьшается, а внутренняя эластическая мембрана становится толще.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.Бажакова Л.И.микроциркуляция венозной системы //Мед.журнал.Узбекистана.2006.-Том 6.№5.-С.105-106.
2. Камиллов Х. Х. К методике транскапиллярной бихромной инъекции кровеносных сосудов //Архив АГЭ. -1970. –Том 9. -№7. -С. 104-105
- 3.Попов Г.Г. Возрастные особенности кровоснабжения стенки верхние брыжеечной вены у человека// Тезисы доклада 2-ой Всесоюзной конференции гастроэнтерологов 23- 25 –октября - Фрунзе. – 1990. – С.291
4. Сурков О.Г. Возрастная изменчивость кровеносных сосудов стенок подвздошных вен человека// Архив АГЭ -1980. Том78. -№ 2. С. 67- 73
5. Тен С.А Структурные преобразования верхней и нижней (груд. отдел) полых вен человека постнатального онтогенеза // Автореф. док. диссертаций Новосибирск. 1990. –.23с.

УДК-611.341-099:543.393:591.3

#### МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ГЕМОМИКРО-ЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ «ОМАЙТ-57Э» И «СУМИ-АЛЬФА» НА ФОНЕ АЛЛОКСАНОВОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДИАБЕТА

*К.Т.Кулаев, Т.А.Сагатов, А.М. Дауреханов, К.Е.Оспанов, Н.К.Таипакова  
УКБ МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Пестицидтермен улану кезінде алғашқы кезеңінде (3-15 күн), жіңішке ішектің тіндік құрылымдарының және микроциркуляциялық арналық деструктивтік бұзылыстары байқалады. (15-30 күн) арналағында тіндер бұзылысы жалғасады, тамырларда склероздық өзгерістер, ал жіңішке ішектің сілемейлі қабатында атрофиялық процестер дамиды. 90 күннен кейін жіңішке ішектің қабырғаларының барлық қабатында атрофиялық процестер мен капилляр тамырларының склерозы жүреді

#### SUMMARY

At poisonings pesticide in the first stage (3-15 days) at thin bowels outstanding in fringements of fabric structures and microcirculating quire of infringement (15-30 days) the fabric in fringements will be will proceed, at vien inclinable of change, and thin bowel develops atrophy processes. A fter 90 days an edge thin bowels at all of a layer are visible ayrophy processes and capillary vien sclerosis.

Нарушения микроциркуляции и тканевых патологий включаются как важное патогенетическое звено в ряд типичных патологических процессов и во многие частные патологические формы. В связи с этим учет расстройств микроциркуляции важен на выяснение механизма развития различных патологических процессов

[1,2,3]. Можно предположить, что нарушение микроциркуляции является важнейшим звеном того порочного круга, который в конце концов, приводит к срыву компенсаторных и приспособительных реакций и возможностей организма [4,5]. В связи с этим, нами была предпринята попытка изучения морфологических изменений в тканевых структурах одновременно с исследованием состояния сосудов микроциркуляторного русла тонкой кишки у крыс при последовательном отравлении пестицидами на фоне экспериментального сахарного диабета.

**Материал и методы исследований.** Эксперименты проводились на 67 белых беспородных крысах-самцах с массой 80-100 г., которым в течение 15 дней ежедневно натошак внутривентриально вводили раствор «Омайт-57Э» в дозе 1/20 ЛД 1,0 мл/100 г массы, а в последующие 15 дней таким же образом – «Суми-альфа». Животных декапитировали на 3, 7, 15, 30, 60 и 90 сутки после окончания затравки пестицидами. Для изучения ангиоархитектоники желудка и тонкой кишки через брюшную аорту медленно вводили массу Герота в модификации Х. Х. Камилова. Полученный материал просветляли по методу Т. А. Сагатова [8], и после соответствующей проводки заливали в парафин. Срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали гематоксилин-эозином. Материал для ультратонких срезов фиксировали в 2,5% растворе глутар-альдегида и 1%  $O_5O_4$ . После соответствующей обработки заливался в эпон-аролдитовую смесь. Ультратонкие срезы просматривали трансмиссионным электронным микроскопом (ТЭМ) Хитачи Н-600, состояние внутриорганных сосудов изучали при помощи сканирующего микроскопа (СЭМ) Хитачи S – 405.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента для оценки достоверности различий с использованием программы Excel-2000 на компьютере фирмы IBM PC. Средние величины представлены в виде  $M \pm m$  (средняя  $\pm$  средняя ошибка средней). Достоверным считались различия при  $P < 0,05$ .

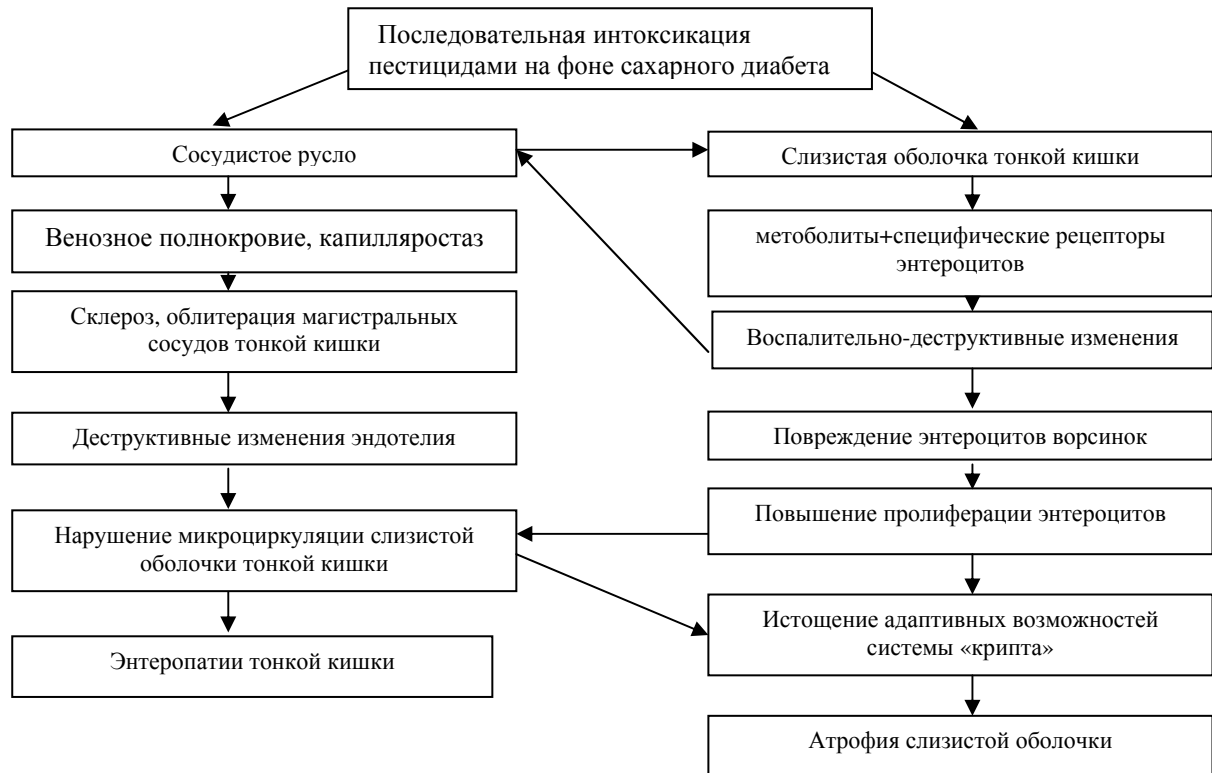
**Результаты исследований и обсуждение.** В ранние сроки после окончания затравки пестицидами (3 дня) во всех слоях стенки тонкой кишки отмечаются воспалительно-деструктивные изменения в сочетании с атрофией слизистой оболочки тонкой кишки. Местами наблюдается редукция капилляров, выраженная картина венозного застоя. Следовательно, микроциркуляторная система является интегральным компонентом функционального единства органа и составляющих его клеточных систем (тканей). Микрососуды слизистой оболочки кровенаполнены, местами извилисто расположены, встречаются экстравазаты. Плотность сосудов увеличилась. В криптах прекапилляры кровенаполнены, эксцентрично расположены, в устье крипт встречаются форменные элементы крови.

Спустя 7-15 дней после окончания затравки пестицидами в тонкой кишки отмеченные выше изменения сохраняются, однако наблюдается прогрессирование атрофии клеточных элементов. Воспалительная инфильтрация, преимущественно лимфоцитарного характера, по-прежнему выражена. Фиброз и отек стромы слизистой оболочки кишки сохраняются. Гемоциркуляторное русло слизистой и подслизистой основы извилистое, просветы сосудов неравномерно кровенаполнены, увеличивается площадь бессосудистых зон. В слизистой оболочке часто встречались эрозии и изъязвления с инфильтрированными краями. На дне язв обнаруживали тканевый детрит и фибрин. Строма большинства ворсинок и крипт с резко выраженной отеком и инфильтрацией. Наблюдаются истонченные и деформированные с выраженным подэпителиальным отеком, отслаивающимся эпителием от базальной мембраны. Весьма часто наблюдается наличие «течей», экстравазатов. В серозно-мышечной оболочке увеличивается количество атрофированных гладкомышечных клеток. Стенки сосудов артериальной части гемоциркуляторного русла утолщены, что является причиной уменьшения просвета сосудов при сохраняющейся картине венозного застоя.

Через 30-60 дней с момента прекращения приема препарата в слизистой оболочке тонкой кишки атрофические изменения усугубляются, наблюдается уменьшение высоты ворсинок, и соответственно числа эпителиальных клеток; усиление деструкции, десквамации поверхностного слоя эпителиального пласта. Степень лимфоцитарной инфильтрации стромы слизистой оболочки снижается. Во всех оболочках данных органов наблюдается тенденция к уменьшению плотности сосудов. Отмечается уменьшение просвета прекапилляров и общего количества микрососудов. Высота эпителиальных клеток ворсинок тонкой кишки уменьшена за счет гипоплазии внутриклеточных структур и истончения микроворсинок.

Через 90 дней, после прекращения введения пестицидов в некоторых сосудах сохраняется полнокровие и извилистость хода, особенно в венозном отделе. Одновременно встречаются сосуды с заметно уменьшенными диаметрами, местами наблюдаются тупозаканчивающиеся капилляры, бессосудистые зоны. Наблюдаемые ранее деструктивные изменения во всех слоях стенки тонкой кишки сменяются атрофическими. В строме слизистой оболочки тонкой кишки увеличивается содержание коллагеновых фибрилл. Таким образом, наши исследования показывают, что в ранние сроки (3-15 дней) развития последовательной интоксикации пестицидами наблюдаются воспалительно-деструктивные изменения в гемоциркуляторном русле и тканевых структурах тонкой кишки. В последующие сроки (30-60 дней) наряду с атрофическими изменениями тканевых структур наблюдается уменьшение плотности сосудов, увеличивается количество бессосудистых зон при выраженной картине венозного застоя. Через 90 дней наблюдается атрофия во всех слоях стенки тонкой кишки, с выраженной деструкцией сосудистого русла.

Таким образом, результаты наших исследований показывают, что последовательная интоксикация пестицидами «Омайт-57Э» и «Суми-альфа» отрицательно влияет на морфофункциональное состояние тонкой кишки.



**Патогенетические механизмы поражения тонкой кишки при последовательной интоксикации пестицидами на фоне экспериментального диабета**

**Выводы:** 1. В начальной стадии(3-15дней) развития последовательной интоксикации наблюдаются деструктивные изменения гемомикроциркуляторного русла, которые приводят к прогрессирующим патологическим нарушениям тканевых структур стенки тонкой кишки.

2. В последующей стадии (в сроках 30 дней) отмечается стабилизация сосудистых и тканевых нарушений, с дальнейшим развитием склеротических изменений микрососудов, приводящие к атрофии тканевых структур тонкой кишки.

3. Отдаленные сроки (до 90 дней) характеризуются прогрессированием склеротических изменений гемомикроциркуляторного русла и атрофических процессов во всех слоях стенки тонкой кишки.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Агзамов Т. А., Сагатов Т. А., Поволоцкий В. Ш. Патоморфологические изменения микроциркуляторного русла толстой кишки в условиях хронического воздействия пестицида «Суми-альфа»//Профессор Х. З. Зохидов таваллудининг 85 йиллигига бағишланган илмий мақолалар тўплами. –1997 Том 1. – С. 14-16.
2. Каримов Х. Я., Ахмедов Н. К., Сагатов Т. А. Влияние пестицида «Суми-альфа» на состояние гемомикроциркуляторного русла и тканевых структур тонкой кишки при аллоксановом диабете //Патология. – 2000. – С. 24-26.
3. Камилов Х. Х. К методике транскапиллярной бихромной инъекции кровеносных сосудов //Архив АГЭ. -1970. -Том.9. - №7. -С. 104-105.
4. Курляндский Б. А. Токсикология на рубеже веков: состояние проблемы, перспективы //Токсикологический вестник. – 1998. -№6. – С. 6-9
5. Сагатов Т. А. Метод просветления для изучения сосудистых и тканевых структур желудочно-кишечного тракта при гистологических срезах //Рац. Предложение. –1995. -№ 381. ТашПМИ.

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.1-055.2:631.92

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ХЛОПКОВОДЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

*А.М. Жаксыбергенов, Р.Т.Тлеужан**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Ауыл шаруашылығында еңбек ететін әйелдер денсаулығының қалыптасуын әлеуметтік социологиялық зерттеу және жалпы аурушандық көрсеткіштерін сараптау арқылы бағалау, оның ең басты себептеріне еңбек ету ортасының жайсыз жағдайы мен өмір сүру салты себептері жататындығын көрсетті.

## SUMMARY

Studying a state of health of women occupied in village - economic industrial has shown, what not its formation the basic contribution is brought by factors industrial environments and negative sides of a way of life. The received results became a basis preventive action among workers villages.

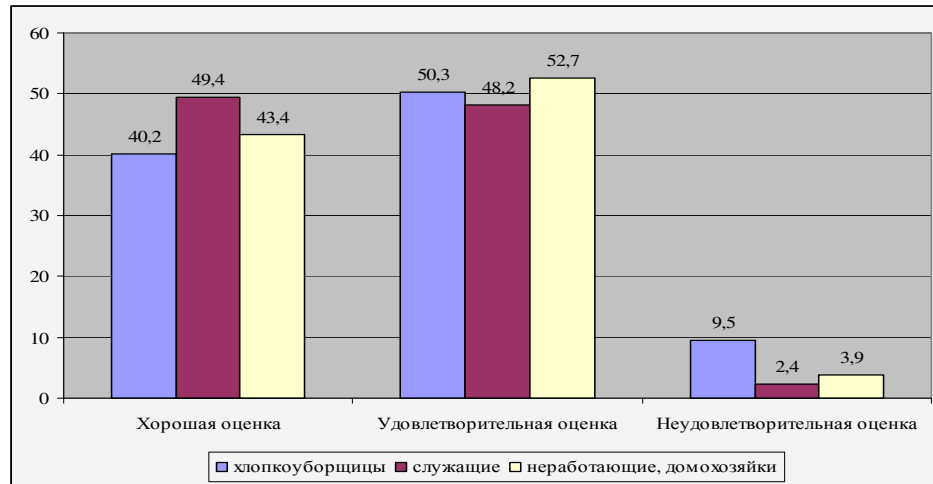
Одной из трудных задач, стоящих перед сельским хозяйством, является повышение эффективности производства, которое во многом определяется состоянием здоровья сельских тружеников. Будущее же этого процесса неразрывно связано со снижением заболеваемости и улучшением здоровья работающего контингента. Это особенно относится к женщинам, здоровье которых определяет как состояние здоровья и развития ребенка, так и объем трудовых ресурсов (1).

Отмечаемый в настоящее время недостаток трудовых ресурсов в сельскохозяйственном производстве объясняется не столько демографическими причинами, сколько нерациональным их использованием. Наиболее крупные потери трудового потенциала в стране происходят из-за прекращения работниками профессиональной активности в связи с ухудшением здоровья и стойкой утратой трудоспособности в связи с инвалидностью от различных болезней, приводящих к декомпенсированному состоянию функции жизненно важных органов и систем организма человека. Кроме того, значительная часть рабочих трудоспособного возраста, особенно женщины из-за неблагоприятных условий труда пользуется правом на льготные пенсионирования и оставляет производство еще на 5 и 10 лет раньше положенного срока. Задача привлечения лиц трудоспособного возраста к активному трудовому процессу имеет большое социально-гигиеническое значение, важна она и в экономическом отношении. Однако достижение этой цели связано с серьезными трудностями (2).

Использование в 80-х годах, главным образом материальных стимулов не дало ожидаемого положительного эффекта. В настоящее время большинство исследователей полагают, что решение человека о прекращении трудовой деятельности формируется под влиянием многих социально-гигиенических факторов. Среди них состоянию здоровья принадлежит основная роль, как фактора, определяющего решения этих контингентов населения о прекращении трудовой деятельности. На наш взгляд, необходимо выявление всех основных факторов, способствующих или препятствующих продолжению трудовой деятельности, с оценкой роли каждого из них. Только после этого можно браться за контроль над такой сложной проблемой, как уход трудоспособных лиц от активного трудового процесса (3).

Несмотря на важность поставленной задачи, исследований в этой области крайне мало. Отдельные исследования показали, что сформированные решения работников сельскохозяйственного производства о прекращении или продолжении о трудовой деятельности в связи с ухудшением состояния здоровья зависит от резконаправленного и в различной степени выраженного влияния сложного комплекса факторов, среди которых медико-генетические играют важнейшую роль.

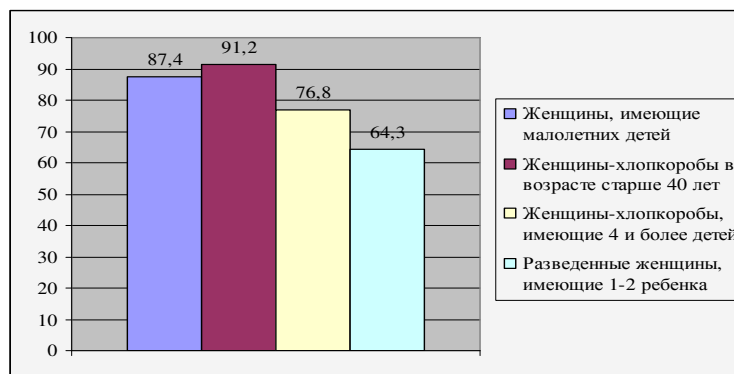
Однако для решения вопроса о том, что являются ли выявленные на сельскохозяйственном производстве закономерности достаточно общими, необходимо было провести исследования на других производствах, в частности, на хлопководческом производстве сельского хозяйства нашей страны. Кроме того, учитывая, что женщины составляют более 70% трудового потенциала хлопководства, важно было изучить особенности рассматриваемого процесса в коллективах с преимущественно женским составом. В основу исследований был положен когортный метод. В акорты включались лица, работавшие на хлопковом производстве на 1 января 2007 года и имевшие на этот момент времени возраст, отстоящий не более чем на 10 лет от законодательно установленного пенсионного рубежа. О каждом работнике собирались сведения о трудовом стаже, обращаемости за медицинской помощью в течение 3 последних лет, некоторые данные о социально-бытовых условиях жизни.



**Рисунок 1. Особенности самооценки состояния здоровья в разрезе профессионально производственных групп женщин, занятых на хлопководческом производстве (%)**

С целью изучения условий формирования отношения работниц к своему здоровью проведен социологический опрос женщин ряда хлопководческих хозяйств Южно-Казахстанской области. Опрос осуществлен методом интервьюирования с помощью специально разработанной анкеты, содержащей вопросы по самооценке состояния здоровья, гигиенического поведения и его мотивов; оценке организации медицинской помощи, степени удовлетворенности ею. Общее число обследованных составило более 700 женщин-тружениц (Рисунок 1).

Исследование особенностей самооценки состояния здоровья в разрезе профессионально-производственных групп показало, что удовлетворительные оценки давались в 50,3-56,9 % случаев, хорошие - в 40,2-49,4 % и неудовлетворительные - только в 2,4-9,5%. Наибольший удельный вес хороших оценок отмечен в группах служащих. В группах хлопкоуборщиц оказалось наибольшее число лиц, оценивающих свое состояние здоровья, как неудовлетворительное. Обращает на себя внимание тот факт, что среди хлопкоуборщиц меньше, чем в других группах женщин лиц с хорошим здоровьем и больше – с неудовлетворительным. Анализ показал, что субъективные оценки в данном случае связаны с объективными факторами: числом заболеваний, перенесенных в прошлом, показателями заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Результаты сопоставления данных субъективной оценки работницами своего здоровья и самочувствия с объективными показателями здоровья свидетельствуют об их наибольшем совпадении в группах работниц старше 40 лет (Рисунок 2).



**Рисунок 2. Уровень совпадения данных субъективной оценки работницами своего здоровья и самочувствия с объективными данными заболеваемости по обращаемости**

Таким образом, анализ влияния производственно-профессиональных (возраст начала работы на хлопководческом производстве, длительность профессионального и общего стажа, профессия, условия труда в местах работы), социально-бытовых (доход и размер жилой площади на 1 члена семьи, наличие индивидуального хозяйства, сада, курение, степень злоупотребления алкоголем) и медико-биологических (состояние здоровья, занятие физической культурой, частота лечения и оздоровления в санаторных учреждениях) факторов на здоровье женщин, занятых на сельскохозяйственном производстве, показал, что на формирование его показателей ведущую роль играют условия труда и факторы образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтишев Ю.А. Влияние загрязнения окружающей среды на здоровья человека в сельской местности. – Ереван, 1979. - С. 6-17.
2. Алябьева В.А. Социально-гигиеническая оценка формирования сочетанных хронических заболеваний в разных группах населения. - Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 1996. -18 с.
3. Беликов В. В. К оценке здоровья населения трудоспособного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения. – Москва, 1996.- №4.- С.6-8.

УДК 614.1-055.2:631.92

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

*М.А.Булешов, Р.Т.Тлеужан, А.М.Жаксыбергенов*

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

ТҮЙІН

Медициналық көмектің сапасын арттырудың бір жолы емдеу-профилактика мекемесінің жұмысы туралы пациенттердің пікірін үнемі жинап, сараптау қажет. Сұрақнама көмегімен жүргізілген зерттеу емдеу-профилактика мекемесі жұмысының сапасыздығы ұйымдастырушылық және этикалық жетімсіздіктерден және дәрігерлердің ауруды емдеу мәселесі бойынша нұсқауды дұрыс бермеуінен туындайтындығын көрсетіп отыр.

SUMMARY

With a view of medical aid improvement of quality it is necessary to define periodically opinion of patients on work medical - preventive establishment and quality service by doctors. Questioning of patients has shown that medical - preventive establishment organizational and ethical character, and also connected with absence of necessary recommendations of doctors has lacks of work.

Основными направлениями развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения Республики до 2015 года предусмотрены разработка в каждом регионе нормативов обеспечения населения медицинской помощью, рациональных схем развития и размещения сети учреждений здравоохранения на основе углубленного изучения состояния здоровья населения, особенностей демографических процессов, социального и экономического развития территории, их экологических и санитарно-эпидемиологических характеристик (1).

К числу объективных критериев оценки самочувствия и здоровья можно отнести такие показатели, как обращаемость к врачам и аккуратность выполнения их назначений. В этой связи необходимо отметить, что сельские труженицы с неудовлетворительным и удовлетворительным состоянием здоровья чаще обращались за помощью к врачам (2,3).

Высок процент совпадений у семейных, имеющих малолетних детей (не получающих помощи со стороны членов семьи), занятых на трудоемких работах, выполняемых в неблагоприятных условиях производственной среды. Изучение причин обращения к врачу позволило установить, что подавляющее большинство (75,9%) обращается к врачу только в случае заболевания. Лишь 15,3% случаев – это желание женщин проверить свое здоровье, а 8,8% женщин стараются вовсе не обращаться за медицинской помощью. Это в основном молодые работницы, проживающие на значительном удалении от медицинских учреждений, а также лица, имеющие большое подсобное хозяйство, сильно загруженные в быту (Рисунок 1).

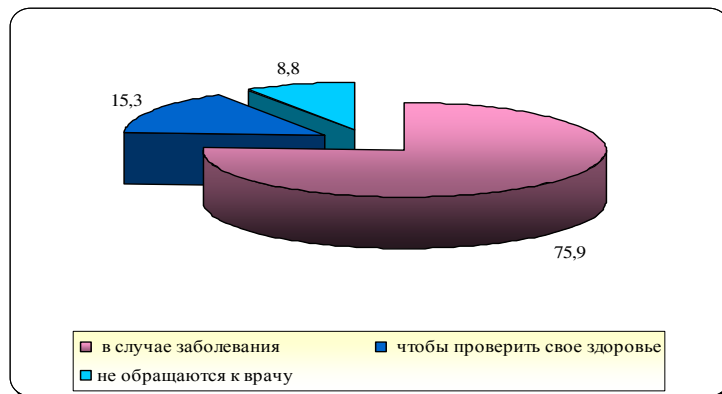


Рисунок 1. Основные причины обращения женщин-хлопкоробов к врачу (% к общему)



Женщины аккуратно выполняли назначения врачей в 82,4% случаев с неудовлетворительной и в 47,9% - с хорошей самооценкой состояния здоровья. Приведенные данные свидетельствуют о соответствии самооценки состояния здоровья работниц их поведению: неудовлетворенность своим здоровьем заставляет женщин беспокоиться о нем и чаще обращаться к врачу.

Изучение полученных данных в возрастном аспекте с учетом семейного положения позволило констатировать, что женщины в возрасте 30-39 лет, имеющие семью, относятся к своему здоровью хуже представительниц других возрастных групп. Поэтому, при проведении профилактических медицинских осмотров эта группа работниц заслуживает особого внимания. Следует отметить, что основная масса опрошенных (82,7%) работниц сельского хозяйства была уверена в необходимости медицинских осмотров и в основном регулярно их проходила. Однако, чем выше самооценка состояния здоровья, тем сильнее желание уклониться от таких осмотров: за 3 года ни разу не проходили осмотры, оценив состояние своего здоровья как хорошее, 17,3% работниц села. Среди тех, кто оценил состояние своего здоровья, как удовлетворительное, оказалось 10,8%, а как неудовлетворительное – 4,6%. При этом последние считают, что даже утренняя гимнастика способствует ухудшению их здоровья. Основная масса сельских тружениц (94,7%) мало внимания уделяет занятиям физкультурой, ссылаясь на большую нагрузку в быту. Особую роль в профилактике заболеваний играет организация медицинской помощи. В сельской местности ее состоянием были недовольны 72,5% опрошенных, не удовлетворены - 6,9%, а 20,6% удовлетворены не полностью. Недовольность состоянием оказания медицинской помощи определялась рядом недостатков, которые были нами разделены на 3 группы: организационные (длительность ожидания в регистратуре, у кабинета врача, затруднения, связанные с проведением обследования, посещение узких специалистов), этические (низкая культура оказания медицинской помощи, поспешность врачей, невнимательное отношение к пациенту), связанные с отсутствием необходимых рекомендаций специалистов. В общей структуре причин неудовлетворенности медицинской помощью доминируют недостатки организационного плана - 72,3%. Значительна доля и недостатков этического характера (19,6%). Недостатки, определяемые отсутствием рекомендаций специалистов, составляют 8,1%.

Недостатки организационного характера вызывают особое недовольство тех, у кого самооценка состояния здоровья снижена, а также женщин, имеющих большую бытовую нагрузку. У работниц других категорий недовольство медицинским обслуживанием вызывает недостатки этического плана. Из вышеизложенного следует, что в формировании отношения женщин-работниц к состоянию своего здоровья в равной степени участвуют как профессионально-производственные, так и социально-бытовые факторы.

Таким образом, одним из путей совершенствования организации медицинского обслуживания является изучение общественного мнения, которое позволяет своевременно устранить имеющиеся недостатки и наметить пути его совершенствования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дартау Л.А., Захаров В.Н. Медико-социальные аспекты мониторинга здоровья населения. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. - №3. - С.10-14.
2. Бельская О.Б. Динамика факторов и современные критерии оценки качества жизни населения по параметру здоровья. - Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 1994. – 18 с.
3. Бойко В. В., Немировский Д. Е., Турыгин В.В. Социально-психологическое изучение производственных факторов здорового образа жизни. - Здравоохранение РФ, 1993. - №5. -С.20-22.

УДК 61+314.02(574.5)

#### МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Р.Т.Глеужан*

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

#### ТҮЙІН

ОҚО демографиялық көрсеткіштерін зерттеу нәтижелері ауыл тұрғындары арасында көпбалалы отбасыларының жиі кездесетіндігін көрсетіп отыр. Туылу көрсеткіштерінің қалыптасуына тікелей әсерін тигізетін себептердің қатарына білім деңгейі, экологиялық жағдай, еңбек ету ортасының гигиеналық сапасы, өмір сүру сапасы, отбасының репродуктивтік ұстанымы жатады. Туылуға кері әсерін тигізетін себептерге өмір сүру ортасының төменгі сапасы жатады.

#### SUMMARY

Research of a demographic situation in Southern - the Kazakhstan area has shown that in countryside high level of birth rate and presence of large families remains. Principal causes of growth of an indicator of birth rate are improvement of quality of life, and a life, and also reproductive behavior of a rural family. The negative factors, braking birth rate process adverse ecological conditions and factory hygiene in agricultural production are.

Южно-Казахстанская область относится к числу крупнейших регионов республики и имеет огромный потенциал людских ресурсов: численность населения области составляет 2513321 человек, из них женщин фертильного возраста 711374 или 28,3% от общей численности населения области. В сельских районах области проживает 1523399 человек, что составляет 60,6% от общей численности, а на долю женщин фертильного возраста, проживающих в сельской местности приходится 57,4% от общей численности женщин фертильного возраста по Южно-Казахстанской области. На долю женщин фертильного возраста в возрасте от 15 до 17 лет приходится 12,4%, от 18 до 19 лет – 7,7%, от 20 до 34 лет – 43,9%, от 35 до 49 лет – 36,0% (1). Плотность населения по сельским районам составляет в среднем 16,4 человек на 1 кв.м.

В целях выделения более однородной группы, 13 районов распределены на 3 группы. В первую группу отнесены хлопкосеющие, густонаселенные районы, включившие Сарыагачский, Туркестанский, Шардаринский и Махтааральский районы. Вторую группу составили преимущественно плодово-овощные районы: Тюлькубасский, Ордабасинский, Сайрамский, Толебийский и Казгуртский. В третью группу отнесены животноводческие районы: Отрарский, Байдибекский, Сузакский, Арысский. Территория Южно-Казахстанской области протянулась на 117,3 тыс.кв.м.

Таким образом, область в целом можно отнести к региону с большой протяженностью и средней плотностью населения в городах и районных центрах, и низкой плотностью в сельской местности. С радиусом более 26км от РБ, на расстоянии более 60км от ОПЦ находится 10 СУБ – 90000 населения, 27000 женщин репродуктивного возраста 1 гр. С радиусом от ОПЦ. Более 120км – 42 СУБ: 369000 населения, 110700 женщин фертильного возраста. Как видно из таблицы, 369000 населения, в том числе 110700 женщин фертильного возраста проживают в отдаленных от РБ и от ОПЦ населенных пунктах, радиус обслуживания свыше 30км и до 190км до ближайшей РБ, а до ОПЦ – 120км до 380км, что снижает доступность первичной медико-санитарной помощи, не говоря о квалифицированной и специализированной акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам. За последние 2 года отмечается небольшой рост (с 23,6% до 25,6%) на 2% удельного веса женщин фертильного возраста, кроме двух регионов – Отрарского и г.Кентау. Объяснить эти показатели можно уровнем миграции населения из этих районов в другие более крупные районы области, расположенные вблизи городов (2).

Социально-экономические условия в районах Южно-Казахстанской области остаются неблагоприятными. Наихудшие условия отмечаются в животноводческих районах (Отрарский, Байдибекский, Сузакский, Арысский), где доля населения, имеющего доходы ниже прожиточного уровня, составляет от 15,7% до 18,2%, а доля населения, имеющего доходы ниже продовольственной корзины, от 4,2% до 5,6%.

Относительно благоприятные социально-экономические условия жизни имеют населения районов с развитыми сельскохозяйственными производствами (Сарыагачский, Махтааральский, Тюлькубасский, Толебийский), где доля населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума составляет от 9,8% до 12,7%, а доля населения, имеющего доходы ниже продовольственной корзины – от 2,0% до 3,1%. В то же время, среди городского населения доля населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума и продовольственной корзины составляет соответственно, 2,9% и 0,5%.

Таким образом, социально-экономические условия в сельских районах Южно-Казахстанской области неблагоприятные, чем в городах. Это объясняется относительно высоким уровнем безработицы, низкой заработной платой, низкой эффективностью и производительностью труда в сельскохозяйственном производстве. Все это отрицательно сказывается на качестве жизни, в первую очередь, на женщинах села, и не может не влиять на состояние здоровья (3).

Репродуктивное здоровье женщин имеет определяющее значение в формировании уровня и динамики показателя рождаемости. В среднем по Южно-Казахстанской области показатель рождаемости в расчете на 1000 населения составил 26,8‰, среди городского населения этот показатель составляет 26,3‰, а по сельским районам достигает 27,2‰. Наибольший уровень показателя рождаемости отмечается в Махтааральском (28,9‰), Сарыагачском (27,8‰), Шардаринском (28,0‰), Отрарском (28,0‰). Наименьшие уровни показателя рождаемости зафиксированы по Арысскому (26,9‰), Тюлькубасскому (26,6‰), Байдибекскому (26,0‰) районам области. Наибольший уровень показателя рождаемости среди городского населения установлен в городе Туркестан (26,7‰), а наименьший – по городу Кентау (26,3‰).

Изучение динамики показателя рождаемости среди населения Южно-Казахстанской области установило следующие закономерности. За период от 2001 по 2009 годы отмечается тенденция к росту показателя рождаемости. За изучаемый период его рост составил по области на 4,5%, а по районам 1,1% и по городам области на 5,4%. Наибольший уровень роста показателя рождаемости установлен в Казгуртском (на 21,6%), Сайрамском (на 9,3%), Сузакском (на 5,6%), Толебийском (на 3,3%) районах, а также в городах Шымкент (на 5,0%), Туркестан (на 2,6%) и Кентау (на 1,1%). Установленные закономерности, по-видимому, связаны, прежде всего более высоким социально-экономическим положением населения вышеуказанных районов и городов Южно-Казахстанской области. Как известно, социально-экономическое положение людей отражается в репродуктивном здоровье и репродуктивном поведении женщин фертильного возраста.

Среди городских женщин фертильного возраста распределение по возрастным группам выглядит следующим образом. Удельный вес женщин, отнесенных к возрастной группе 15-19 лет, составил 8,3%, 20-24 года – 7,8%, 25-29 лет – 7,2%, 30-34 года – 7,3%, 35-39 лет – 7,5%, 40-44 года – 9,4% и 45-49 лет – 7,6%.

Удельный вес сельских женщин в возрасте 15-19 лет составляет 9,8%, что является наибольшей группой среди женщин фертильного возраста. Удельный вес женщин в возрасте от 20 до 24 лет составил 7,7%, 25-29 лет – 7,0%, 30-34 лет – 7,1%, 35-39 лет – 7,3%, 40-44 лет – 8,5%, 45-49 лет – 7,5%.

В целом распределение женщин фертильного возраста в разрезе районов и городов имеет относительно равномерный характер. Более точным показателем репродуктивного поведения является показатель плодовитости. Как показывает таблица, плодовитость на 1000 женщин детородного возраста высока в сельских районах области и в среднем составляет 125,4‰. Это традиционный «сельский» тип рождаемости.

Наименование районов	В среднем за весь период исследования(2001-2009гг.)
Арысский	119,3±2,1
Байдибекский	113,4±1,6
Ордабасинский	128,3±2,3
Казгуртский	130,9±2,5
Отрарский	115,3±1,9
Махтааральский	134,5±2,9
Сайрамский	133,2±2,6
Сарыагачский	135,1±2,8
Сузакский	122,0±1,8
Толедбийский	120,1±1,7
Тюлькубасский	125,1±2,1
Шардаринский	127,8±2,4
По районам области	125,4±2,2
Шымкент	99,4±1,1
Туркестан	105,7±1,3
Кентау	97,4±1,0
По городам области	100,8±1,2
По ЮКО	113,1±1,3

**Таблица 1 - Показатель плодовитости женщин детородного возраста в Южно-Казахстанской области на 2001-2009гг**

Наибольший уровень плодовитости сельских женщин фертильного возраста отмечается по Сарыагачскому (135,1‰), Махтааральскому (134,5‰), Сайрамскому (133,2‰), Ордабасинскому (128,3‰) районам, где социально-экономическое положение населения относительно благоприятно. Плодовитость городских женщин составляет 100,8‰. При этом показатель плодовитости женщин города Туркестан составил 105,7‰, а по городам Шымкент (99,4‰) и Кентау (97,4‰) намного ниже первого показателя.

Согласно данным таблицы, воспроизводство населения области обеспечивается молодой семьей. Пик плодовитости приходится на возрастную группу 25-29 лет, а затем ее уровень резко снижается. Данный тип характерен для «городского» типа рождаемости. Именно с ним связано уменьшение рождения третьих и последующих детей. Уровень рождаемости среди сельских женщин во всех возрастных группах выше, чем у городских женщин.

Возрастная группа (в годах)	на 1000 женщин городской местности	на 1000 женщин сельской местности	на 1000 женщин области
15-49	100,2±2,23	126,3±2,25	114,2±1,36
в том числе 15-19	33,0±0,24	40,6±0,18	36,5±0,21
20-24	207,5±3,94	223,9±3,98	216,1±3,97
25-29	224,2±4,13	233,6±4,24	229,4±4,18
30-34	171,8±3,68	198,6±3,74	182,3±3,64
35-39	123,8±2,19	129,2±2,23	126,0±2,18
40-44	65,3±0,96	68,3±1,16	64,9±1,18
45-49	16,7±0,28	19,7±0,34	18,4±0,32

**Таблица 2 - Общая и повозрастная плодовитость женщин Южно-Казахстанской области (число родившихся на 1000 женщин соответствующего возраста)**

Здесь необходимо отметить, что факторы, влияющие на динамику рождаемости, разнообразны. Показатели рождаемости определяются уровнем образования, профессией, условиями труда, социально-экономическим положением семьи, в том числе доходом, качеством жизни населения и др.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Корчагин В.П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации. // Экономика здравоохранения. – 1998. - №2. – С.10-14.
2. Нукушева С.Г. Социально-гигиенические факторы, формирующие репродуктивное поведение и здоровье женщин. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы. – 2002. – №23. – С.57-62.
3. Сивочалова О.В. Репродуктивное здоровье как проблема медицины труда. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. - №12. - С.63-67.

УДК 614.2+618.2+616/4(574.5)

## СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.Т. Глеужан

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

## ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысында әйелдердің денсаулығының төмендеуі жалғасуда, оны экстрагениталды аурушандықтың даму мәселесін зерттеуде көріп отырмыз. Бұл қан аздықтың жоғарылауына, несеп жүйесінің және қалқанша безі аурулары, сонымен қатар күре тамырлар патологияларының асқинуынан болып отыр. Алынған мәліметтер ауылды жерлерде әйелдердің экстрагениталды ауруларын төмендетуге алдын алу шараларына бағытталып негі беріп отыр.

## SUMMARY

Studying of a problem of formation extra genital diseases has shown that states of health of women of Southern-Kazakhstan area continues to worsen progressively. It occurs at the expense of growth of level of an anemia, disease of urinogenital system and a thyroid gland, and also complication of a pathology of venous vessels. The received results became a basis preventive the action, directed on level decrease extra genital to a pathology at women of rural areas.

Проблема охраны репродуктивного здоровья населения Казахстана в настоящее время приобретает особую значимость, является важной государственной задачей и требует участия в ее решении не только министерств и ведомств, но и всего общества в целом. Сегодня достижения положительных параметров в демографическом развитии являются одним из наиболее значимых аспектов в жизни государства. В Республике отмечается рост численности населения, наблюдается рост показателя рождаемости с 17,5 в 2007 году до 18,8 в 2009 году (1).

Современные исследования свидетельствуют об ухудшении здоровья беременных женщин, особенно у сельских. Индекс здоровья женщин составляет около 30%. Все хронические заболевания, которые накопили девочки и девушки, проявляются особенно ярко во время беременности (2).

За период 2005-2009гг. нами проведен анализ заболеваемости беременных ЮКО. Прослеживается высокая частота анемии, заболеваний почек, сердечно-сосудистой патологии и т.д. Если посмотреть на динамику распространенности экстрагенитальных заболеваний у беременных, можно отметить их постоянный рост.

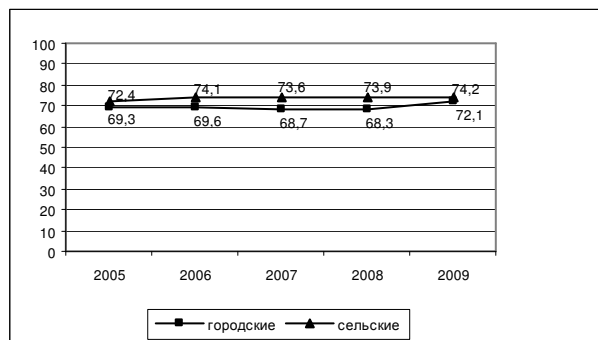
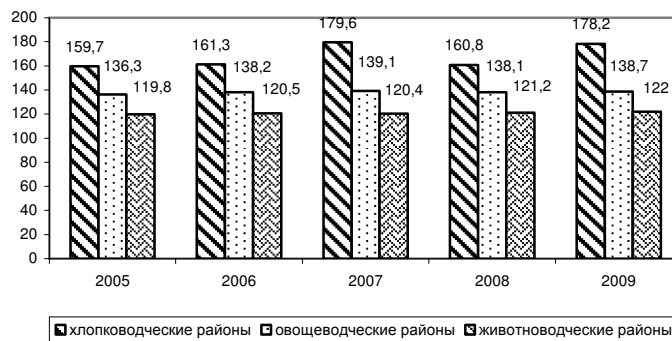


Рисунок 1 Распространенность экстрагенитальных заболеваний у беременных в Южно-Казахстанской области в 2005-2009гг. (в %)

Так, уровень распространенности экстрагенитальных заболеваний у беременных в сельской местности превышает аналогичный в городах от 4,5% в 2005 году до 8,2% в 2008 году. За исследуемые годы рост показателей на селе составил 2,5%, а по городу – 4,0%. Наиболее высокие показатели регистрируются в хлопкосеющих районах, и в этих же районах отмечается значительный рост (в 1,5-2 раза за последние 2 года), что объясняется активацией работы АТПК.



**Рисунок 2** Динамика распространенности экстрагенитальных заболеваний у беременных в Южно-Казахстанской области по группам районов (в %)

Неоднозначна динамика данного показателя, если рассмотреть его в соответствии с группами районов (хлопководческие, овощеводческие, животноводческие). Так, в группе хлопководческих районов зафиксирован относительно высокий уровень в течении 5 лет (от 159,7% до 178,2%). Увеличение уровня показателя составило 11,6%. В овощеводческих и животноводческих районах увеличение уровня заболеваемости экстрагенитальными патологиями за последние 5 лет составило соответственно 1,8% и 1,8%. Представляет большой интерес инцидентность отдельных экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин, которая представлена в таблице 1.

**Таблица 1** Инцидентность отдельных экстрагенитальных заболеваний у беременных в Южно-Казахстанской области в 2005-2009гг.

Заболевания	Территории	Инцидентность (на 100) по годам					Прогноз на 2014г.
		2005	2006	2007	2008	2009	
Анемия (099.0)	Города	37,0	36,5	38,1	40,5	43,7	51,3
	Села	40,5	43,8	42,3	46,8	49,4	59,1
Заболевания системы кровообращения (099.4)	Города	12,5	14,1	15,1	12,1	13,9	14,1
	Села	6,7	8,1	6,8	6,3	7,4	7,4
Заболевания мочеполовой системы (023)	Города	16,5	17,6	18,1	18,0	18,4	20,7
	Села	19,2	21,1	20,8	21,0	21,2	23,4
Заболевания щитовидной системы (099.2)	Города	2,2	3,2	2,4	3,6	4,5	6,7
	Села	4,5	5,3	5,2	4,9	5,6	6,4
Венозные осложнения	Города	1,9	2,0	2,1	2,0	2,5	2,9
	Села	2,7	2,5	2,4	3,2	3,4	4,3

Как видно из таблицы, практически по всем нозологиям, кроме сердечно-сосудистой системы, заболеваемость беременных в сельских районах выше, чем в городах, и имеет тенденцию к росту – частота анемии выросла на 22% (превышает таковую в городах на 13%); заболеваний мочеполовой системы – на 10,4% (15,2%); щитовидной железы – на 24,4% (24,4%); венозных осложнений – на 25,9% (36%).

Таким образом, низкий уровень здоровья детей и подростков проявляется во время беременности, которая является фактором, ухудшающим течение большинства хронических заболеваний. Поэтому своевременная диагностика и оздоровление беременных женщин в интеграции с врачами других служб позволило бы предотвратить летальный исход почти у 25-30% и оказать существенное влияние на снижение материнской смертности (3).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедалиева Н.М. Новые приоритеты акушерско-гинекологической службы Казахстана. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана. Павлодар. – 2006. – С.5-6.
2. Анартаева М.У. Роль социально-гигиенических факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщин ЮКО. // Медицинский журнал Казахстана. – Алматы. – 2004. - №1. – С.7-9.
3. Айриян А.Л., Пирумян М.К., Акопян С.Б. Социально-гигиенические аспекты нарушения репродуктивной функции у женщин, проживающих в сельской местности. // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – Москва. – 1988. – Т.26. - №5. – С.462-467.

УДК 614.2+616-053.2(574.5)

## СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ В СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ ЮКО

Р.Т.Тлеужан, А.О.Сапарғалиева, С.Н.Кульбаева

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

## ТҮЙІН

Ұсынылып отырған мақалада ауыл жасөспірім қыздарының арасында қалыптасқан гинекологиялық аурушандық жан-жақты талданып оның 2005-2009 жылдардағы серпініне баға берілді. Зерттеу нәтижесі гинекологиялық аурушандықтың деңгейіне экологиялық-гигиеналық жағдайдың әсері өте жоғары екендігін көрсетіп отыр. Сондықтан мақта шаруашылығымен айналысатын аудан жасөспірім қыздарының гинекологиялық аурушандығы жеміс-жидек және мал шаруашылығы өндірісімен айналысатын ауданның тұрғындарының көрсеткіштерінен айтарлықтай жоғарылайды.

## SUMMARY

In the present article the data of gynecologic disease and dynamics of an indicator for 2005-2009 among teenagers of girls of rural areas of Southern - Kazakhstan area are cited. Results of research have shown that gynecologic disease has direct determinancy with ecologically - hygienic factors of environment. It high level level and dynamics of growth of gynecologic disease among teenagers of the girls living in ecologically adverse cotton-growing areas Southern - the Kazakhstan area speaks.

При осуществлении программ, как в системе государственных, так и медицинских мероприятий, направленных на охрану здоровья женщин, доминирующую позицию занимают вопросы обеспечения выполнения ими важнейшей социальной функции женщины – рождение и воспитание ребенка (1).

В настоящее время на фоне сложных социально-экономических условий и ухудшающихся демографических показателей все большую остроту приобретают проблемы репродуктивного здоровья молодежи (2).

Ребенок рождается с определенным грузом болезненности, предопределенной как генотипом, так и влиянием неблагоприятного течения беременности. Часть заболеваний проявляется сразу после рождения (заболеваемость новорожденных), другая часть реализуется на первом году жизни (3). В связи с тем, что данные о заболеваемости новорожденных мы можем проанализировать только по данным родильных отделений (но в 5 территориях их нет; женщины высокого риска из всех районов рожают в городских учреждениях), интерес представляет показатель заболеваемости детей первого года жизни. Нами проанализирована заболеваемость детей первого года жизни и детей до 14 лет в сельских районах (по группам) и в городах за период 2005-2009гг.

Как видно из таблицы, за 5 лет заболеваемость детей первого года жизни в сельских районах выросла на 35,7%, в городах – осталась неизменной.

**Таблица 1 Сравнительная оценка динамики заболеваемости детей первого года жизни по территориям за 2005-2009гг.**

Территории	Заболеваемость по годам					Прогноз на 2014г.
	2005	2006	2007	2008	2009	
Хлопководческие районы (Ігр)	1708,5	1920,8	1991,3	2454,6	2413,7	3464,2
Овощеводческие районы (ІІгр)	1787,1	1993,4	2069,8	2246,3	2398,7	3291,4
Животноводческие районы (ІІІгр)	1589,8	1697,7	1802,5	2029,1	2125,6	2764,9
Всего по районам	1742,3	1854,9	1927,4	2215,3	2364,2	3168,6
По городам области	3401,8	3482,3	3182,7	3379,4	3399,6	3285,8
По области	2942,4	3041,2	2846,1	3069,4	3135,8	3292,3

Наибольший уровень роста заболеваемости у детей отмечается в хлопководческих районах (на 41,3%), на втором ранговом месте уровень заболеваемости у детей овощеводческих районов (на 34,2%), а у детей животноводческих районов уровень роста составил всего на 33,7%. Прогностические уровни заболеваемости детей в районах на 2014 год также значительно разнятся и по хлопководческим районам могут составить 3464,2‰, по овощеводческим районам - 3291,4‰, по животноводческим районам - 2764,9‰.

Сравнительная структура заболеваний детей первого года жизни показывает, что в сельских районах выше удельный вес состояний, возникающих в перинатальном периоде, анемии, заболеваний нервной системы и нарушения питания, что обусловлено двумя причинами: большей частотой осложненного течения

беременности, неблагоприятными экологическими и социальными условиями, в которых живет сельская семья (таблица).

Здесь необходимо отметить, что в хлопководческих районах среди детей первого года жизни высок уровень осложнений, возникающих в перинатальном периоде, анемии, болезни нервной системы, а также болезни эндокринной системы и нарушения питания, чем в овощеводческих и животноводческих.

В хлопководческих районах распространенность отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (18,9%), анемии (9,7%), болезни нервной системы (8,4%) от 2,8% до 3,1% выше, чем среди детей от 1 года жизни, проживающих в овощеводческих и животноводческих районах.

**Таблица 2 Сравнительная структура заболеваний детей первого года жизни в районах и городах области в 2009г. (%)**

Заболевания	Хлопководческие районы	Овощеводческие районы	Животно-водческие р-ны	Города
Болезни органов дыхания	46,8	46,9	47,1	42,6
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	18,9	16,1	15,8	26,9
Анемия	9,7	8,4	8,1	4,4
Болезни нервной системы	8,4	6,8	6,5	4,9
Болезни эндокринной системы, нарушения питания	5,3	5,1	4,9	2,9
Другие	11,9	16,7	17,6	18,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

Таким образом, в районах Южно-Казахстанской области складывается различный уровень и тенденции в динамике заболеваемости у детей первого года жизни. Это объясняется различными эколого-гигиеническими характеристиками территории районов и производственно-профессиональными особенностями родителей.

Если рассматривать ситуацию с распространенностью заболеваний у детей до 14 лет, то здесь увидим аналогичную ситуацию.

**Таблица 3 Общая заболеваемость детей до 14 лет по территориям за 2005-2009гг. (на 1000 детей)**

Территории	Заболеваемость по годам, ‰					Прогноз на 2009г.
	2005	2006	2007	2008	2009	
Хлопководческие районы	1230,3	1336,7	1424,8	1558,1	1671,8	2218,2
Овощеводческие районы	1042,5	1167,9	1371,4	1384,8	1554,9	2182,7
Животноводческие районы	890,8	1048,2	1046,4	1173,8	1353,6	1842,6
Всего по районам	1112,0	1223,9	1342,1	1417,8	1573,5	2118,9
По городам	1908,5	2161,2	2225,6	2207,8	2314,7	2764,2
По области	1694,8	1905,2	1987,2	1985,4	2104,8	2570,9

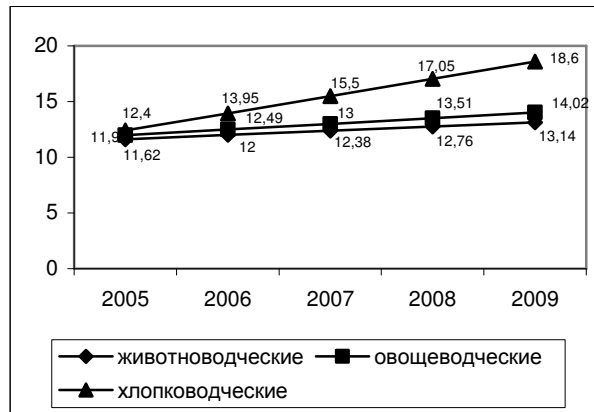
Самая высокая заболеваемость (от 1230,3 до 1671,8‰) и неблагоприятная тенденция роста – в группе районов, занятых производством хлопка; в районах, занятых животноводческим производством, распространенность заболеваний оказалась (от 890,8 до 1353,6‰) наиболее низким. Вместе с тем, показатели заболеваемости среди детей до 14 лет оказались невысокими. Это объясняется прежде всего низкой выявляемостью заболеваний, невысоким уровнем состояния здоровья, что подтверждается высокими показателями младенческой и перинатальной смертности, большим количеством дефектов, выявляемых при проверках акушерско-гинекологических служб.

Однако, не все заболевания одинаково влияют на репродуктивную функцию, исход предстоящей беременности. Наибольшее влияние оказывают эндокринные заболевания, болезни органов кровообращения и мочеполовой системы. Неблагоприятные тенденции роста заболеваний эндокринной и мочеполовой систем, оказывающих наиболее неблагоприятное влияние на становление репродуктивной функции, отмечены в сельских районах, причем распространенность заболеваний желез внутренней секреции выросла за 5 лет в 2,2 раза, а урогенитальных болезней – в 1,7 раза.

Среди заболеваний мочеполовой системы наибольший интерес представляют заболевания женской половой сферы у детей. Казалось, здесь должны прослеживаться те же тенденции, что и для всей группы болезней в целом. Однако, как видно из рисунка 1, гинекологическая заболеваемость девочек в сельской местности в среднем в 3 раза ниже таковой в городах области и не растет.

Сложившуюся ситуацию можно объяснить тем, что к сожалению, работа детских гинекологов в районах области, особенно малых, не налажена должным образом. Это обусловлено, в первую очередь, отсутствием подготовленных по детской патологии гинекологов и недостаточной работой в этом направлении педиатров ввиду отсутствия в большинстве районов участковости. Тем не менее, в крупных районах с населением более 45000 человек, там, где есть детские гинекологи, выявляемость гинекологических заболеваний у детей приближается к таковой в городах.

Несмотря на это динамика гинекологической заболеваемости среди девочек до 14 лет показывает тенденцию к быстрому росту, особенно в хлопководских районах ЮКО (рисунок 1).



**Рисунок 1** Тенденция в динамике гинекологической заболеваемости девочек до 14 лет в сельских территориях в 2005-2009гг. (на 1000 девочек)

Так, за 2005-2009гг. ежегодный прирост гинекологической заболеваемости среди девочек до 14 лет, проживающих в хлопководских районах, составил 1,55%, в овощеводческих районах – 0,5%, а в животноводческих районах - 0,38%.

Таким образом, состояние здоровья девочек, проживающих в сельской местности Южно-Казахстанской области зависит от эколого-гигиенической ситуации и сельскохозяйственной ориентированности районов. Гинекологическая заболеваемость девочек до 14 лет наиболее высока и проявляет быстрый рост в динамике за 2005-2009гг. в хлопководческих районах с неблагоприятной эколого-гигиенической обстановкой.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.Каюпова Н.А. Выбор платформы действий. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана. - Павлодар. – 2006. – С.3-4.
- 2.Корчагин В.П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации. // Экономика здравоохранения. – 1998. - №2. – С.10-14.
- 3.Кагирова Г.И., Перфильева Г.Н., Реутова Н.Н. Роль семейного планирования в рождении здорового поколения. // Перинатальная охрана плода и новорожденного. – Барнаул. -1997. - С.23-25

УДК 616.1/9-02: 614.7.

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

*С.М. Саркулова, Д.М. Булешов*

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

#### ТҮЙІН

Қорғасын өндірісіндегі жұмысшылар арасында таралған жүрек-қан айналу жүйесі ауруларына кәтерлі әсерін тигізетін кәсіби және әлеуметтік-медициналық себептердің организмге тигізетін зияндылығын математикалық модельдеу жүрек ишемиясы мен гипертония ауруларының деңгейін түзейтін себептердің нақты зияндылық әсерін анықтауға жағдай туғызды.

#### SUMMARY

Mathematical modeling of the influence of medical and social factors on the major cardiovascular disease formation showed that the leading risk factor for the development of coronary heart disease is the working conditions of the lead production employees and social-hygienic lifestyle factors of patients.

На современном этапе реформирования здравоохранения в республике проблемы здоровья населения, в особенности промышленных рабочих, должны рассматриваться с широких социальных позиции, которые определяются прежде всего условиями труда и быта, уровнем благосостояния, качеством окружающей жилой и рабочей среды. Несомненно, что при этом немаловажное значение имеет уровень оказания медицинской помощи.

Вместе с тем, подход к оценке состояния здоровья населения или его отдельных групп должен быть комплексным, при одновременном анализе всех явлении, характеризующих его стороны. Южный Казахстан является регионом с развитой промышленностью и главным образом металлургической и нефтехимической. В



соответствии с задачами, поставленными перед органами здравоохранения на ближайшее время намечен переход к качественному кардиологическому обслуживанию и активной профилактике основных сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся основными причинами инвалидности и смертности населения. Исследования последних десятилетий (Саркулова С.М., 2005, 2006, 2007, Аликанова Л.Е., 2007, 2008, Кулушева Г.Е., 2007, 2008, Сулейменова Б.А., 2004) указывает на то, что распространенность болезней сердечно-сосудистой системы определяется не только влиянием социальных факторов риска, непосредственно связанных с образом жизни, условиями быта и экологическими факторами, но и условиями труда (Ratson N., Froom P., Leirin N., 2000, Аликанова Л.Е., 2008, Саркулова С.М., 2008).

Результаты анализа показали, что вклад труда на свинцовом производстве, определяемые факторами производственной среды, трудового процесса и организация труда на формирование заболеваемости ишемической болезнью сердца составил 10,6%, а на формирование болезни 10,4%. На втором ранговом месте по вкладу находится гиперхолестеринемия, удельный вес которой при ИБС составил 2,9%, при гипертонической болезни 1,7%, на третьем ранговом месте находится избыточная масса тела, вклад которой на формирование уровня заболеваемости ИБС составил 1,8%, гипертонической болезнью – 1,2%.

**Таблица. Уровень формирующего влияния социально-гигиенических факторов образа жизни, на общую заболеваемость работающих по ИБС и гипертонической болезни (на 1000 работающих).**

	Учтенные факторы риска	Уровень заболеваемости на 1000 работающих		Доля вклада факторов на формирование заболеваемости (в %)	
		ИБС	Гипертоническая болезнь	ИБС	Гипертоническая болезнь
1,0	Фоновый уровень	16,48	21,33	71,7	75,7
2,0	Условия труда на заводе	2,44	2,42	10,6	10,4
2,1	Факторы производственной среды	2,27	2,53	9,8	8,9
2,2	Факторы трудового процесса и организации труда	0,17	0,39	0,8	1,5
3,0	Избыточная масса тела	0,42	0,53	1,8	1,2
4,0	Гиперхолестеринемия	0,68	0,49	2,9	1,7
5,0	Стрессовые факторы в быту и на производстве	0,09	0,12	0,4	0,4
6,0	Употребление алкоголя	0,043	0,059	0,2	0,2
7,0	Курение	0,002	0,003	0,009	0,001
8,0	Суммарное воздействие факторов	0,004	0,008	0,02	0,03
	Всего	22,99	28,18	100,0	100,0

Определенный вклад на формирование уровня общей заболеваемости по ИБС и гипертонической болезни вносят стрессовые факторы в быту и на производстве (по 0,4%), употребление алкоголя (по 0,2%) и курение (0,009% и 0,01%).

Таким образом, результаты комплексного исследования, проведенного с целью оценкой влияния основных социально-гигиенических факторов риска развития ИБС и гипертонической болезни среди работающих основных цехов свинцового производства позволили сделать заключение, что наиболее значимыми в формировании уровня общей заболеваемости по основным болезням сердечно-сосудистой системы являются неблагоприятные условия труда, избыточная масса тела и гиперхолестеринемия, стрессовые факторы в быту и производстве, употребление алкоголя и курение. Полученные научные результаты положены в основу комплексных мероприятий по предупреждению развития ишемической болезни сердца и гипертонической болезни у работающих во вредных условиях труда свинцового производства.

Полученные данные послужили основой для создания системы гигиенического обучения и воспитания (СГО и В) рабочих промышленных предприятий города Шымкента. В течение одного года было осуществлено гигиеническое обучение и воспитание работающих на свинцовом заводе (опытный), итоги которого показали, что изменилась динамика факторов риска, уровень знаний, поведение рабочих и инженерно-технического персонала по отдельным аспектам проблемы.

Число бросивших курить увеличилось на 5,7% ( $p < 0,01$ ). Общее число куривших мужчин и женщин уменьшилось на 8,9% ( $p < 0,01$ ). Число рабочих и ИТР, считающих, что курить или не курить – это личное дело каждого, и никто не должен вмешиваться в это, уменьшилось на 4,6% ( $p < 0,01$ ), а лиц, знающих, что избыточный вес вреден для здоровья, увеличилось на 13,4% и потому, число измеряющих свой вес возросло на 7,6% ( $p < 0,01$ ).

Число мужчин и женщин, занимающихся во время досуга каким-либо видом физической культуры и спорта, возросло на 6,1%. На 5,2% увеличилось число тех, кто считает, что здоровый человек должен

соблюдать диету и режим питания. На 4,6% уменьшилось количество рабочих и инженерно-технических работников, имеющих привычку подсаливать пищу. Информированность о величине своего артериального давления возросла у 10,7% рабочих. Положительная динамика выявлена в изменении оценки полезности профилактической проверки своего здоровья (увеличение составило на 7,7%).

Анализ полученных научных данных, подтвердил наличие различных тенденций, в отношении к курению и профилактике между мужчинами и женщинами. Полученные результаты имеют высокую степень достоверности ( $p < 0,001$ ). Результаты повторного скрининга позволили нам сделать вывод, о большей готовности женщин к участию в профилактических мероприятиях, что очевидно, объясняется их более серьезным отношением к своему здоровью по сравнению с мужчинами. Поэтому при организации мер по снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний необходимо учитывать различия в информированности мужчин и женщин о факторах риска и в отношении к вредным привычкам, к профилактике и своему здоровью. Итак, проведенное исследование выявило низкую информированность респондентов о факторах риска и недостаточную грамотность в отношении к факторам риска, своему здоровью и профилактике. Это во многом объясняется тем, что отсутствует систематичность работы, нет дифференцированного подхода к проведению пропаганды. Оценка эффективности предложенной нами системы гигиенического обучения и воспитания (СГОиВ) рабочих и ИТР показало следующее: значительно уменьшилось число куривших и употреблявших алкогольные напитки, возросло количество занимающихся на досуге физической культурой и спортом, а также уменьшилось число лиц, кто имеет привычку подсаливать пищу. Разработанную нами систему гигиенического обучения и воспитания по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний можно рассматривать как одну из эффективных моделей борьбы с сердечно-сосудистой патологией на крупном промышленном предприятии.

**Выводы:** Математическое моделирование влияния медико-социальных факторов на формирование основных сердечно-сосудистых заболеваний показало, что ведущим фактором риска по развитию ишемической болезни сердца и гипертонической болезни является условия труда работников свинцового производства и социально – гигиенические факторы образа жизни больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Саркулова С.М. Современные подходы к ранней диагностике и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего населения // Вестник ЮКГМА. Шымкент 2006. №4 (30)-с.117-120
2. Аликанова Л.Е., Булешов М.А., Мусабекова Л.Е., Жаксыбергенов А. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего населения // Современный научный вестник – Белгород, 2008, № 4 (30)-с.45-49

УДК 616.1/9-02: 614.7.

#### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА КАЗАХСТАНА

*Д.М. Булешов*

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

#### ТҮЙІН

Қорғасын өндірісіндегі негізгі кәсіпте жұмыс атқаратындар организмне зиянды кәсіби себептер әсерінен артериалды гипертония мен жүректің ишемиялық аурулары үлкен серпінмен дамиды және оның өндірістік себептермен тікелей және өте жоғары дәрежедегі байланысы бар. Осы қағида нақты ғылыми деректермен дәлелденді.

#### SUMMARY

Incidence of coronary heart disease and hypertension at the employees of the lead production increases due to the presence of adverse factors at work and negative social-hygienic lifestyle factors. High and direct correlation between morbidity of production workers diseases of the circulatory system and the negative sides of lifestyle, hypercholesterolemia, hypodynamy were defined. Scientific results have become the basis of comprehensive preventivemeasures.

Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения от основных болезней системы кровообращения имеют тенденцию к неуклонному росту в мире и в Казахстане. Заболеваемость населения Республики Казахстан сердечно-сосудистыми заболеваниями за последние 10 лет возросла более чем в 1.7 раза, а доля умерших лиц в возрасте 18-64 лет в 2009 году составила 31,7%.

Достигнутые в экономически развитых странах снижение уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний объясняется не только повышением эффективности медикаментозной терапии, но и проведением целого комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий среди здорового населения. Распространенность болезней сердечно-сосудистой системы определяется не только влиянием социальных, но и производственно-профессиональными факторами риска. В настоящее время недостаточно разработаны

методологические основы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего контингента населения в нашей стране. Тем более традиционный акцент на совершенствование методов диагностики и лечения уже развившихся заболеваний не может принципиально изменить неблагоприятную ситуацию, сложившуюся с сердечно-сосудистыми патологиями. Поэтому перед научно-исследовательской работой была поставлена цель по совершенствованию модели профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в свинцовом производстве на основании изучения особенности формирования основных патологии этой системы и распространенности факторов риска. Для изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний проведен подробный анализ показателей заболеваемости по обращаемости, по данным комплексных медицинских осмотров с учетом пола, возраста, стажа и профессионально – производственных особенностей контингента за 2007-2009 годы. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний изучены по данным анкет социологического опроса лиц, из числа репрезентативно сформированных групп работающих. Изучение условий труда работающих в свинцовом производстве показало, что свинец является ведущим фактором риска для здоровья как по степени токсичности, так и по уровню превышения предельно-допустимой концентрации (от 15,2 до 30 раз), установленной для аэрозолей этого металла в атмосферном воздухе производственных площадок. Так кратность превышения предельно допустимой концентрации аэрозоли свинца в воздухе рабочих площадках агломерационного цеха составила от 19,8 до 30 раз, плавильного цеха от 21,2 до 26,3 раз, рафинировочного цеха от 15,2 до 23,7 раз.

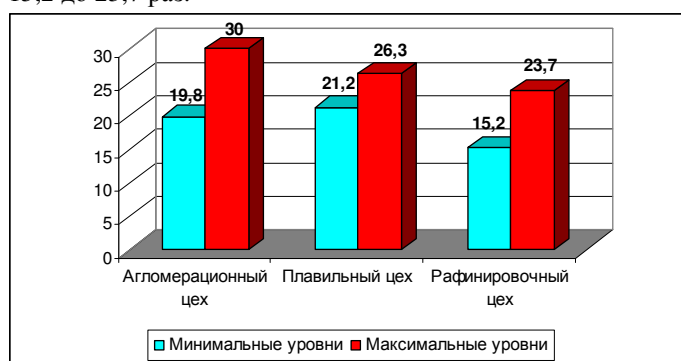


Рисунок 1. Кратность превышения предельно – допустимых концентрации (ПДК=0,01 мг/м<sup>3</sup>) свинца в атмосферном воздухе производственных площадок свинцового завода.

Как известно, условия труда на производстве зачастую становится одним из основных причин роста заболеваемости болезнями органов кровообращения. Изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих свинцового производства показало, что в основной группе рабочих частота встречаемости основных форм сердечно-сосудистых заболеваний нарастала и значительно превышала уровня заболеваемости рабочих контрольной группы ( $P < 0,001$ ).

Результаты анализа заболеваемости по обращаемости у рабочих свинцового производства среди всех остальных классов заболеваний. Болезни системы кровообращения по числу случаев занимали 2-ое ранговое место, уступая лишь болезням органов дыхания. Как известно, условия труда на производстве зачастую становится одним из основных причин роста заболеваемости болезнями органов кровообращения. Для более детального изучения распространенности, особенностей формирования сердечно - сосудистых заболеваний среди рабочих свинцового производства нами было проведено углубленное клинико - функциональное кардиологическое обследование 620 рабочих основных цехов (агломерационного, плавильного и рафинировочного), подвергающихся воздействию наиболее высоких концентраций свинца, в сравнении с рабочими вспомогательных служб (160 рабочих). Исследование выявили картину распространенности сердечно – сосудистых заболеваний в основной и контрольной группах. По мере увеличения стажа среди рабочих основного свинцового производства отмечалось значительное нарастание сердечно-патологии, особенно после 5 лет работы, причем с очень высоким приростом (на 17,7%), что, видимо, связано с напряжением и срывом адаптации на ранних этапах трудовой деятельности (рисунок 7). В последствие нарастание частоты ССЗ заметно замедлялось (от 5,1 до 11,2%), что могло быть обусловлено естественным отсевом больных и адаптацией к условиям труда у оставшихся лиц. Тем не менее, среди высокостажированных рабочих основного производства частота ССЗ достигала максимального уровня - 76,9%, превышая показатели в контрольной группе в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ). Сравнительная оценка распространенности основных форм ССЗ на протяжении возраста выявила тот факт, что уже у лиц молодого возраста, работающих в основных цехах, частота НЦД была несколько выше, чем в контрольной группе: 27% и 14,8%, соответственно (рисунок 8). При малом стаже работы – до 5 лет выявляемость НЦД была выше в основной группе (30,8%) против 5,9% в контроле ( $p < 0,01$ ). Определенные различия распространенности НЦД отмечали и среди лиц старшей возрастной категории 50 - 59 лет: 103 и 31% соответственно, также как среди высокостажированных рабочих: 5,2 против 2,8%. Распространенность НЦД по гипертоническому и по кардиальному типам, напротив, нарастала с увеличением возраста и стажа, достоверно опережая показатели контрольной группы уже после 5 лет работы.

Таким образом, частота НЦД даже при малом стаже работы в основном свинцовом производстве является надежным признаком неудовлетворительной адаптацией организма работающих. Особенно быстро нарастала частота встречаемости АГ у рабочих основных цехов в группе со стажем от 5 до 9 лет (на 16,9%) и сравнительно меньше - со стажем 10- 14 лет (на 4,2%). Однако после 16 лет и, особенно, после 20 лет работы распространенность АГ среди этих рабочих вновь значительно увеличивалась – на 10%. Такая закономерность, по-видимому, была обусловлена адаптацией организма в начальном периоде работы с последующим нарушением и срывом адаптации, а также с естественным отсевом больных АГ после 10 лет работы.

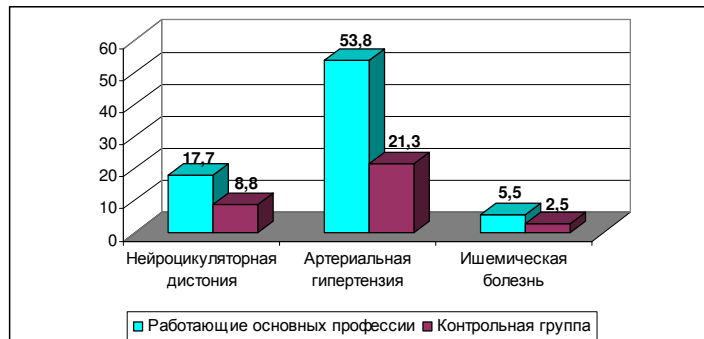


Рисунок 2. Распространенность основных сердечно-сосудистых заболеваний у работающих свинцового производства.

Однако вредные условия труда, включая высокую концентрацию в воздухе рабочей зоны аэрозолей свинца, у части рабочих после 15 лет работы вновь приводят к срыву адаптации, формируя АГ. У рабочих вспомогательных служб, имелась тенденция к повышению частоты АГ при увеличении стажа, но эти изменения были достоверно меньшими, чем в основной группе. При этом изменения возрастали по мере увеличения стажа, а достоверность различий усиливалась от  $p < 0,01$ , при стаже 1-4 лет, до  $p < 0,001$  во всех последующих стажевых группах. Постажевая динамика ИБС в профессиональных группах представлена на рисунке 3. Определенные формы ИБС (по строгим критериям), стенокардию и безболевою ИБС выявляли у рабочих основного производства после 5 лет трудового стажа (у 2,3%). После 10 лет работы частота ИБС значительно возрастала от 5,1% при стаже 10-14 лет до 11,1% при стаже более 20 лет. ИБС (по расширенным критериям) была определена уже в 1% у лиц молодого возраста (20-29 лет) и по мере увеличения стажа нарастала. В контрольной группе безболевою ИБС встречалась у рабочих только после 10 лет работы (у 3,3%), стенокардия напряжения достигала уровня 5,5% обследованных при стаже работы более 20 лет. Из вышеописанного можно сделать вывод о том, что у рабочих свинцового производства различные формы ИБС, в том числе, безболевая, начинают проявляться уже после 5 лет работы, быстро нарастая на протяжении трудовой деятельности и достоверно опережая аналогичные показатели в контрольной группе.

В условиях свинцового производства основные потери, обусловленные сердечно-сосудистыми заболеваниями связаны с гипертонической и ишемической болезнью сердца, уровень которых у работников основных профессии достоверно выше, чем у работающих вспомогательных профессии.

Увеличение стажа работы во вредных профессиях у лиц, имеющих возраст свыше 40 лет, гиперхолестеринемию, гиподинамию, избыточную массу тела, а также ведущих нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя) значительно повышает риск развития основных сердечно-сосудистых заболеваний.

Применение модели профилактики и раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний, адаптированной к условиям труда на свинцовом производстве является эффективной мерой, направленной на снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний среди работающих на заводе.

Таблица 17 - Распространенность лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями среди рабочих свинцового производства.

Заболевания	Группы		p 1-2
	контрольная n=160	основная n=620	
Нейроциркуляторная дистония	8,8 ± 2,2	17,7 ± 1,5	p < 0,05
Артериальная гипертония	21,3 ± 3,2	53,8 ± 2,7	p < 0,001
Ишемическая болезнь сердца	2,5 ± 1,2	5,5 ± 0,9	p < 0,001 p < 0,005
	5,0 ± 0,8	9,5 ± 1,2	

В руководстве по оценке профессионального риска одним из его основных показателей признается уровень заболеваемости с ВУТ. Кроме того, установление уровня заболеваемости с ВУТ имеет большое значение не только в отношении характеристики качества медицинского обслуживания и оценки эффективности проводимых лечебно - профилактических мероприятий, но и изыскания путей снижения

экономического ущерба, экономии средств по социальному страхованию, особенно, такой распространенной патологии как ССЗ.

**Выводы.** У работников свинцового производства растет уровень заболеваемости ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, которые обусловлены наличием неблагоприятных факторов на производстве и негативных социально - гигиенических факторов образа жизни. Установлены высокие и прямые корреляционные связи заболеваемостью работников производства болезнями системы кровообращения и негативными сторонами образа жизни, гиперхолестеринемия, гипогинезией. Научные результаты стали основой комплексных профилактических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Саркулова С.М. Современные подходы к ранней диагностике и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего населения // Вестник ЮКГМА. Шымкент 2006. №4 (30)-с.117-120
2. Аликанова Л.Е., Булешов М.А., Мусабекова Л.Е., Жаксыбергенов А.. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди работающего населения // Современный научный вестник – Белгород, 2008,; 4 (30)-с.45-49

УДК 618.1/2-082:614.2 (574.5)

#### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЬНИЦАМ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ЮКО

*Р.Т.Тлеужан*

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

#### ТҮЙІН

Қазіргі кездегі акушерлік-гинекологиялық көмекті ұйымдастыру жалпы емдік мақсатта акушерлік-гинекологиялық көмекті біріктіруге, әйелдерге, жүкті әйелдерге және нәрестелерге жалпы емдік-диагностикалық көмекті сапалы көрсетуге басқа мамандарды шақыруға және жеке перзентханаларды, гинекологиялық ауруханаларды және әйелдер кеңес орындарын жайлап жоюға бағытталған, қазіргі кездегі техникалық жабдықтармен және компьютерлерді қолдана отырып әйелдер қауымын жалпы диспансеризациялау және алдын-алуды босануға жалпы және арнайы көмек беруді қазіргіленумен жалпы клиникалық жүйені қолданып жаңа терапиялық әдістермен емдеу, ал ол өз кезегінде әйелдердің денсаулығының жақсаруына және ана және нәресте өлімдерінің төмендеуіне алып келеді.

#### SUMMARY

As a whole the modern organisation of the akushersko-gynecologic help providing gradual liquidation of isolated independent maternity hospitals, gynecologic hospitals and female consultations, is directed on association akushersko-gynecologic with the general medical network, attraction of other experts for the qualitative medical-diagnostic help to women, pregnant women and newborns, on perfection of activity of the general and specialised obstetrical establishments in system to a network with introduction of new methods of therapy and preventive maintenance and realisation of general prophylactic medical examination of the female population with use of modern technical equipment and a computerisation that as a result should lead to improvement of women and decrease in perinatal and parent disease and death rate.

Организация акушерско-гинекологической помощи в значительной степени определяет ее эффективность. Несмотря на различные мероприятия по реорганизации службы охраны материнства и детства, знание основных показателей и умение провести анализ деятельности родовспомогательных учреждений являются крайне необходимыми в работе всех врачей этой службы (1).

Охрана здоровья женщины, матери и ребенка является задачей первостепенной государственной важности. Именно поэтому наибольшие качественные изменения предусматриваются в системе охраны материнства и детства.

Особую значимость приобретают объединение акушерской и гинекологической служб с общей медицинской службой, диспансеризация и оздоровление населения в подростковом возрасте, перед вступлением в брак и созданием семьи, ориентация акушерства на перинатальную охрану плода, совершенствование деятельности центров и кабинетов пренатальной диагностики, улучшение общей медицинской и специализированной помощи беременным женщинам (2).

Лечебно-профилактическая помощь женщинам оказывается в амбулаторно-поликлинических, больничных и санаторно-курортных учреждениях, а также в учреждениях скорой медицинской помощи. Важное значение в характеристике медицинского обслуживания населения, в том числе женщин, имеют следующие показатели развития здравоохранения. Они, как правило, вычисляются по всем лечебно-профилактическим учреждениям района, города, страны (3).

1. Обеспеченность населения района врачами акушерами-гинекологами: Число занятых должностей акушеров-гинекологов на конец года X 10000 ; Численность населения района на конец года.

2. Обеспеченность койками района акушерско-гинекологическими койками: Число акушерско-гинекологических коек, предусмотренных сметой X 10000; Численность населения района на конец года.

3. Обеспеченность населения района стационарной акушерско-гинекологической помощью: Количество больных, госпитализированных в стационар X 10000; Численность населения района на конец года

4. Обеспеченность женского населения поликлинической акушерско-гинекологической помощью: Число посещений врачей женщинами+число посещений женщин врачами на дому X 10000; Численность населения района на конец года

В 2005-2009гг. обеспеченность гинекологическими койками в Южно-Казахстанской области находилась в пределах 9,9-10,8 тыс. населения. В то же время уровень обеспеченности койками для оказания акушерско-гинекологической помощи беременным и роженицам увеличился с 18,7 до 19,4 на 10тыс. населения. В 2000-2007гг. произошло существенное сокращение (в 1,6 раза) численности женских консультаций, акушерско-гинекологических отделений и кабинетов в области – с 79 до 48.

В области за 2005-2009гг. уровень обеспеченности врачами акушерами-гинекологами увеличилась с 5,8 до 6,1 на 10тыс. женского населения. При этом удельный вес акушеров-гинекологов от общего количества врачебных кадров области в указанные годы колебался в пределах 5,8-6,0%.

За 2005-2009гг. в ходе реструктуризации акушерско-гинекологической службы общее количество соответствующих коек в районах сократилось в 2,2 раза, при этом больше всего уменьшилось число коек для беременных и гинекологических больных, соответственно в 2,5 и 2,2 раза. В структуре акушерско-гинекологического коечного фонда, как в начале, так и в конце анализируемого периода преобладали гинекологические койки, доли которых составляли соответственно 66% и 65%. В то же время произошло существенное увеличение удельного веса коек для патологии беременности (более в 1,5 раза), уменьшение – для беременных и рожениц и полное сокращение абортных коек.

В течение анализируемого периода, уровень госпитализации в гинекологический стационар районов находился в пределах 5-8,5%. Среди опрошенных женщин лечились в стационаре по поводу гинекологических заболеваний 55,8%. У госпитализированных в 2005 и 2009гг. женщин первые два ранговых места занимали воспалительные заболевания и нарушения менструального цикла, доли которых в 2002 году составляли соответственно 44% и 26%, а в 2008 году – 42,5% и 22,5%. В 2002 году третье ранговое место занимали аборт (12%), тогда как в 2008 году – осложнения беременности (17%).

Согласно полученным данным, 25,9% обследованных женщин посещали женскую консультацию несколько раз в год, 39,4% - один раз в год, 10,6% - один раз в два года и 24,1% - реже.

Среди амбулаторных акушерско-гинекологических услуг, полученных жительницами сельского района в возрасте 18-29 лет первые три ранговых места по частоте занимали диспансерный и профилактический осмотры врачом-гинекологом и первичный осмотр беременных. В возрастной группе 30-39 лет и 40-49 лет чаще имело место введение и извлечение внутриматочных спиралей, диспансерный осмотр акушером-гинекологом при осложненном течении беременности. В возрастной группе 50 лет и старше возрастала частота полипэктомий, лечебно-диагностических выскабливаний полости матки и цервикального канала, криодеструкции доброкачественных опухолей половых органов.

В 2005-2009гг. удельный вес женщин, взятых на диспансерный учет по беременности при сроке до 12 недель, увеличился с 90% до 98,5%. При этом число беременных, осматриваемых терапевтом выросло с 78,5% до 100%. Наряду с этим вырос удельный вес беременных, которым выполнено УЗИ плода и проведено обследование на биохимические маркеры (АФП, ХГЧ) соответственно, с 78,5% и 85,5% до 100% и 87%.

Опираясь на результаты собственных исследований и передовой опыт регионов Республики Казахстан, с целью оптимизации и повышения доступности акушерско-гинекологической помощи жительницам районов предлагаем поэтапную четырехуровневую модель ее оказания (рисунок 1).



I уровень	
АМБУЛАТОРНАЯ	СТАЦИОНАРНАЯ
ФАП Врачи общей практики	Участковые больницы

**Рисунок 1 Поэтапная четырехуровневая модель оказания акушерско-гинекологической помощи жительницам районов**

На первом уровне амбулаторная гинекологическая помощь жительницам сельского района оказывается акушерками фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц и врачами общей практики. Эта работа в основном носит профилактический характер. Стационарная помощь оказывается в участковой больнице. Сельскому населению отдаленных районов врачебная гинекологическая помощь должна оказываться выездными бригадами центральной районной больницы, в состав которых входит врач акушер-гинеколог.

На сельском фельдшерско-акушерском пункте доврачебной помощи, работа акушерки должна быть направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности.

После взятия беременной на учет, она в обязательном порядке направляется акушеркой ФАП или акушером-гинекологом районной больницы на комплексное обследование в женскую консультацию центральной районной больницы. В ходе этого обследования определяется уровень перинатального риска и проводится сортировка беременных по уровням оказания акушерско-гинекологической помощи.

Беременные с высоким уровнем перинатального риска направляются в женскую консультацию областной больницы, где проводится их дополнительное обследование, уточнение уровня перинатального риска. При подтверждении высокого уровня перинатального риска ведение беременности осуществляется только в медицинских учреждениях четвертого уровня в соответствии с индивидуально разработанной схемой ведения беременности.

Здоровые женщины с неосложненным течением беременности и низким уровнем перинатального риска могут находиться под динамическим наблюдением акушерок ФАПов, врача акушера-гинеколога женской консультации районной или центральной районной больницы, а в отдаленных районах – под наблюдением выездной врачебной бригады.

Родоразрешение беременных с низким уровнем перинатального риска осуществляется в роддоме ЦРБ.

На втором уровне амбулаторная поликлиническая помощь оказывается женской консультацией ЦРБ.

На третьем уровне амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь должна оказываться в женской консультации межрайонного центра.

С целью совершенствования организации и повышения качества и доступности оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и новорожденным в области должен быть утвержден перечень межрайонных центров, которые организуются на базе наиболее оснащенных и укомплектованных квалифицированными кадрами женских консультаций и гинекологических отделений Центральных районных больниц.

В межрайонных центрах концентрируются все беременные, имеющие средний уровень перинатального риска с предыдущих этапов, а также беременные с низким и средним уровнями перинатального риска, проживающие на территории обслуживания ЦРБ на базе которого он организован.

Также на этом уровне должна оказываться консультативная, лечебно-диагностическая помощь гинекологическая помощь гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которое не может быть проведено на предыдущих этапах.

На четвертом уровне консультативно-диагностическую акушерско-гинекологическую помощь следует организовать на базе женской консультации областного перинатального центра.

Стационарная помощь гинекологическим больным, беременным, роженицам и родильницам сельских районов оказывается в гинекологическом отделении областного перинатального центра, родильных домах областного центра и клиниках кафедры акушерства и гинекологии медицинской академии.

В гинекологическое отделение четвертого уровня доставляются родильницы с послеродовыми гнойно-септическими осложнениями из районов области, ведется мониторинг этих осложнений, анализ причин их возникновения и выявляются дефекты ведения пациентов. Анализ этих осложнений и их причин регулярно должен представляться на клинической конференции. В целом современная организация акушерско-гинекологической помощи, предусматривающая постепенную ликвидацию изолированных самостоятельных родильных домов, гинекологических больниц и женских консультаций, направлена на объединение акушерско-гинекологической с общей лечебной сетью, привлечение других специалистов для качественной лечебно-диагностической помощи женщинам, беременным и новорожденным, на совершенствование деятельности общих и специализированных родовспомогательных учреждений в системе общеклинической сети с внедрением новых методов терапии и профилактики и осуществлением всеобщей диспансеризации женского населения с использованием современной технической оснащенности и компьютеризации, что в итоге должно привести к оздоровлению женщин и снижению перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баклаенко Н.Г., Балашова В.Г., Николаева Е.И. Основные направления развития акушерско-гинекологической помощи жительницам села. // Акушерство и гинекология. – 1984. – №8. – С.3-5.
2. Каюпова Н.А., Ахымбаева К.С., Алимбаева Г.Н., Бикташева Х.М., Джусубалиева Т.М. Руководство по охране репродуктивного здоровья в Казахстане. – Алматы, 1998. – 563с.
3. И.В.Дуда, В.И.Дуда. Клиническое акушерство. – Мн.: Выш.шк., 1999. – 604с.

УДК 616.1/9-02:614.7.

**ОЦЕНКА РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*М.А.Булешов, Б.Е.Шаймерденова, Г.К.Ергебекова*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы*

## ТҮЙІН

Қоршаған ортаның организмге жансыз әсер ететін себептерінен туындайтын қауіпті санитарлық – микробиологиялық және клиникалық тұрғыда зерттеу нәтижелері бойынша бағалау физикалық және химиялық әсерлердің судың қасиетіне және микроорганизмнің құрамына тұрақты және терең өзгерістер туғызатындығын көрсетті.

## SUMMARY

It has been established as result of studies with the use of complex sanitary-hygienic, microbiological, clinical and statistical methods, that the increasing antropogenic stress causes changes in microbiocenosis of water objects of the environment and of blood serum, which may produce unfavourable human health effects. The necessity to use integral complex indexes of the state of man and water medium for the assessment of the degree of risk of ecotechnogenic effects has been found out.

Загрязнение окружающей среды нарушило ход микробиологических процессов, протекающих в водных объектах, изменив свойства и состав микрофлоры. Вследствие изменений условий существования повысилась активность потенциально патогенных микроорганизмов, способных вызывать заболевания у населения. При анализе материалов по оценке этиологических факторов развития водных эпидемий установлено, что в структуре заболеваемости населения ряда регионов острыми кишечными инфекциями более 50 % составляют нераспознанные ранее гастроэнтериты и лишь 40 % - заболевания, вызванные сальмонеллами, шигеллами и энтеропатогенными кишечными палочками.

С целью выявления степени риска воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека проведено комплексное изучение микробиоценозов водных объектов в регионах с интенсивной антропогенной нагрузкой и динамики структурирования сыворотки крови здоровых лиц, проживающих в исследуемых регионах. Исследования выполнены посезонно в течение ряда лет (2001 - 2009 гг.) в крупном промышленном городе и агропромышленных районах Южно-Казахстанской области.

Особенность структурной организации сыворотки крови (СК) была изучена у 800 здоровых лиц. Препараты готовили следующим образом: 8—10 капель СК наносили на предметное стекло в шахматном порядке и высушивали в эксикаторе с влагопоглотителем при 37 °С на протяжении 2 ч, затем микроскопировали.

Для определения комплексных микробиологических показателей состояния водных объектов в условиях антропогенной нагрузки был использован метод санитарно-микробиологического контроля за их эпидемической безопасностью.

Результаты натурных и экспериментальных исследований по изучению выживаемости комплекса микрофлоры в сточных водах промышленных производств при сбросе их в водоемы, в источниках хозяйственно-питьевого водоснабжения и питьевой воде водопроводных сооружений позволили выявить четкую тенденцию ( $p=0,005$ ) к однотипности бактерий, характерных для данного региона. Выделенные виды бактерий обнаруживались постоянно в течение 9-10 мес, причем содержание их ежегодно увеличивалось в летне-осенний период (июль - октябрь). Одновременно в результате антропогенной нагрузки на водоемы формируется дисбактериоз воды, при котором постепенно снижается количество индикаторных групп бактерий (эшерихий коли и фекальных стрептококков), происходит нарушение физиологического барьера - одного из факторов естественного механизма Защитных реакций воды, снижение интенсивности процесса самоочищения воды от микрофлоры антропогенного происхождения.

Таким образом, установлено, что микробный ценоз водных объектов формируется постепенно и стабильно держится на одном уровне в течение ряда лет, как и инфекционная заболеваемость.

Изучение морфологических особенностей поверхности высушенных капель СК по сезонам года показало, что каждому из них соответствует индивидуальный морфотип. Общим для всех сезонов явилось наличие сфероидной пленки диаметром 7-8 мм.



В зимний сезон весь препарат рассечен системой радиально-лучистых трещин на сектора, петлеобразно завершённые по периферии. Каждый сектор за счёт цихотомически ветвящихся трещин усыхания разделен на полигональные камеры, в которых имеются шаровидные пустоты. В среднем число секторов в одном препарате составило  $32 \pm 0,9$ .

В весенний период наблюдается феномен постепенной трансформации радиально-лучистой ориентации препаратов: сектора как бы раздвигаются, становятся шире, количество их уменьшилось и составило в марте в среднем  $18 \pm 0,4$ . В дальнейшем секторная структура прослеживается только по периферии образца. В центре препарата обилие мелких полигональных камер, «нафаршированных» сфероидными пустотами.

В июне начинает исчезать радиально-лучистая система трещин дегидратации. В июле она уже полностью отсутствует. В центре препарата появляется крупное солевое ядро. Пустоты в нем расположены хаотично и, как правило, единичны. В осенний сезон по-прежнему отсутствует радиально-лучистая ориентация препарата. Солевое ядро дробится на отдельные агрегаты, расположенные по всему препарату.

В конце октября начинает восстанавливаться радиально-лучистая ориентация. Число секторов в среднем равно  $14,0 \pm 1,1$ . В них отсутствует дихотомическое ветвление (деление надвое), появляются отдельные сфероидные пустоты. В декабре начинают формироваться четкий радиально-лучистый каркас и дихотомическое ветвление, появляются полигональные камеры с шаровидными пустотами в каждой из них; к началу января восстанавливается четкая структура зимнего сезона, т. е. цикл структурирования СК повторяется.

Представленные данные демонстрируют модель - биологическую *in vitro*, которая помогает проследить за годовой Динамикой сезонных циклов структурных переходов такого сложного биокolloида, как СК человека. Если учесть, что при высыхании СК из 10 % препарата на долю белков приходится 8,5 %, то складывается впечатление, что обнаруженные морфотипы регистрируют устойчивость белкового компонента в различные сезоны года, при этом его стабильность наименее выражена в летний и осенний периоды года.

Как показали результаты санитарно-микробиологических исследований, частота обнаружения потенциально патогенных агентов у населения увеличивается преимущественно к июню - сентябрю, т. е. когда наблюдается ослабление автосборки СК человека за счёт снижения стабильности ее белкового компонента. Если учесть, что общее количество белка в бактериях колеблется от 50 до 70 %, то можно предполагать, что в летний и осенний сезоны года условия способствуют стимуляции биохимической активности микроорганизмов за счёт повышения стабильности их белковых включений. В то же время известно, что бактериальная клетка способна синтезировать несколько тысяч различных белков. Очевидно, в указанные сезоны года типы обмена веществ в организме простейших и человека изменяются в противоположном направлении, что тесно связано с особенностями адаптационных механизмов изученных биосистем. Не исключено, что кишечные заболевания относятся к болезням дезадаптации. Как известно, адаптация - это процесс сохранения и развития биологических свойств вида, популяции, биоценозов, обеспечивающий эволюцию биологических систем в неадекватных условиях среды, каковыми являются увеличивающиеся антропогенные нагрузки.

Конкретное изучение отдельных климатогеографических регионов с учетом этих нагрузок в их совокупности в свете концепции жизнеобеспечения и ноокоsmогенеза позволяет наметить интегральные комплексные оценки состояния человеческой популяции и среды. Многие физические факторы внешней среды, во взаимодействии с которыми эволюционировал человеческий организм, имеют электромагнитную природу. Взаимодействие космических и электромагнитных излучений с элементами биосферы происходит на молекулярном уровне. Это может приводить к изменению физико-химических характеристик таких систем, как вода, коллоиды, организм человека. Поэтому необходим поиск комплексных методов биоиндикации с целью познания механизмов антропогенных нагрузок.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вернадский В. И. Живое вещество.— М., 1978.
2. Виноградова Л. А. // Методы индикации биоценоза патогенных и потенциально патогенных микроорганизмов в объектах окружающей среды.— М., 1985.— С. 42—53.
3. Виноградова Л. А. // Гиг. и сан.— 1988.— № 12.— С. 13— 16.
4. Виноградова Л. А. // Там же.— № 8.— С. 80—82.
5. Гауровиц Ф. Химия и функция белков.— М., 1966.
6. Гуськов Г. В., Горшкова Е. Ф., Виноградова Л. А., Пар-хомчук Т. К., Каменев А. И. // Гиг. и сан.— 1986.— № 12.— С. 49—53.
7. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации.— Новосибирск, 1980.
8. Кисловский Л. Д. II Проблемы космической медицины.— М., 1982.— Т. 43.— С. 148—166.
9. Новиков Ю. В., Виноградова Л. А., Царева Л. Г. // Гиг. и сан.— 1986.— № 12.— С. 49—53.
10. Пресман А. С. Электромагнитное поле и живая природа.— М., 1968.
11. Чижевский А. Л., Шишина Ю. Т. В ритме солнца.— М., 1969.
12. Чижевский А. Л. Солнце и мы.— М., 1963.

УДК 615.9- 099: 314.42(574.5)

**АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2009 ГОДЫ***Д.Ш.Бегішьева**ЮКФ РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, Республика Казахстан, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Мақала Оңтүстік-Қазақстан облысы бойынша улану өлімін талдау жасауға арналады. Мақалада улану себептерін зерттеу, улануға алып келген заттарға, сонымен қатар жас категориясына қарай улануға талдау жүргізіледі. Жарияланудың соңында сәйкестелген тұжырым жасалып улану өлімдерін кеміту жөнінен нұсқаулықтар беріледі.

**SUMMARY**

Article is devoted the analysis of deadly poisonings on the South Kazakhstan area. Research of the reasons of poisonings, substances is conducted in article led to a poisoning, and also the analysis of poisonings according to age categories is carried out. In the end of the publication become, conclusions and recommendations about reduction of deadly poisonings are made.

Влияние химических веществ на деятельность человека, появление новых лекарственных средств, увеличение потребление алкоголя и наркотических веществ создают благоприятные условия для возникновения тяжелых и смертельных отравлений, число которых ежегодно увеличивается. Появление новых научно-обоснованных методов исследования, усовершенствование аппаратуры и оборудования позволяет значительно расширить круг химико-токсикологических исследований на многие токсические соединения.

Анализ смертельных отравлений, проведенных по данным Южно-Казахстанской области ЦСМ МЗ РК за период с 2007 по 2009 годы показал, что по сравнению с 2007 годом число отравлений возросло и составило: в 2007 году-30.1%; в 2008 году-32.5%; в 2009 году-35.7% от общего количества отравлений за 3 года.

Наибольшее количество смертельных отравлений вызывается несколькими группами химических веществ.

Соединения	2007 год	2008 год	2009 год
Этиловый алкоголь	42.7	44.7	46.9
Наркотические вещества	13.4	17.2	20.7
Лекарственные препараты	11.3	9.1	7.5
Окись углерода	15.5	16.9	13.4
Уксусная кислота	4.3	3.3	4.1
Неустановленные яды	7.1	4.3	3.8
Прочие	5.7	4.5	3.6

Таблица №1- Данные по смертельным отравлениям за 2007-2009 годы.

Из таблицы видно, что в 2009 году по сравнению с 2007 годом количество смертельных отравлений этиловым спиртом увеличилось и эти отравления по прежнему занимают первое место среди других интоксикаций. Мужчины, как показывает практика чаще страдают этими недугами, чем женщины. 61.5%, 72.4%, 80.9% по годам соответственно составляют мужчины, женщины 38.5%, 27.6%, 19.1%. При судебно-химическом исследовании отмечены случаи смертельных отравлений этиловым спиртом в сочетании с психотропными веществами. Значительно увеличилось количество смертельных отравлений наркотическими веществами, из них мужчины соответственно по годам составляют : 84.7%; 82.5%; 80.1%; женщины- 15.3%; 17.5%; 19.9%.

В настоящее время наркомания представляет серьезную социальную и медицинскую проблему. Если раньше применялись препараты из анаши, то сейчас часто встречаются смертельные отравления героином и морфином. В мае 2007 года в г.Шымкенте в автобусе скончался неизвестный мужчина азиатской национальности от смертельной дозы героина, т.е. в его желудке были обнаружены миниконтейнеры с героином. За последние 3 года нами было выявлено 2 смертельных случая отравления героином, 9 смертельных случаев отравления морфином. Лица, пристрастившиеся к наркотикам, не имеющие возможности их приобрести, часто пользуются растворителями, техническими жидкостями, бензином, краской, клеем, зачастую не зная их токсических свойств. Это приводит к смертельному отравлению. В 2008 году в квартире был обнаружен труп подростка, где производился ремонт. Убийцей оказался клей, так как в состав клея входят вещества, обладающие токсическими действиями и их длительное применение приводит к тяжелым последствиям.

Среди отравлений лекарственными средствами наиболее часто встречаются отравления седуксеном, димедролом, а также был случай суицидального отравления препаратом «Конкор». В настоящее время в мире создано огромное количество лекарственных средств, одинаковых по химической структуре, но имеющих различное торговое наименование, разные лекарственные формы и дозировки. Многие из них поступают на фармацевтический рынок Казахстана. В следствии этого часто встречаются отравления с суицидальной целью, так и ввиду недоброкачества лекарственных препаратов. В нашей практике был случай суицидального

отравления препаратом «Конкор». Из постановления следователя было известно, что гр. К. с суицидальной целью приняла более 30 таблеток данного препарата. Спустя некоторое время в крайне тяжелом состоянии поступила в токсикологическое отделение БСМП. Несмотря на принятые реанимационные меры, больную спасти не удалось. Была назначена судебно-медицинская экспертиза. После проведения химико-токсикологического исследования, был подтвержден судебно-медицинский диагноз отравление препаратом «Конкор».

Определенный процент составляют отравления неустановленными ядами, что указывает на употребление некачественных, не сертифицированных лекарственных средств приобретаемых вне аптечной сети. В нашей практике встречался случай отравления соединением хрома. В одном из районов Южно-Казахстанской области родители годовалого ребенка с целью лечения стоматита в течение 10 суток обрабатывали ротовую полость желто-оранжевым порошком в состав, которого предположительно входил бихромат калия. После чего ребенок скончался. Была проведена судебно-медицинская экспертиза. По результатам вскрытия и данных химико-токсикологического исследования, был выставлен судебно-медицинский диагноз: острое отравление соединением хрома. Высокий процент отравлений окисью углерода, особенно в зимнее время, причем 60% пострадавших, отравившихся угарным газом, находились в состоянии алкогольного опьянения. Отравления уксусной кислотой отмечены, в основном у женщин.

Соединения	До 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	Старше 50 лет
Этиловый алкоголь	1.9	15.7	25.9	30.6	25.9
Наркотические вещества	6.3	47.3	37.4	6.0	3.0
Лекарственные препараты	9.9	24.1	31.7	29.2	5.1
Окись углерода	5.1	15.2	29.6	26.2	23.9
Уксусная кислота	4.1	24.2	25.8	27.1	20.5
Неустановленные яды	12.0	25.2	21.4	26.5	14.1
Прочие	12.1	26.1	27.4	26.4	8.0

Таблица № 2. Распределение смертельных случаев отравления за 3 года по возрасту.

По данным таблицы № 2 можно сделать вывод, что наибольшее количество отравлений этиловым спиртом приходится на возраст от 30 до 50 лет. Чаще всего отравления наркотическими веществами наблюдаются в возрасте от 20-40 лет, но в последнее время отмечается рост подростковой наркомании.

Злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, лекарственными препаратами, привыкание к их чрезмерному употреблению создает серьезные проблемы для современного здравоохранения. По данным медицинской литературы среди лиц этой группы растет уровень заболеваемости и смертности, увеличивается количество ВИЧ-инфицированных, повышается риск травматизма. Одним из основных методов борьбы с алкоголизмом и наркоманией, является пропаганда здорового образа жизни среди населения. Статистика отравлений по Южно-Казахстанской области за период с 2007 по 2009 годы поможет органам здравоохранения и судебно-следственным органам более целенаправленно проводить профилактическую и санитарно-просветительную работу с целью предупреждения и снижения количества отравлений. Большая роль в этом принадлежит и судебным медикам, имеющим дело с наиболее тяжелыми последствиями отравлений, которые часто приводят к смертельному исходу. Значимость химико-токсикологических исследований в решении этих вопросов постоянно возрастает.

**Выводы:** Необходимо принимать только качественные и сертифицированные лекарственные средства, приобретая их в аптечной сети. Анализ отравлений показал, что злоупотребление алкоголем и наркотиками занимает ведущее место среди всех отравлений и приходится, в основном, на возраст от 20 до 40 лет, т. е. на лиц наиболее работоспособного возраста. Рост заболеваний и смертность среди вышеуказанной группы лиц наносит огромный социально-экономический ущерб. Результаты анализа указывают на необходимость внедрения и реализации программ и мероприятий по борьбе с наркоманией и алкоголизмом. Для решения этой задачи необходимо объединение медицинских работников, наркологов, психиатров, психологов и других специалистов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. В.Ф.Кромаренко «Токсикологическая химия». Издательство «Вища школа» 1982 год
2. Отчетные данные Южно-Казахстанского ЦСМ за период с 2007 по 2009 годы.

УДК: 616.438 – 036.21 – 053.6

#### РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 14-15 ЛЕТ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА -ПЕДИАТРА

Н.Т. Мавланова

Шымкентская городская детская поликлиника №,г.Шымкент

## ТҮЙІН

Аймақтық дәрігер өз аймағындағы 14 – 15 жас аралығындағы 116 баланы караудан өткізді және олардың 25,8% эндемиялық зоб бар екендігі анықталды.

## SUMMARY

116 children at the age of 14, 15 years were examined in the district of the doctor – pediatrician. The high widespreadness (25,8%) of the endemic goitre at the children of the puberty age was revealed.

**Йод** - важнейший эссенциальный микронутриент. Для поддержания нормального развития организма необходимо и достаточно ничтожно малого его количества – всего 100–150 мкг. [1] За всю жизнь человек должен потребить всего 3-5 г йода - около 1 чайной ложки. Однако около 2,2 млрд. людей на планете живут в районах природного дефицита йода, у 740 млн. из них (13% мировой популяции) имеется зоб. В 130 странах мира имеются регионы, дефицитные по йоду. К районам с природным дефицитом йода относятся практически вся территория России и Европейского континента. [3]

Казахстан тоже относится к региону, бедному по содержанию йода в окружающей среде. Этому способствуют природно – климатические условия, расположение в глубине материка далеко от морей и океанов, постоянное вымывание йода из почвы выпадающими осадками и тающим снегом. По данным департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН), с 2007 по 2008 год удельный вес людей, страдающих этим заболеванием, увеличился с 13,9 до 17,4 процента. В том числе детей - с 14,6 до 22,6, взрослых - с 7,4 до 9,7, кормящих матерей - с 11,5 до 19,4 процента. [2]

Сложная ситуация в Казахстане по йодному дефициту имела место в Южно–Казахстанской и Восточно–Казахстанской областях. Так, в 1991 году из 1025 обследованных детей в г.Кентау Южно–Казахстанской области распространенность зоба составила 26,0%, в том числе среди детей 10–12 лет – 34,0%, а среди детей 13–15 лет – 31,0%. [1]

Основной причиной эндемического зоба в Южно-Казахстанской области является неустраняемая экологическая недостаточность йода в почве и воде. В питании жителей области велика доля местных продуктов, в том числе с приусадебных участков, которые в условиях природного йодного дефицита содержат мало йода. Эутиреоидный зоб небольших размеров, как правило, протекает бессимптомно, что редко заставляет обращаться к врачу. Без лечения, зоб имеет тенденцию к дальнейшему росту. Объем щитовидной железы увеличивается примерно за год на 4,5% и ведет в дальнейшем к образованию кист и формированию узлов в щитовидной железе.

**Цель исследования.** Выявить частоту распространенности эндемического зоба у детей пубертантного возраста на участке врача педиатра ШГДП №1.

**Материалы и методы.** 2009 году было осмотрено всего 116 детей в возрасте от 14 до 15 лет территории № 4 обслуживаемых педиатром. Исследование проводилось в виде профилактического осмотра путем опроса жалоб, анамнеза, клинических данных, пальпации щитовидной железы.

**Результаты и обсуждение.** По результатам пальпации у 30 детей выявлены увеличения щитовидной железы. Это составляет 25,8 % всех обследованных детей. Из них девочек 19, мальчиков 11. Зоб I степени обнаружены у 24 (80%) детей и у 6 (20%) II степени. Во время опроса выявлено, что все дети с эндемическим зобом жалуется на быструю утомляемость, раздражительность, потливость и снижение памяти. У 2 школьника отмечается снижение успеваемости в школе. У этих детей имеется зоб II степени. Дети с выявленным эндемическим зобом отправлены к специалисту на ультразвуковые исследования, и на определение уровня гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ) в крови.

**Выводы** 1. Учитывая высокую распространенность зоба у детей пубертантного возраста на участке врача педиатра (25,8%), профилактика йододефицитных состояний требует безотлагательных решений.

2. По положению каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода: - 100 мкг - дети препубертантного возраста, - 200 мкг - подростки, 150 мкг – взрослые, - 200 мкг - беременные и кормящие, - дети грудного возраста получают йод с молоком матери.

3. Необходимо: - йодирование продуктов питания; -повышение уровня информированности населения о причинах и мерах профилактики йоддефицита; - внедрение ранней диагностики и своевременное лечение йододефицитных состояний.

4. Необходима постоянная, систематическая профилактическая работа.

5. Йодная профилактика способна не только ликвидировать очаги эндемического зоба, но и за короткий срок улучшать уровень успеваемости школьников.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тажибаева Ш.С. и др. О профилактике анемии, йододефицита и дефицита витаминов у школьников. Серия «Школьное питание»// Алматы, 2008, - с.34, 49, 51.
2. Храбрых О. Зоб предков// Экспресс К. Алматы, 2009, - №313.
3. Дедов И.И. и др. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы (национальный доклад)// Москва, 2006, -с.3.

УДК 613.953.1.

**БІР ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ӨСУ ПРОЦЕССИНЕ ТАМАҚТАНУ ТҮРІНІҢ ӘСЕРІ**

*К.К..Салхожаева, С.К..Оспанова, С.М.Мамаева, Г.Б.Абралиева, Р.О. Абдраманова*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*  
*Городская детская поликлиника №1, г. Шымкент*  
*Городская поликлиника №5, г. Шымкент*

**РЕЗЮМЕ**

Проанализированы амбулаторные карты 312 детей первого года жизни. Несмотря на тенденцию к увеличению числа детей, находящихся на естественном вскармливании, во втором полугодии жизни лишь половина детей получают грудное молоко. Доказано, что продолжительность грудного вскармливания положительно влияет на физическое развитие детей.

**SUMMARY**

Ambulant cards of 312 children of the first year of life have been analysed. It is proved, that despite the tendency to increase the number of children who are on natural feeding, in the second six months of life only half of children get breast milk and duration of breast feeding influences positively on physical development of children.

Баланың өсуі мен дамуына әртүрлі факторлар әсер етеді. Солардың ішінде бір жасқа дейінгі балалар үшін тамақтандыру түрінің орыны ерекше. Соңғы жылдары балалардың денсаулық жағдайының күрт нашарлауымен байланысты ерте жастағы балаларды табиғи жолмен тамақтандыру проблемасы жиі көтеріліп келеді.

Ғылым мен балаларды тамақтандыруға арналған қоспаларды дайындаудағы индустрияның жақсы дамуына қарамастан ана сүтімен тамақтандырудың жасанды тамақтандыру алдында бірталай артықшылығы бар екендігіне күмән келтіруге болмайды.

Емшек жасындағы бала табиғи жолмен тамақтандырылмай және қосымша тағамдарды енгізу кезінде тағамның көлемі мен сапасы, оның қорытылуы мен сіңірілуі баланың жасына және функциональдық қабілетіне сай келмесе, баланың физикалық дамуының көрсеткіштерінде ауытқулар байқалады.

Емшек жасындағы баланың тағамдық статусын бағалаудың объективті критеріі оның соматометриялық көрсеткішінің динамикасын бақылау.

**Материалдар мен әдістер.** Табиғи жолмен тамақтандырудың ұзақтығын, таралуын және баланың физикалық дамуының көрсеткіштеріне әсерін анықтау үшін бір жасқа дейінгі балалардың амбулаторлы картасына (112 ф) тексеру жүргізілді.

Зерттеуге Шымкенттің әртүрлі аймағында тұратын 312 бала алынды (158 ұл бала, 154 қыз бала). Барлық балалар жетіліп туылған, туылған кездегі дене салмақтары 2900г-3800г шамасында. Балалардың соматометриясы ай сайын дені сау бала бөлмесінде тексеріліп отырылды.

Тамақтану түріне байланысты балалар 3 топқа бөлінді.

I топта – 6 айлық жасқа дейін тек ана сүтімен тамақтандырылған балалар;

II топта – ана сүтімен қоса жасанды қоспалар және өмірінің екінші жарты жылдығында қосымша тағаммен тамақтандырылған балалар;

III топта – тек жасанды қоспамен тамақтандырылған балалар.

Тамақтану түрін қорытындылағанда 6% бала тек босану үйінде ғана ана сүтімен тамақтандырылып, 2% бала мүлде ана сүтін ембегендігі анықталды.

Ана сүтімен 2 айға дейін 82%, 3 айға дейін 76%, 4 айға дейін 71%, 5 айға дейін 64%, 6 айға дейін 46% бала тамақтандырылған.

Өмірінің екінші жарты жылдығында ана сүтімен 7 айға дейін 63%, ал 1 жасқа дейін 53% бала тамақтандырылған. Аралас тамақтандыруда балалар 1-1,5 айға дейін болып, әрі қарай тек жасанды тамақтандырылған.

Ана сүтімен тамақтандыруды тоқтатудың негізгі себептері гиполактация (51,2%), баланың кеудуден бас тартуы (15,4%), ананың аурулары (7,7%) болған.

Жасанды тамақтандыруға ауыстырылған балалардың саны 2 айда - 11%, 3 айда - 17%, 4 айда - 21%, 5 айда - 25%, 6 айда - 29% құраған. Соның ішінде 6 айға дейін қыз бала мен ұл бала саны бірдей болса, өмірінің екінші жарты жылдығында ұл балалар саны қыздарға қарағанда 3% артық.

Алынған нәтижелерге сүйене отырып бір жасқа дейінгі балалардың физикалық дамуы бағаланды.

Дене салмағының көрсеткішін талдағанда ұл балалардың салмағы қыз балаларға қарағанда барлық жас топтарында және барлық тамақтану түрінде артық.

Ана сүтімен тамақтандырылған балалардың дене салмағы да II және III топтағы балаларға қарағанда артық. Бұл I топтағы балалардың ана сүтін қалауынша, ал II және III топтағы балалардың сүтті өлшеммен қабылдауымен байланысты.

Өмірінің екінші жарты жылдығында III топтағы балалардың дене салмағы ана сүтін қабылдаған балалардан кем.

Ана сүтін мүлде қабылдамаған қыз балалардың дене салмағы I және II топтағы қыз балалар салмағымен салыстырғанда кем.

Қорытындылай келе соңғы жылдары табиғи жолмен тамақтанатын балалар санының артуына қарамастан өмірінің екінші жарты жылдығында ана сүтімен туылған балалардың тек жартысы ғана тамақтандырылатыны анықталды. Табиғи жолмен тамақтандыру ұзақтығы баланың физикалық дұрыс дамуына әсерін тигізетіндігі дәлелденді.

ОӘЖ 616-036.86-033:314.4(574.5)

## ТІРЕК-ҚОЗҒАЛЫС АППАРАТЫ АУРУЛАРЫ БОЙЫНША АЛҒАШ РЕТ МҮГЕДЕКТІККЕ ҰШЫРАҒАН ТҮЛҒАЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

*Т.Б. Даутов, Г.А. Мерекеева*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

### РЕЗЮМЕ

Изучение инвалидности в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата показало, что динамика инвалидности проявляет тенденцию к росту. Так за 2005-2009 годы в расчете на 10 000 населения инвалидность составила от 5,78 до 6,9%. Основными причинами инвалидизации населения явились реактивные артропатии, артрозы, спондилит, ревматоидный артрит и системная травматизация соединительной ткани. Рекомендовано научно обоснованные реабилитационные мероприятия.

### SUMMARY

To study of invalid in connection with diseases of moving apparatus shows that dynamics of invalid is display tendency to growing 2005-2009 years in calculation on 10 000 population are consist of 5.78 before 6.9% the main reason of invalidization. The population appears as reactive artropatiya, artroz, spondilit, revmoited artrit and systemic lach with tissue is recommended scientific substantiation for rehabilitation measure.

Осы аурулар бойынша алғашқы мүгедектіктің ең жоғарғы деңгейі 2006ж қалыптасты (6,9%). 2007 жылы оның деңгейі 5,42% – ге дейін төмендеп, соңғы жылдары 2008-2009 ж 1000 тұрғынға балап есептегенде 5,65-6,2 оқиғаға дейін жетіп отыр. Алынған деректер тірек-қозғалыс аппараты ауруларына байланысты қалыптасқан алғашқы мүгедектіктің мүлдем төмендемей отырғандығын байқатады. Шымкент қаласының жеке аудандары бойынша қалыптасқан мүгедектіктің деңгейін зерттеу мынадай нәтижелерді көрсетті.

Осы аурулар бойынша қала аумағында олардың ең жоғары деңгейі Аль-Фараби ауданында қалыптасқан (7,8%). Ең төменгі деңгей Абай ауданында түзілген (5,9%). Бұл жағдайда тұрғындардың Аль-Фараби ауданында тығыз орналасуымен және автотранспорттың жиі қозғалуымен түсіндіруге болады және дәл осы ауданда негізгі коммуникациялар мен тұрмыстық коммуникациялық мекемелердің орналасуы және білім беру мекемелерінің осы ауданда жұмыс істеуі мүгедектікке алып келетін себептердің жоғары дәрежеде қалыптасуына алып келетін негізгі себеп екендігін көрсетті. Алғашқы мүгедектік оқиғаларының мүгедектік топтарға байланысты қалыптастырылуы, тірек-қозғалыс аппараты ауруларына байланысты қалыптасқан алғашқы мүгедектіктің ауырлық дәрежесіне қарай таралуы мынадай заңдылықты көрсетті: I топтағы мүгедектер саны – 2005 жылдан (0,13%), 2009 жылға дейін 0,2% - ға артқан.

Ал, II топтағы мүгедектердің саны 1000 адамға балап есептегенде 2,03% – ден 2,1% – ге дейін артқан. Жылдан жылға III топтағы мүгедектердің саны да арту үстінде. Осылайша 2005 ж олардың саны 3,62% болса, 2009 ж 3,9%-ге дейін артқан. Жалпы орта есеппен осы жылдары I топтағы мүгедектердің үлес салмағы 2,8%-ы құраған. II топтағы мүгедектердің саны 34,6%, III топтағы мүгедектердің саны 62,6%. Тірек-қимыл аппараты ауруларына байланысты туындаған алғашқы мүгедектік жылдан жылға ауырлау үстінде. Егер, 2005 жылы I топтағы мүгедектердің үлес салмағы жалпы мүгедектердің 2%-ін түзесе, 2006 жылы –2,1%-ын, 2007 жылы – 2,3%-ын, 2008 жылы –2,3%-ын, 2009 жылы –2,4%-ын түзеген. Осыған қарағанда соңғы 5 жылда I топтағы мүгедектердің өсімі 20%-ға артқан. Дәл осындай жағдай, II топтағы мүгедектердің арасында байқалады. Егер 2005 жылы II топтағы мүгедектердің жалпы мүгедектер санының ішіндегі үлес салмағы 34,6%-ы құраса, 2009 жылы – 35,8% дейін көтерілген. Ал, III топтағы мүгедектердің үлес салмағы жалпы мүгедектер санының ішінде бірте-бірте төмендеу үстінде екенін байқатады. Оған мына деректер куә бола алады. 2005 жылы III топтағы мүгедектер санының үлес салмағы 63,4% болса, 2006 – жылы 63%, 2007 жылы – 63,2%, 2008 жылы – 61,4%, 2009 жылы – 61,8%-ға төмендеген. Бұл деректер алғашқы мүгедектіктің профилактикасы және емдеу реабилитация шаралары нашар ұйымдастырылғанын байқатады.

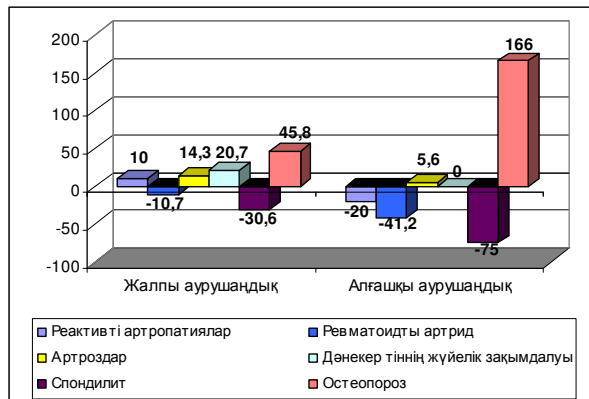
50-59 жастағы ерлер мен 45-54 жастағы әйелдерде I топтағы мүгедектердің үлес салмағы 0,1%-дан 0,2%-ға дейін жетеді. Ал, II топтағылардың үлес салмағы 7,6%-дан 10,1%-ға дейін қалыптасқан. III топтағы мүгедектердің үлес салмағы 19,5%-дан 23%-ға дейін жетеді. Ең төменгі деңгейі 2005 жылы қалыптасса, ең жоғарғы деңгейі 2009 жылы (23%) қалыптасқан.

60 жастан жоғарғы ерлер мен 55 жастан жоғарғы әйелдердің I топтағы мүгедектердің арасындағы үлес салмағы 1,6%-дан 2,5%-ға дейін жетеді. Оның ең жоғарғы деңгейі 2006 жылы қалыптасқан II-і топтағы мүгедектер 7,9 %-дан 14,7%-ға дейін қалыптасқан. III топтағы 1,7%-дан 3,1%-ға дейінгі аралықта қалыптасқан. Алынған деректер мүгедектіктің ең жоғарғы деңгейі 49 жасқа дейінгі ерлердің арасында және 44 жасқа дейінгі әйелдер арасында түзелетінін айтады. Сонымен қатар, олардың арасындағы мүгедектік жеңіл түрде жүреді. III топтағы мүгедектер саны өте жоғары. Ал, мүгедектердің жасы ұлғайған сайын I топқа жататын мүгедектердің үлес салмағы айтарлықтай жоғары. Мысалы, 49 жасқа дейінгі ерлер мен 44 жасқа дейінгі әйелдер арасындағы I топтағы мүгедектердің үлес салмағы 0,1%-дан 0,5%-ға дейін болса, 60 жастан асқан ерлер мен 55 жастан асқан әйелдер арасында 2,5%-ға дейін жетеді.

Ал, III топтағы мүгедектік керісінше 49 жасқа дейінгі ерлер мен 44 жасқа дейінгі әйелдердің арасында түзелген (40,9%-ға дейін). Осы мүгедектік топ 60 жастан асқан ерлер мен 55 жастан асқан әйелдер арасында бар болғаны 3,1%-ға дейін жетеді. Сонымен, мүгедектіктің ауыр түрлері жасы 60-тан асқан ерлер мен 55 жастан асқан әйелдерде кездесе, мүгедектіктің жеңіл түрлері 49 жасқа дейінгі ерлер мен 44 жасқа дейінгі әйелдерде қалыптасты.

Алынған статистикалық мәліметтер Шымкент қаласының жалпы аурушандықтың динамикасының өсу үстінде екенін байқатады. Егер, 2005 жылы оның деңгейі әрбір 10 000 адамға балап есептегенде 9284,6‰ болса, 2009 жылы оның деңгейі 10430,9‰-ға дейін артқан. Оның динамикасы бұл көрсеткіштің жылдан жылға артып отырғанын көрсетеді.

Негізгі мүгедектікке алып келетін тірек-қозғалыс аппараты аурулары реактивті артропатиялар, ревматоидты артриттер, артроздар, дәнекер тіннің жүйелік зақымдалуы, анкилоздық спондилиттер, остеопороз патологиялары болып табылады. Олардың деңгейі соңғы 5 жылда реактивті артропатиялар бойынша 10%-ға, артроздар бойынша 14,3%-ға, дәнекер тіннің жүйелік зақымдалуы бойынша 20,7%-ға, остеопороз бойынша 45,8%-ға, жоғарыласа, ал анкилоздық спондилит пен ревматоидты артриттер төмендеген. Осы аурулар бойынша алғашқы аурушандық остеопороз бойынша 166%-ға жоғарылаған, ал қалған патологиялар бойынша төмендеген.



Сурет. 2005-2009 жылдардағы (%-бен) мәліметтер бойынша жалпы және алғашқы аурушандық көрсеткіштерінің өзгеру сипаттамасы

Сонымен алынған деректер тірек-қозғалыс аппараты аурулары бойынша алғаш рет мүгедектіктің еңбекке жарамды жастағы адамдардың арасында оның ішінде 20-59 жастағы адамдардың арасында (93%) қалыптасқанын көрсетіп отыр. Алғаш рет мүгедек деп табылғандарды білімдік дәрежелері бойынша жіктеу олардың арасында орта білімді тұлғалардың ең жоғары үлес салмаққа ие екенін көрсетіп отыр. Негізгі топтағылардың үлес салмағы 40,9%, салыстырмалы топтағылардың үлес салмағы 41,2%. Арнайы орта білімділер негізгі топта 23,4%. Салыстырмалылардың тобында 25,7%, жоғары білімділер негізгі топта 31,4%, қосымша топта 30,2%. Ал қалғандарының барлығы да бастауыш білімі бар тұлғалар болып шықты. Зерттелгендерді әлеуметтік топтар бойынша жіктеу олардың арасында жұмысшылардың үлес салмағының басым екендігін (49,1%) байқатты. Қызметкерлердің үлес салмағы 37,4%, коммерсанттардың үлес салмағы 10,1%. Қалғандары зейнеткерлер (3,4%) болып шықты.

Мүгедектердің еңбек өтілі бойынша таралуы мынадай болып қалыптасқан. 0-9 жылға дейінгі еңбек өтілі бар науқастардың үлес салмағы 12,8%, 10-19 жылға дейінгі еңбек өтілі бар науқастардың үлес салмағы 23,9%, 20-29 жылға дейінгі еңбек өтілі бар науқастардың үлес салмағы 39,7%, 30-39 жылға дейінгі еңбек өтілі бар науқастардың үлес салмағы 24,6%-ды құрады. Мүгедектердің тұрмыстық жағдайына қарай жіктеуі мынадай болып шықты. Қанағаттанарлықсыз тұрмыс жағдайында тұратын III топтағы мүгедектердің үлес салмағы 68,4%-ға жетеді. II топтағы мүгедектердің арасында 52,8%-ды құрады. Мүгедектердің қанағаттанарлық тұрмыстық жағдайы II топтағы мүгедектердің арасында 45,9%, III топтағы мүгедектердің арасында 31,1%. II топтағы мүгедектер арасында жақсы тұрмыс жағдайын 1,3% құраса, III топтағы мүгедектер арасында мүлдем жоқ. Осыған қарағанда мүгедектердің негізгі бөлігінің 52,8%-дан 68,4%-ға дейінгісінде тұрмыстық жағдайы қанағаттанарлықсыз. Олар әлеуметтік тұрғыда қорғалуы тиіс және қоғамдық бақылауда болу қажет.

Мүгедектердің негізгі бөлігі техника саласында жұмыс атқарады. II топтағы техника саласында жұмыс істейтіндері 53,7%-ды құраса, III топтағылар арасында 44,9%-ы осы еңбектің түрімен айналысады екен. Гуманитарлық салада жұмыс атқаратындар арасында II топтағылар 15%, III топтағылар 16,6%-ға жетеді. Табиғатты қорғау саласында жұмыс атқаратындардың II топтағы мүгедектердің үлес салмағы 7,8%-н 8%-ға дейін қалыптасқан. Осыған қарағанда мүгедектердің көбісі техникалық және гуманитарлық саланың мамандары болып шықты. Алғаш рет мүгедек болып саналғандардың 60,4%-ы остеохондрозбен, 23,1%-ы ревматоидты артритпен, 10,2%-ы сколиозбен және де өзге аурулармен ауыратындығы анықталып отыр.

Тірек-қозғалыс ауруларына байланысты алғашқы мүгедектіктің өзектілігі осындай әлеуметтік топ тұрғындарының арасында өте жиі кездесуіне байланысты және олардың қоғамдық - өндірістік, тұрмыстық жұмыстарға араласу мүмкіндіктерінің өте төмен болып қалыптасуына байланысты болып отыр. Соңғы он жылда біздің Республикамызда осы әлеуметтік топқа жататын адамдардың саны жылдам өсуде. Себебі елді-мекендердегі автокөліктердің санының жылдам өсуі, олардың жиі апаттық жағдайларға алып келуі, адамдарды көптеп жарақаттауы, өндірістегі жарақаттар, тірек-қозғалыс аппараттарының істен шығуына және осы аурулардың мүгедектікке көптеп ұшырауына алып келуде. Қазіргі таңда тірек-қимыл аппараттары жарақаттарына байланысты алғаш рет мүгедектікке ұшырағандардың жалпы 48-50% құрайды. Осы мүгедектердің 29%-ы өндірісте жұмыс істейтін еңбек ету жасындағы тұрғындар. Мүгедектікке ұшырағандардың 39%-ы I-II топтағы мүгедектер болып отыр. Ал олардың еңбекке қайта оралуы сирек. Реабилитациялық көрсеткіш бұл мүгедектердің арасында бар болғаны 2-3%-дан артпайды. Еңбек ету жасындағы алғаш рет мүгедектікке ұшырағандардың 49%-ы тірек-қозғалыс аппараттарының зақымдалуына байланысты мүгедектікке ұшырап отыр.

Сондықтан, профилактикалық шараларды осы ауруларға қарсы ұйымдастыру қажет. Тек қана этиопатогенетикалық - профилактикалық шаралар мүгедектіктің деңгейін төмендетеді алады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Попова Т.В. Современные аспекты социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. -- Алматы, 2008. - № 4. - С.43-46.
2. Каусова Г.К., Попова Т.В., Жаликенова Б.А. Пути взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профилактических учреждений и медико-социальных экспертных комиссий: методические рекомендации. / МТиСЗН РК, КазНИИ кардиологии МКОиЗ РК. - Алматы, 1998. - 26 с.

УДК 616.379-008:616-036.22-053.6

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

*Г.О. Сапарова*

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

#### ТҮЙІН

Алынған деректерге қарағанда, қант диабеті ауруының балалар мен жасөспірімдер арасында таралуы олардың жасына, өмір сүру салтына және аурулардың медициналық белсенділігіне тәуелді. Темекі тартатындар арасында қант диабетінің асқину оқиғалары, темекі тартпайтындарға қарағанда 57,7% жоғары, ал алкогольдік ішімдікке салынатындар арасында, салауатты өмір сүретіндерге қарағанда 68,8% артық. Профилактикалық бағдарлама қант диабетін асқындыратын себептерге қарсы бағытталуы тиіс.

#### SUMMARY

That given information about Diabetes mellitus ills of the humans and affect among children and teens growth, life and health depends on the activity. Comparatively don't smokers people, among smokers has more diabetes mellitus ills has more 57,7% per cent, so comparatively normal living peoples life, among alcoholic people had more 68,8% per cent. The prophylactic programs for Diabetes mellitus ills provide for direction to combat the complication.

Наиболее остро проблема реализации государственной политики развития здравоохранения обозначилась на фоне ухудшения состояния здоровья населения и роста показателей социально-обусловленных заболеваний. На 61 сессии Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций сахарный диабет был провозглашен эпидемией неинфекционного характера, занимающей 4 место в мире по значимости, после таких заболеваний как ВИЧ, туберкулез, малярия (ООН, 2006). Медико-социальная значимость обусловлена растущей заболеваемостью, распространенностью и смертностью от поздних осложнений сахарного диабета. В сложившихся условиях вопросы ранней диагностики сахарного диабета и его осложнений приобретают особую значимость, поскольку своевременность и эффективность их решения определяют характер последствий для отдельного человека, и для общества в целом. Раннее выявление сахарного диабета способствует проведению



своевременной профилактики сосудистых осложнений и терапии на начальных этапах, что позволяет экономить средства, необходимые на лечение [1, 2, 3, 4].

Показатели первичной заболеваемости сахарного диабета и распространенности по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения увеличились к 2009 г. в сравнении с 1999 г. в 1,4 раза и составили 243,2 случая на 100 тыс. населения; а по распространенности – 2053,6 случая на 100 тыс. населения. При этом заболеваемость взрослого населения в сравнимые годы возросла в 1,1 раза и составила 189,4‰, а по распространенности – повысилась в 1,2 раза и составила 2200,3‰. По данным проведенного анализа отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом в возрастных группах среди женщин 45-49 лет и девочек-подростков 9-16 лет. Что свидетельствует о тенденций к омоложению СД и вовлечению в этот процесс детей и подростков (рис. 1).

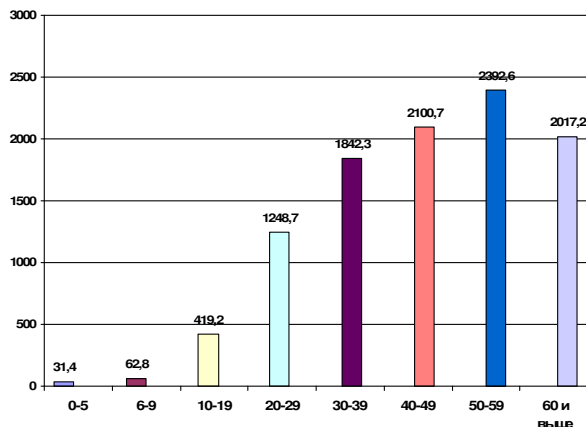


Рисунок 1. Возрастные особенности распространенности сахарного диабета (на 100 000 населения)

Изучение уровня структуры заболеваемости показывает, что имеются выраженные возрастные и половые особенности. Заболеваню наиболее подвержен контингент взрослого населения. Уровень общей заболеваемости СД взрослого населения в возрасте от 20 лет и старше составляет от 1248,7‰ до 2017,2‰, что показывает динамику роста. Пик заболеваемости приходится на возраст 40-59 лет (2100,7‰), заболеваемость взрослого населения в 64,2 раза выше, чем у детского населения (31,4‰) и в 4,8 раза выше уровня заболеваемости подростков (419,2‰).

Исследование проводилось среди больных подросткового возраста, находящихся на амбулаторном наблюдении в г. Шымкент. Исходя из цели и задач исследовались подростки, больные с сахарным диабетом, которые стоят на диспансерном учете и внесены в регистр больных сахарным диабетом; общая численность 219 человек. Использовались следующие методические подходы: эпидемиологические методы (оценка уровня структуры заболеваемости), организационно-методические методы (изучение формы организаций управления системы диабетологической помощи населению). На основе регистра больных составлена демографическая характеристика. Больные распределились по возрасту следующим образом: 10-12 лет, 13-14 лет, 15-16 лет, 17-18 лет, 19-20 лет. Больные в возрасте от 10 до 12 лет в регистре составили 7,1% (15 человек), от 13 до 14 лет – 15,2% (33 человек), от 15 до 16 лет – 18,6% (39 человек), от 17 до 18 лет – 37,9% (81 человек), от 19 до 20 лет – 21,2% (51 человек) (рис. 2)

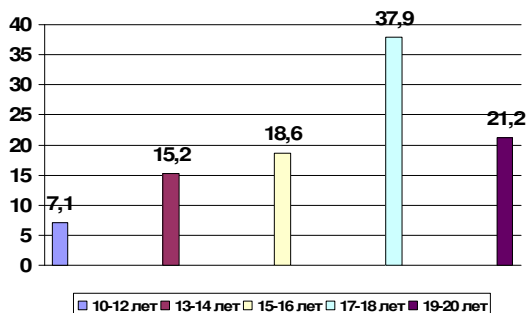


Рисунок 2. Распределение подростков болеющих с сахарным диабетом ( в % к общему)

Регистр по СД имеет половые особенности (рис. 3). Половая особенность заключается в том что, идет значительное превышение доли девочек над мальчиками по всем возрастным группам наблюдения. Причем, разница возрастает с увеличением возраста подростков в 1,2-1,5 раза. Кроме того, наблюдается закономерность неуклонного роста уровня заболеваемости СД от 10 до 20-летнего возраста, как среди девочек, так и среди мальчиков. Вместе с тем регистр показывает, что в возрасте от 19 до 20 лет уровень заболеваемости подростков резко снижается, это объясняется тем, что значительное количество больных СД «теряется» при передаче больных из детской поликлиники во взрослую. Необходимо совершенствовать преемственность в работе поликлиник и социально-гигиенический мониторинг путем учета больных СД особенно в переходном возрасте.

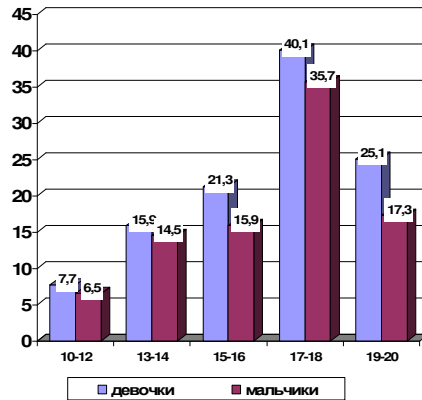


Рисунок 3. Половозрастное распределение контингентов больных, взятых на регистр по сахарному диабету (%)

Был проведен социологический опрос среди 100 подростков болеющих сахарным диабетом. Результаты социологического опроса показывает, что количество респондентов, имеющих нормальную массу тела составило 36%, выше нормы – 62%, ниже нормы – 2%, кроме того, чем выше масса тела у пациентов с сахарным диабетом, тем чаще у них возникают обострения. Эту взаимосвязь отмечают многие ученые. Риск развития ИНСД увеличивается в два раза при ожирении 1 степени, в 5 раз при средней степени ожирения и более чем в 10 раз при ожирении III степени. У 60% респондентов в анамнезе имеется наследственность, что совпадает с гипотезой полигенного наследования Д. Фостер (1987 г.) и гипотезой генетические детерминанты при ИНСД. Причем риск развития сахарного диабета возрастает от 2 до 6 раз при наличии диабета у родителей или ближайших родственников. 40% респондентов выполняют физические упражнения 1 раз в день; 28% - 1 раз в неделю; 6% - 1 раз в месяц; 26% - не делают, из них улучшение самочувствия от занятий ЛФК отметили 64%. Существует зависимость: чем чаще выполняются физические упражнения, тем реже возникают обострения. Физические нагрузки положительно влияют на метаболизм, гормональную регуляцию и систему циркуляции.

Диету №9 строго соблюдают 51% респондентов; 40% - не строго и 9% - не соблюдают, из них улучшение самочувствия от контроля питания отметили 75%. Установлено, что строгое соблюдение диеты №9 снижает частоту развития обострений, т. к. основным методом лечения пациентов с сахарным диабетом является диетотерапия. 32% респондентов измеряют уровень сахара в крови 1 раз в день; 21% - 1 раз в неделю; 45% - 1 раз в месяц; 2% - ранее не измеряли. Выявлено, что регулярный контроль уровня сахара в крови снижает частоту развития обострений. Для регулярного измерения уровня сахара в крови необходим глюкометр, но он имеется лишь у 60% опрошенных.

Информацию о своей болезни 56% респондентов получают от медицинского работника; 25% - из книг/журналов; 10% - от друзей/ знакомых и 9% - из телепередач. Как видно, большинство респондентов получают информацию о своей болезни от медицинского работника, следовательно необходимо уделять достаточно внимания санпросвет работе среди населения. Курящее состояние приводит к обострению у больных СД на 80,4%, а у некурящих – 22,7%. Употребление алкоголя приводит к обострению у больных СД на 92,7%, а у числа больных СД неупотребляющих алкоголь – 23,9%.

Связующим звеном между медицинским работником и пациентом с сахарным диабетом является диабетическая школа, однако её посещают всего 34% респондентов. Это обусловлено недостаточным количеством и плохой информированностью населения об их пользе.

**Выводы:** За исследуемый период в ЮКО отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом. Заболеваемость сахарным диабетом среди детей составила 31,4‰, а у подростков – 419,2‰.

Наиболее значимыми социально-гигиеническими факторами возникновения и развития сахарного диабета в современных условиях являются избыточный вес, неудовлетворительные условия проживания, несоблюдение режима питания и отдыха, слабый контроль за уровнем сахара в крови и несоблюдение рекомендации врачей по ведению здорового образа жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмадкулова Д.А., Федорова Л.П. Об эпидемиологии и раннем выявлении СД в Киргизский ССР // Тезисы доклада второго Всесоюзного съезда эндокринологов. Ленинград, 1980, 7с.
2. Бурлак С.И. Распространенность СД среди населения Камчатки // Проблемы эндокринологии. 1982, N 5, С. 17-22.
3. Дроздова Е.А. Эпидемиология сахарного диабета: сегодня и в будущем // Матер. IV Региональной научно-практической конференции «Молодежь XXI века - шаг в будущее». Благовещенск, 2003, 212с.
4. Дроздова Е.А., Мананов Л.Г., Колодина И.А. Информационно-аналитическая система эпидемиологического мониторинга в диабетологии // Матер. Научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения внутренних болезней». Благовещенск, 2004, С. 11-12.

УДК. 613.96-055.2-053.6

**ЖАСӨСПІРІМ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК – ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ**

А.Р. Жумадилова

ОҚМФА, Шымкент қаласы

**РЕЗЮМЕ**

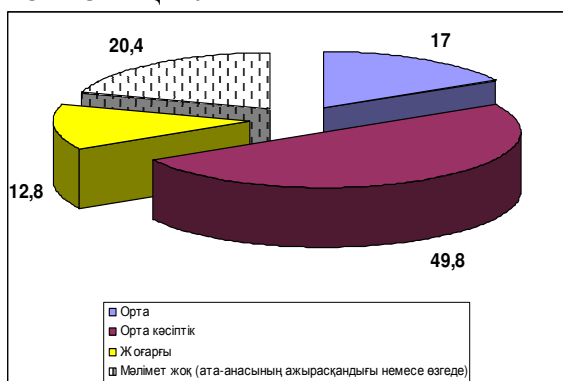
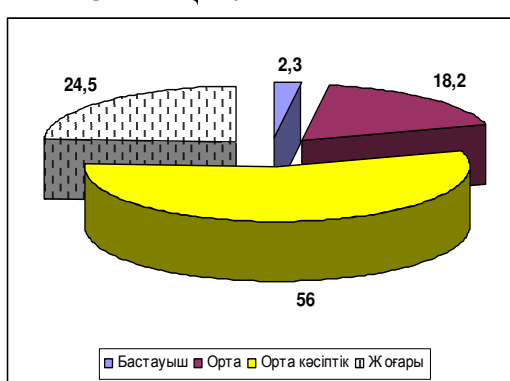
В настоящей статье рассматриваются репродуктивно-демографическое проблемы девочек-подростков. Анализируются социально – экономические и медико – социальные проблемы подростковой беременности. Приведены сравнительные показатели репродуктивной беременности среди девушек- подростков, а также рассмотрены социально – гигиенической проблемы семьи.

**SUMMARY**

In this article analyzed by considered eligible reproductively demographic problems teenage girls. Analyzes the social – economical, health of the social problems of teenage pregnancy. Comparative characteristics, reproductive pregnancies among adolescents, as well as it is socio - hygienic problems of the family.

Жас қыздардың репродуктивті денсаулығын қорғау мәселесі қазіргі таңда қоғамдық денсаулық сақтау саласының мамандығының ең өзекті мәселесі болып табылады. Алайда осы кезеңге дейін оның акушерлік гинекологиялық кырлары ғана зерттелген. Сондықтан Оңтүстік Қазақстан облысының Шымкент қаласында жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығына байланысты әлеуметтік – гигиеналық зерттеу жұмысы жүзеге асырылды. Бала көтермеген жасөспірім қыздардың ата-анасының білім деңгейін зерттеу. Осының барысында, әкелерінің білім деңгейі жоғары екендігі байқалады. Оның ішінде орта білімділер 17,0 %, орта кәсіптік 49,8 %, ал жоғарғы білімділер 12,8 %, 20,4 % - мәліметі жоқ (ата – анасының ажырасқандығы немесе өзгеде).

Бала көтермеген жасөспірім қыздардың ата-анасының білім деңгейін зерттеу. Аналарының білімдері де жоғары деңгейде қалыптасқан. Алайда олардың ішінде орта білімді 18,2 %, орта кәсіптік 56,0 %, жоғары білімді 24,5 %. Бірақ аналарының арасында бастауыш білімділері барлары да аз емес 2,3 %. (1 сурет).

**ӘКЕСІНІҢ БІЛІМІ****АНАСЫНЫҢ БІЛІМІ**

сурет. Бала көтермеген жасөспірім қыздардың ата-анасының білім деңгейлері бойынша таралуы (% есептегенде)

Бала көтермеген жасөспірім қыздардың некесіз тұрмыс құрған адамдарының әлеуметтік – тұрмыстық жағдайы төмендегідей болып шықты. Олардың арасында 17-20 жасқа дейінгілердің үлес салмағы 15 %, 20-30 жасқа дейінгілердің үлес салмағы 81%, 30-40 жасқа дейінгілердің үлес салмағы 15%-ды түзеді. Олардың негізгілері орта білімділер 54,1 %, орта кәсіптік 32,78 %, жоғарғы білімділері 13,12 %. Ал бұл адамдардың мамандығы бойынша таралуын зерттеу мынандай деректерге қол жеткізді. Олардың 67,22 % - жұмысшы, 21,31 % - қызметкер, 11,47 % - жеке кәсіпкер болып шықты. Осыған қарағанда некесіз тұрмыс құрған адамдардың басым бөлігі орта білімділер және көбінесе жұмысшылар қатарындағы 20-30 жастағы тұлғалар. Бала көтермеген жасөспірім қыздардың ата-анасының зиянды әдеттерін зерттеу. Олардың әкелерінің арасында шылым шегетін және спирттік ішімдік қабылдайтындары 18,5 %-ды құрайды. Бала көтермеген жасөспірім қыздардың анасының шылым шегіп, спирттік ішімдік ішетіндері 5,3 % құрайды. Аборт жасаған жасөспірім қыздардың арасында 17-19 жас аралындағы тұлғалар құраса, ал 20 жастағылар 55,0 % . Неғұрлым жасы ұлғайған сайын аборт саны арта түсуде. Аборт жасаған жасөспірім қыздардың арасында орта білімділердің үлес салмағы басым (67,2 %), және олардың арасындағы түсік тастағандар 32,8 % - ды құрайды. Аборт жасаған жасөспірім қыздардың арасында 17- 20 жас арасындағы жұмысшылардың үлес салмағы 67,2 %, студенттердің үлес салмағы 21,31 %, ал оқушылардың үлес салмағы 11,47 %.

Сонымен аборт жасаушы жасөспірім қыздардың жасы 17 – 20 жас аралығындағы, мамандығы жұмысшы, білімдері орта білімді болып шықты. Алдымызға қойған мақсаттарға байланысты 15-18 жас аралығындағы жасөспірім қыздар арасында социологиялық зерттеу жүзеге асырылды. Олардың арасында қазақ қыздарының үлес салмағы - 73,2 %, орыс қыздары - 13,3 %, өзбек қыздары - 5,4 %, ал өзге ұлттың қыздары - 8,1 % құрады. Осылайша зерттеу тобын қалыптастыру обылыс тұрғындарының демографиялық ерекшеліктері есепке алынуына байланысты туындаған. Социологиялық зерттеуге тартылған жасөспірім қыздардың әлеуметтік топтары бойынша жіктелуі мынаны көрсеті. Олардың мектепте оқитындарының үлес салмағы 61,5 % мектепте оқитын жастар болып шықты. Үй шаруасындағы әйелдердің үлес салмағы 38,5 % болып шықты.

Оқушылардың арасында орта білімді аяқтамағандар 37,1 %, орта білімді аяқтағандар 45,7 %, жоғарғы оқу орнында оқитындар 17,2 % болып шықты. Үй шаруасындағы әйелдер орта білімді аяқтамағандар 5,2 %, ал қалғандарында 94,8 % аяқталған орта білім бар екендігі анықталды. Осындай жағдай облыстың барлық аудандарында қалыптасқан 15-18 жас аралығындағы жасөспірім әйелдердің некесіз бала туу оқиғалары өте жиі кездеседі. Ауданда оның үлес салмағы 39,4%-ға жетсе, Шымкент қаласы бойынша үлес салмағы 46,4% қалыптасқан, обылыста 14,2 % - ды құрайды.

Социологиялық зерттеу қорытындысы жасөспірім қыздардың басым бөлігі жыныстық қатынасқа баруды қолдайтындығы және олардың үлес салмағы 72,9% жететіндігін көрсетті. Алынған деректерге қарағанда 15 жасқа дейінгілердің арасында жыныстық қатынасқа барғандарының үлес салмағы 8,5%, 15-18 жас аралығындағылардың үлес салмағы 22,7%-ға көтерілген. 19-20 жастағы жасөспірім қыздардың 29,2% -ы жыныстық қатынасқа барған. Сонымен, жасөспірім қыздардың арасында некесіз бала көтеру және босану оқиғаларының негізгі себебі ерте жастан жыныстық қатынасқа барғандығы болып отыр.

Дәл осы жағдайдың екінші себебі, жасөспірімдердің контрацептік заттарды дұрыс қолдана алмауында. Осыдан жасөспірім әйелдер арасында аборт өте көп жасалынды. Біздің социологиялық зерттеуіміз некедегі және некесіз жасөспірім әйелдердің арасында контрацептік заттарды қолдану деңгейі әртүрлі болып отыр. 15-18 жастағы жасөспірім жастағы әйелдердің некеде тұрғандары арасында контрацептік заттарды қолдануы 26,3%-ға жетеді. Ал некеде тұрмайтын жасөспірім әйелдердің арасында 38,3%-ға дейін көтерілді.

Контрацептикалық заттарды қолдану, олардың арасында аборттың санына әсерін тигізеді. Некеге тұратын жасөспірім әйелдердің контрацептік заттарды қолдануына байланысты аборт көрсеткішінің төмендігі байқалды. Мысалы, Некеде тұратын 64,3 % -ды әйелдердің арасында бірде бір аборт болмаған. Контрацептик заттарға жүгінетіндер арасында бір рет аборт жасағандар 23,5 % болып шықты. Екі немесе одан да жоғары аборт жасағандар арасында контрацептік заттарды қолданғандар 12,2 % -ы құрайды. Некесіз бала туған әйелдердің арасында контрацептік заттарды қолдану деңгейі мынадай болып шықты: аборт жасамағандар арасында 83,5%-ды құрайды, 1 аборт жасағандар арасында 9,2 % -ды құрайды, 2 және одан көп аборт жасағандар арасында 7,3 % -ды түзейді. Осыған қарағанда жасөспірім әйелдердің арасында контрацептік заттардың дұрыс қолдану жолға қойылмаған.

Контрацептикалық заттарды қолданған жасөспірімдердің осы әдісі туралы мәліметтерді көбінесе біреуден естігенге байланысты қолданған. Олардың ішінде 22,4 % жолдас қыздарынан, ал 10,6 % жыныстық қатынаста жүрген жігіттерінен естіген, 5,2 % аналарынан естіген. Жасөспірім қыздардың 3,8 % контрацептикалық заттар жайында мәліметті ғылыми көпшілік әдебиеттердің мәліметінен алды. Респондентордың 14,9 % контрацептикалар туралы ешқандай мәлімет болмай шықты. Жасөспірім қыздардың 4,9 % контрацептикалық мәліметтерді медициналық қызметкерлерден естіген. Бұл жағдай әйелдерге кеңес беру және санитарлық ағарту жұмыстарының барысында қол жеткізген. Ал жасөспірімдердің 38,2 % контрацепция туралы алған мәліметті мектепте өткізілген тәрбие сағатында жүргізілген ағарту жұмысы болып шықты.

Некеде тұрған жасөспірім қыздардың арасында аборт жасау оқиғалары 43,2%-ға жетсе, некесіз тұратындардың арасында 51,9%-ды құрайды. Зерттеудің алдыңғы кезеңдерінде алынған әлеуметтік – гигиеналық деректер жасөспірім қыздардың репродуктивтік тәртібін жетілдіруге бағытталған әдістемелік және ұйымдық шараларды жасауға жағдай туғызады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Амирова Н.Ж. Медико-социальная характеристика, репродуктивного здоровья девушек-подростков, Автореф, дис. канд. мед. наук. М., 1993,- 22с.
2. Анохин Л. В., Коновалов О.Е. Меднедева О .В. Особенности формирования молодых семей в условиях социально-экономических реформ // Здравоохран. Рос. Фед.-1997г.- №3-С40-41.
3. Давтян Л.М. Влияние социально-экономических факторов на рождаемость //Вопросы народонаселения и демографической статистики. - М., 1966.- С.54.
4. Хамошина М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушек-подростков.: Автореф. дисс-....канд, мед,наук. - Владивосток., 1997.
5. Хетчер Р.А., Ковал Д., Гест Ф. и др. Руководство по контрацепции. Нью-Йорк, 1994г.
6. Фролова О.Г., Волгина В.Ф., Жирова И.А. и др. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). - М., - 2003. - 154 с.

ОӘЖ 616-036.86-07

**ТІРЕК-ҚОЗҒАЛЫС АППАРАТЫ АУРУЛАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ТУЫНДАҒАН МҮГЕДЕКТІКТІ ЗЕРТТЕУ БАҒДАРЛАМАСЫ**

*Т.Б. Даутов, А.М. Булешова, Г.А. Мерекеева, Л.Е. Аликанова*  
*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

**РЕЗЮМЕ**

Изучение инвалидности в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата было осуществлено с разработки программы, включающей цели и задачи исследования, основные методические подходы, официальные материалы, на основе которых были произведены медико-статистические расчеты. Такой подход обеспечил репрезентативность и достоверность полученных результатов.

**SUMMARY**

To study of invalid in connection with diseases of moving apparatus is realized with elaboration of programme which includethe aim and tasks of investigation,the main methodical approach,the official material,on the base which was provide medical calculations/This approach is guaranteed representative materials and reliableof the given results.

Тірек-қозғалыс аппараты ауруларына байланысты қалыптасқан алғашқы мүгедектік тұрғындардың еңбек етуге бағытталған қабілетін төмендетеді, олардың қоғамдық және саяси белсенділігін азайтады. Осыған байланысты олардың арасында реабилитациялық шараларды белсенді ұйымдастыру, алғашқы профилактикасын жетілдіру, қоғамдық денсаулық сақтау саласының аса маңызды міндеті болып табылады. Сондықтан, біздің жұмысымыздың алдына қойған негізгі мақсаты аймақтық ерекшелікті есепке ала отырып, реабилитация шаралары мен медициналық көмек сапасын арттырудың ғылыми негізін жасау болып табылады. Бұл мақсатты шешу үшін жұмысшылардың алдына нақты міндеттер қойылады және арнайы бағдарлама арқылы жүзеге асырылады. Бағдарламада зерттеу әдістері мен ұсыныстары көрсетілді. Зерттеу нысандары ретінде тірек-қозғалыс аппараты ауруларына байланысты алғаш рет мүгедек болған 908 тұлға қарастырылды. Оларды зерттеу үшін мынадай әдістер қолданылды: әлеуметтік, гигиеналық, медициналық-статистикалық, математикалық модельдеу және болжамдау, сараптаманы бағалау. Зерттеу барысында алынған ғылыми нәтижелер мынадай көрсеткішті алуға негіз болды.

Зерттеу нысандары ретінде тірек - қозғалыс аппараты ауруына байланысты алғаш рет мүгедек болған 200 Шымкент қаласының тұрғыны алынды. Олардың басым бөлігі 20-29 жастағы мүгедектер, олардың үлес салмағы 22,9%, 30-39 жастағы мүгедектердің үлес салмағы – 23,7%, 40-49 жастағы мүгедектердің үлес салмағы 17,3%, 50-59 жастағы мүгедектердің үлес салмағы 11,2%. 20 жасқа дейінгі мүгедектердің үлес салмағы 24,9% .

Зерттеу нәтижелерін сараптау үшін медициналық-статистикалық әдістер қолданылды. Оның ішінде орта шамаларды, салыстыру шамаларын қолдана отырып, мүгедектердің медициналық демографиялық сипаттамасы жасалынды. Алынған деректердің шынайылығын анықтау үшін орта квадраттық ауытқу студент көрсеткіші және басқа да көрсеткіштер қолданылды. Сонымен қатар, зерттеудің мақсаты мен міндеттерін толық шешу үшін социологиялық зерттеу әдістері қолданысқа енгізіледі. Алғаш рет мүгедектікке ұшырағандардың аурушандығын анықтау үшін мүгедектердің амбулаторлық карталары зерттелді және де әлеуметтік – медициналық сараптама комиссиясының құжаттары талданды.

Алғашқы мүгедектікті тудыратын негізгі себептерді анықтау үшін және олардың жеке мінездемесін беру үшін аурудың төлқұжаттық деректері, білімі мен кәсібі, әлеуметтік топтары, жұмысы, жалпы еңбек өтілі және жалпы мамандық бойынша өтілі, еңбек ету ортасының негізгі зиянды себептері, өмір сүру салты, отбасылық жағдайы, экономикалық қаржылық жағдайы зерттелді және соның арқасында әрбір зиянды себептің қатерлі қуаты, мүгедектікке қосатын үлесі және әр аурудың реабилитациялық мүмкіндігі есептеліп шығарылады. Алынған деректер әрбір мүгедекті медициналық көмекпен қамтамасыз ету, қайталама профилактикалық шаралардың жоспарын жасауға негіз болады.

Жұмыстың орындалуы бірнеше кезеңде жүзеге асырылады.

I кезеңде әдеби көздер сарапталды және ресми-статистикалық материалдар жиналды, олар өңделіп алғашқы мүгедектік оқиғаларының деңгейі мен құрамы анықталды. Осы материалдардың негізінде зерттеу бағдарламасы жасалды. Оның мақсаты мен міндеттері анықталды. Зерттеу нысандары мен көлемі және негізгі әдістері белгіленді.

II кезеңде алғаш рет тірек –қозғалыс аппараты ауруларына шалдығып, мүгедек болған тұлғалардың арасында сұрақнама жүргізілді. Мүгедектердің медициналық-әлеуметтік сараптау комиссиясында алғашқы медициналық құжаттарындағы деректер зерттелді.

Шымкент қаласы тұрғындарының арасында қалыптасқан алғашқы мүгедектік оқиғаларының деңгейі мен құрамы зерттелді.

III кезеңде – зерттелген тұлғалардың медициналық - әлеуметтік мінездемесі жасалды. Сонымен қатар, олардың арасында қалыптасқан медициналық – биологиялық және әлеуметтік – гигиеналық қауіп себептері анықталды. Алғаш рет мүгедектікті зерттеу үшін зерттеу бірлігі ретінде алғаш рет мүгедек болған тірек-

қозғалыс аппараты ауруы бар тұлға алынды. Сұрақнаманы жүргізу барысында мүгедектікке ұшыраған 900 адамның аурушандығы туралы деректер қалыптастырылды. Салыстырмалы топ ретінде тірек-қозғалыс аппараты аурулары бойынша ауруы жоқ және мүгедек емес, бірақ құрамдық ерекшелігі оның ішінде, жастық, жыныстық, әлеуметтік – кәсіби негізгі топқа сай келетін тұлғалар алынды. Негізгі және салыстырмалы топтардағы адамдар Шымкент қаласының аумағында өмір сүруде. Зерттеу нәтижесінде тірек-қозғалыс аппараты ауруларына байланысты алғаш рет мүгедектік оқиғаларының болжамды деңгейі математикалық модельдеу әдісімен жасалды. Соңғы кезеңде алынған ғылыми материалдарды сараптап қорытынды жасалды және мүгедектердің ауруының алдын алуға, сапалы емделуге, реабилитацияны ұйымдастыруға, жетілдіруге бағыттайтын ұсыныстар жасалды.

**ӘДЕБИЕТТЕР**

1. Попова Т.В. Современные аспекты социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. -- Алматы, 2008. - № 4. - С.43-46.
2. Каусова Г.К., Попова Т.В., Жаликенова Б.А. Пути взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профилактических учреждений и медико-социальных экспертных комиссий: методические рекомендации. / МТиСЗН РК, КазНИИ кардиологии МКОиЗ РК. - Алматы, 1998. - 26 с.

УДК 618.1-055.26-053.6:340.613 (574.5)

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН АУМАҒЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАР АРАСЫНД РЕПРОДУКТИВТІК ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ҮРДІСТІҢ СИПАТЫ**

*А.Р. Жумадилова  
ОҚМФА, Шымкент қаласы*

**РЕЗЮМЕ**

В настоящей статье рассматривается репродуктивно демографической проблемы девочек подростков. Анализируются социально – экономическое и медико – социальное проблемы подростковый беременности.

**SUMMARY**

In this paper, are considered eligible reproductively demographic problems teenage girls. Analyzes the social - economical and health - the social problem of teenage pregnancy.

Медициналық – демографиялық үрдістің түзелуіне көптеген әлеуметтік – гигиеналық себептер әсерін тигізеді. Оның ішінде тұрғындардың репродуктивтік ұстанымы ерекше орын алады.[1.2.] Шымкент қаласы тұрғындарының демографиялық қозғалысы үнемі динамикалық өсумен сипатталады. 2000 жылғы көрсеткіштерге қарағанда (454,9 мың адам). Ал 2004 жылы тұрғындар саны 112% өскен. Жергілікті ұлыттардың өзіндік салмағы 1995 жылы 49,6 % болса, 2004 жылы 59,9% жетіп отыр.

Тұрғын аймақ	Жылдар				
	2000	2001	2002	2003	2004
Оңтүстік Қазақстан облысы.	1987,8	1954,3	1972,7	1989,1	1992,5
Шымкент қаласы.	454,9	459,2	478,4	499,3	509,5

1 кесте. Оңтүстік Қазақстан облысындағы және Шымкент қаласындағы тұрғындардың 2000-2004 ж.ж. демографиялық өрісі (мың адам деп есептегенде).

2004 жылғы демографиялық көрсеткіштерге қарағанда 1000 адамға шаққанда 24,0 бала туылып, 7,0 адам өлген, табиғи өсім 17,0 адамды құраған.

Тұрғындардың арасындағы жасөспірімдік топтағы қыздардың үлес салмағы 8,9 % құрайды. Осы топтағы қыздардың ішінде жасына қарай бала көтеруден бастартқандардың жасы бойынша төмендегідей нәтижені көрсетті (2 кесте).

Жасы	Саны	
	Абс %	
13 жас	2	0,47±0,33
14 жас	2	0,47± 0,33
15 жас	58	13,55± 1,65
16 жас	138	32,24± 2,26
17 жас	228	53,27± 5,82
Қорытынды	428	100,0

2 кесте. Жасөспірім қыздардың ішінде жасына қарай бала көтеруден бас тартқандар

2 кестеде. Олардың арасында 17 жастағы жасөспірім қыздардың бала көтеруден бастартқандардың үлес салмағы өзге топтардан көрсеткіші (53,27 % ) анағұрлым жоғары болып шықты. 16 жастағылар 32,24%, ал 15 жаста-ғылар 13,55 %, 13-14 жас аралығындағылар бар болғаны 0,147 % құрайды. Осыған қарағанда жасөспірімдердің жасы ұлғайған сайын олардың репродуктивтік ұстанымы өзгеріп бала көтеруден бастартқандардың үлес салмағы арта түседі.

Бала көтеру және дені сау баланы дүниеге әкелу жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығы мен әлеуметтік жағдайына тікелей байланысты.

Бала көтермеген жасөспірім қыздардың әлеуметтік топтары бойынша қарастырылған. Олардың 41,58 % мектеп жасындағы жасөспірім болып шықты, 19,86 % арнайы орта кәсіптік білім беру мекемесінде оқитындар. Колледжде оқитындардың үлес салмағы 16,36 % құраса, жоғарғы оқу орнында оқитындардың үлес салмағы 7,71 % түзеп отыр. Бұл топтың ішіндегі жұмыс істейтіндердің үлес салмағы 5,14 %, жұмыссыздардың үлес салмағы 9,35 % түзейді.

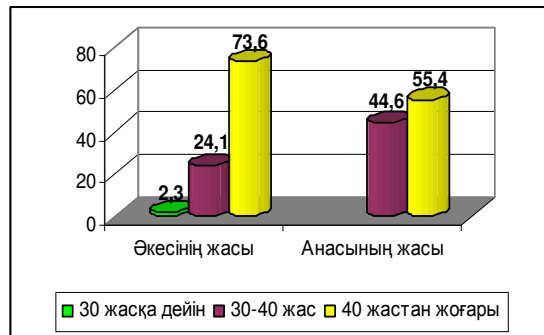
Сонымен бала көтермеген жасөспірім қыздардың негізгі бөлігі мектеп жасындағы арнайы білім беру және жоғары оқу орындарында оқитын жастар болып шықты.

Олардың репродуктивтік әдептері мен ұстанымдары қоршаған орта әлеуметтінен түзелетіндігі белгілі. Олардың арасында оқытушылар, медицина қызметкерлері жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығының қызметі бойынша тәрбие жұмысын белсенді жүргізетіндігі белгілі.

Жасөспірім қыздардың репродуктивтік тәртібі олардың отбасылық жағдайы мен білім деңгейіне тікелей байланысты екендігі анықталды. Репродуктивтік денсаулық негізінен ата – анасының жасына тікелей байланысты екендігіне де мән беру керек.

Бала көтермеген жасөспірім қыздардың туылған кезіндегі аналарының жасына қарай таралуы, олардың негізгі бөлімі 18-ден 30 жасқа дейінгі тұлғалар. Алайда олардың арасында 20 толмаған тұлғалар аз емес. Жеке деректер бойынша 15-18 жас аралығындағы аналардың үлес салмағы 3,3 % аз еместігі байқалады. Жалпы жасөспірім қыздардың ата-аналары негізінен қатерлі топқа жатпайды. Бірақ қатерлі топқа жататындардың үлес салмағы аналардың жасы бойынша 9,8 % жетеді, ал әкелердің жасы бойынша 5,4 % құрайды.

Сонымен, Оңтүстік Қазақстан облысындағы жасөспірім қыздардың репродуктивтік тәртібі олардың отбасылық жағдайы мен білім деңгейіне тікелей байланысты екендігі анықталды. Репродуктивтік денсаулықтың негізінен ата – анасының жасына тікелей байланысты. Жасөспірім қыздардың ата-анасының жас шамаларына қарай таралуы . Жасөспірім қыздардың әкелерінің жасы бойынша 73,59% 40 жасқа дейінгі тұлғалар. Ал 30-40 жас аралығындағылар 24,06% құрайды, 30 жасқа дейінгі тұлғалар 2,3 % . Ал аналарының жасы мынадай болып тарайды. 1. 30-40 жас аралығындағы үлес салмағы 44,62% . 2. 40 жастан 55,38% асқан болып шықты. Сондықтан қорыта келе ата – анасының жасы ұлғайғанда дүниеге әкелген бала-ларының денсаулығына тигізер кері әсері бар. (сурет 1.)



1.сурет. Жасөспірім қыздардың ата-анасының жас шамаларына қарай таралуы %.

Соңғы жылдары жүргізілген біршама жұмыстардың нәтижесі жасөспірім қыздардың кәмілетке толмай жүкті болуы, босануы аса көп асқынулар туғызайтындығын көрсетіп отыр. Бұл жағдай жасөспірімдердің репродуктивтік қызметі мен оның туу мүмкіншілігін төмен екендігін байқатады. Жасанды түсік тастау мен босану жасөспірім қыздардың денсаулығына кері әсерін тигізеді. Ғылымдардың көзқарасы бойынша жасанды түсік тастау және босану әртүрлі үрдіс болып табылады.

Қорыта келе жасөспірім кезінде ана болу оның өзіндік адам деген атына және әлеуметтік сипатына да әсер етеді. Ана мен баланың денсаулығы еліміздің ең маңызды әлеуметтік – экономикалық жағдайларының бірі. Егер әйелдің жүкті болып оны босанар кездегі ден саулығының нашарлауы және жаңа туған нәрестенің денсаулығының нашарлауы, еліміздің әлеуметтік- экономикасына әсер етеді. Осы жайды болдырмас үшін жас аналар өз міндетін атқару жолдарын білулері шарт, яғни кез-келген әйел жүктіліктің ең ақырғы кездеріне дейін дәрігерге уақытылы барулары шарт, сондықтан осы шарттар орындалса ана да сау, бала да сау болады. Сонда ғана біздің демографиялық жағдайымыз жақса.



## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Амирова Н.Ж. Медико-социальная характеристика, репродуктивного здоровья девушек-подростков, Автореф, дис. канд. мед. наук. М., 1993,- 22с.
2. Артюхов И.П. Медико-демографические факторы динамики рождаемости в Красноярском крае // Здравоохран. Рос, Федерации.- 1985.- N 8.- С.15-18
3. Анохин Л. В., Коновалов О.Е. Меднедева О .В., Особенности формирования молодых семей в условиях социально-экономических реформ // Здравоохран. Рос, Фед.-1997г.- №3-С40-41.
4. Давтян Л.М. Влияние социально-экономических факторов на рождаемость //Вопросы народонаселения и демографической статистики. - М., 1966.- С.54.
5. Тишук Б.А. Современные медико-демографические процессы в России // Проблемы, социальной гигиены и история: медицины.- 1994.-N 4.-С. 3-6.

УДК: 616. 37 9-008.64-082:314.4 (574.5)

**ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Д.С. Бердиярова, М.А. Булешов, П.Лесбеков, Р.А.Есимова, Г.С.Тлеубаева, Г.Т. Байтемирова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областной эндокринологический диспансер, г.Шымкент*

**ТҮЙІН**

Шымкент қаласындағы жеткіншек жастағы балаларға амбулаторлық бақылаумен қант диабетінің ауруына зерттеу жүргізілген бұл мақалада сол туралы сөз болады.

**SUMMARY**

The urgency of a problem of a diabetes is defined both the mediko-social importance, and ekologo-hygienic conditionality of this of pathologies, is characterised by increasing levels of labour losses, an economic damage owing to disease, physical inability and death rate of the population, expenses of the state and a society, directed on treatment of disease and its complications demanding perfection and increase of a system effectiveness of the specialised qualified help.

Цель исследования: оценить качество эндокринологической службы в Южно-Казахстанской области.

В соответствии с поставленными целями и задачами исследования использовался широкий спектр методологических подходов. Исходя из целей и задач в качестве объекта исследования определены больные сахарным диабетом, материалы их обращаемости в лечебно-профилактические учреждения г. Шымкента, а так же данные «Государственного регистра больных сахарным диабетом» диабетологической службы. Базой исследования являлись учреждения здравоохранения, органы управления здравоохранением, расположенные на территории Южно-Казахстанской области. Для осуществления цели и задач исследования нами разработана программа.

Наблюдению подверглись больные сахарным диабетом по данным областного эндокринологического диспансера Южно-Казахстанской области за 2007-2009 гг. общей совокупностью 219. Возрастная структура исследуемого контингента больных выглядела следующим образом: 99,0% - взрослые (от 18 лет и старше), 0,4% - подростки, дети - 0,6%. Среди больных сахарным диабетом преобладали лица от 40 до 65 лет, т.е. трудоспособного возраста. Основная доля больных диабетом (77,1%) – женщины, а доля мужчин составляла 22,9% .

Показатели первичной заболеваемости сахарным диабетом и уровень распространенности сахарного диабета по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения увеличился к 2009 г. в сравнении с 1999 г. в 1,4 раза, и составила 2053,6 случая на 100 тыс. населения. А первичная заболеваемость составила 243,2 случая на 100 тыс. населения. При этом заболеваемость взрослого населения в сравниваемые годы возросла в 1,1 раза и составила 189,4‰ а по распространенности в 1,2 раза повысилась и составила 2200,3‰. По данным проведенного анализа рост заболеваемости сахарным диабетом среди женщин 45-49 лет и 9-16 лет. Что свидетельствует о тенденции к омоложению сахарного диабета, и вовлечению в этот процесс детей и подростков.

Исследование проводилось среди больных подросткового возраста находящихся на амбулаторном наблюдении в г. Шымкенте.

Медико-демографическая характеристика исследуемого контингента на основе регистра больных составлена демографическая характеристика пациентов. Они распределились по возрасту следующим образом: 10-12 лет, 13-14 лет, 15-16 лет, 17-18 лет, 19-20 лет. Больные в возрасте от 10 до 12 лет в регистре составили 7,1% (15 человек), от 13 до 14 лет – 15,2% (33 человек), от 15 до 16 лет – 18,6% (39 человек), от 17 до 18 лет – 37,9% (81 человек), от 19 до 20 лет – 21,2% (51 человек).



Регистр по сахарному диабету имеет половые особенности. Половая особенность заключается в том что, идет значительное превышение доли девочек над мальчиками по всем возрастным группам наблюдения. Кроме того, наблюдается закономерность неуклонного роста уровня заболеваемости сахарного диабета от 10 до 20 летнего возраста. Как среди девочек и мальчиков. Вместе с тем регистр показывает, что в возрасте от 19 до 20 лет уровень заболеваемости подростков резко снижается, это объясняется тем, что значительное количество больных сахарным диабетом теряется при передаче больных от детской поликлиники к взрослым. Поэтому необходимо совершенствовать социально-гигиенический мониторинг путем учета больных сахарным диабетом, особенно в переходном возрасте. (Рис.1)

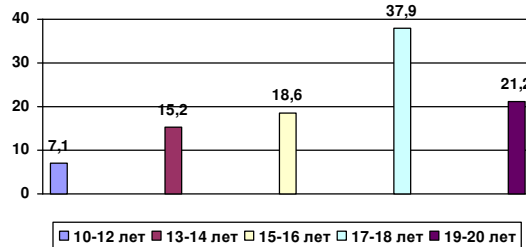


Рисунок 1. Распределение подростков болеющих с сахарным диабетом ( в % к общему)

Самыми распространенными осложнениями у пациентов с сахарным диабетом являются нейропатия и ретинопатия. Это говорит о том, что нервная система и органы зрения наиболее чувствительны к негативному воздействию сахарного диабета.(рис.-2) Основные сопутствующие заболевания - артериальная гипертензия и пиелонефрит, так как эти заболевания имеют сходный механизм развития.

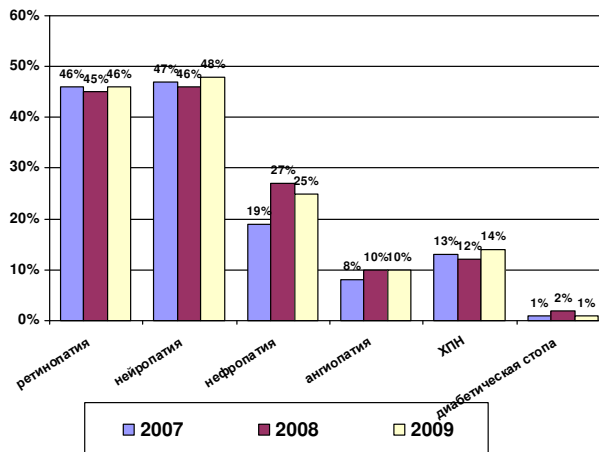


Рисунок 2. Осложнения у пациентов с сахарным диабетом

С 2007 по 2009 год число инвалидов среди пациентов с сахарным диабетом увеличилось на 39%, причём чаще всего встречается II группа инвалидности. Часто начальные проявления сахарного диабета остаются незамеченными, что ведет к развитию тяжелых осложнений, которые и являются причинами инвалидизации пациентов с сахарным диабетом. Проанализировав данные социологического опроса, мы выявили уровень самоконтроля у респондентов. Анкетирование проводилось у 100 человек, из которых пациенты, имеющие нормальную массу тела 36%, выше нормы – 62%, ниже нормы – 2%. Чем выше масса тела у пациентов с сахарным диабетом, тем чаще у них возникают обострения. Эту взаимосвязь отмечают многие ученые. Риск развития ИНСД увеличивается в два раза при ожирении I степени, в 5 раз при средней степени ожирения и более чем в 10 раз при ожирении III степени.

У большинства респондентов в анамнезе имеется наследственность, что совпадает с гипотезой полигенного наследования Д. Фостер (1987 г.) и гипотезой генетические детерминанты при ИНСД. При этом риск развития сахарного диабета возрастает от 2 до 6 раз при наличии диабета у родителей или ближайших родственников. Строгое соблюдение диеты №9 снижает частоту развития обострений, т. к. основным методом лечения пациентов с сахарным диабетом является диетотерапия. При диабете содержание сахара в крови должно быть близко к нормальному показателю. Выявлено, что регулярный контроль уровня сахара в крови снижает частоту развития обострений. Это является основным условием профилактики и лечения диабетических осложнений.

Опрос выявил низкую посещаемость диабетических школ, что может быть обусловлено недостаточным количеством и плохой информированностью населения об их пользе. Социологический опрос показывает, что курящее состояние приводит к обострению у больных с сахарным диабетом на 80,4%, а у некурящих – 22,7%. Употребление алкоголя приводит к обострению у больных с сахарным диабетом на 92,7%, а у числа больных с сахарным диабетом неупотребляющие алкоголь – 23,9%. На современном этапе развития здравоохранения повышение качества медицинской помощи обуславливается характером специализации. Однако только 62,5%

больных сахарным диабетом госпитализируются в профильные учреждения. В условиях сельской местности основная доля больных сахарным диабетом получает стационарное лечение в терапевтических отделениях центральных районных больниц (78,6%); другие - на базе участковых (9,4%) и областной (12%) больниц. Специализированный коечный фонд за 5 лет на территории области увеличился на 9,5%. При этом, уровень обеспеченности населения специализированными койками составляет 1,1 на 10 000 населения, в том числе, городского населения – 1,7, сельского населения – 0,8 на 10 000 населения. Результаты произведенных расчетов свидетельствуют, что потребность населения региона в специализированном коечном фонде удовлетворена не полностью. Обеспеченность населения специалистами данного профиля составляет 0,4 на 10 000 населения. При этом, наблюдаются выраженные диспропорции в обеспеченности врачами-эндокринологами городских и сельских жителей, различия показателей которых составляют соответственно 0,5 и 0,1 (на 10 000 населения), т.е. в 5 раз. Во многих территориальных образованиях области (в 18 из 28) должности врачей специалистов эндокринологического профиля отсутствуют в штатном расписании лечебно-профилактических учреждений (64,2%), при основной сосредоточенности врачей-эндокринологов в учреждениях здравоохранения областного центра (44,7% от всего кадрового потенциала специалистов).

Аналитическая оценка объемов амбулаторно-поликлинической помощи больным диабетологического профиля в учреждениях здравоохранения Южно-Казахстанской области свидетельствует, что «коэффициент дисбаланса» фактического (190 072) числа посещений врачей диабетологов (с учетом фактического объема посещений в муниципальных и областные учреждения здравоохранения) и нормативного (41195) числа посещений (исходя из нормативов обеспеченности специалистами) составляет +4,6. При этом нормативное (расчетное) число амбулаторно-поликлинических посещений, произведенное с учетом уровня заболеваемости и демографической структуры населения, достигает отметки 211 773 посещений в год. В этой связи разработаны модель сети первичной специализированной диабетологической помощи и организационная модель регионального диабетологического центра, являющегося основным организационно-методическим, диагностическим и лечебно-профилактическим учреждением в системе организации и управления специализированной диабетологической службой на региональном уровне. Принципиальная схема формирования диабетологической службы основывается на эпидемиологических показателях, приоритетах медицинского обслуживания, потребности в медицинской помощи и перспективах обеспечения финансовыми ресурсами.

Статистический анализ прогнозной оценки эффективности реализации перспективной модели диабетологической службы, проведенный с использованием линейной регрессии с функцией экспоненциального сглаживания (наклон  $b=6,64$ , сдвиг  $a=1270,25$ ) свидетельствует о зависимости уровня заболеваемости сахарным диабетом ( $гху=0,203$ ) от внедрения программных документов: снижение уровня распространенности сахарного диабета за 5-летний период составляет 80%, снижение уровня смертности больных с сахарным диабетом - в 4 раза, а уровня инвалидности - на 25%.

**Выводы:** Целенаправленная работа по совершенствованию диабетологической службы, реализации целевой комплексной программы «Сахарный диабет», модернизация управления системой медицинской помощи больным сахарным диабетом является основой для достижения позитивных результатов по повышению качества и эффективности специализированной высококвалифицированной помощи больным, направленной на снижение уровня заболеваемости, тяжелых инвалидизирующих осложнений диабета и повышение качества и продолжительности жизни больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. И.И.Дедов. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Сахарный диабет. - 1998. - № 1. - С.12 -16.
2. Гайдаров Г.М., Бардымова Е.В. Анализ деятельности врача эндокринолога: Методические рекомендации. - Иркутск, 2009. - С.20.
3. Chiasson J. L., Josse R. G., Gomis R. et al. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomised trial// Lancet. – 2002. – V. 359. – P. 2072–2077.

УДК: 616. 379-008.64-07.6:314.4 (574.5)

#### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Д.С. Бердиярова*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областной эндокринологический диспансер, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Қант диабеті - (әлемдегі адам 120 ірек миллион ) ауруды үлкен көп таралғандықпен байланатын қазіргі дүниелік дәрігерліктің өте маңызды мәселелерінің бірі, ерте аурулардың инвалидизацияның созылмалы ауруларын барлығымен және биік олардың (үшінші орын патологияның жүрек-қолқасынан кейін және қатерлі жаңа түзілімдер ) өлім-жітімімен байланысты. Бұл факторлар алғашқы және екінші профилактиканы, жарымжандарға көмек көрсету адамгершілік күштеріне сусамырдың емдеу бағытталған үлкен заттық шығындарға алып келеді.

## SUMMARY

Diabetes - one of the most serious problems of modern world medicine that is connected with huge prevalence of disease (more than 120 million persons in the world), and as with earliest of all chronic diseases invalids patients and their high death rate (the third place after a cardiovascular pathology and malignant new growths). These factors lead to the big material inputs and human efforts directed on diabetes treatment, primary and secondary preventive maintenance, rendering assistance to invalids.

Обучение по специальным структурированным программам, вовлекая в процесс лечения самого больного, существенно повышает эффективность терапии хронических заболеваний, в том числе сахарного диабета, является выгодным для больного и медицинского персонала, экономит время и излишние затраты. Понимание принципов лечения сахарного диабета создает, у пациента чувство уверенности и ответственности за собственное лечение, благоприятно влияет на психическое состояние. В процессе обучения выявлено улучшение психического статуса больных: снижение уровня депрессии и тревожности, достоверное увеличение психологического благополучия.

Согласно накопленным данным в мировой диабетологии внедрение программ обучения в процесс лечения больного именно как терапевтического подхода является высокоэффективным методом, получены убедительные клинические данные. Однако, до настоящего момента, не было дано комплексной оценки терапевтического обучения, учитывающей все параметры здоровья (соматический, психологический, социальный). Проведенные научно-клинические исследования дают данные в разрозненной форме (не учитывают одновременно все параметры). Также до настоящего момента не проводится контроль качества обучающего процесса, не выработаны единые критерии его оценки.

**Цель исследования:** Оценить эффективность внедрения программы обучения больных сахарным диабетом.

**Материалы и методы исследования:** Исследование проводилось среди больных сахарным диабетом находящихся на амбулаторном наблюдении, на базе областного эндокринологического диспансера города Шымкента Южно-Казахстанской области.

**Критерии исключения из исследования:** поздние осложнения диабета в терминальной стадии, тяжелые соматические заболевания в стадии обострения. Обследовано 219 пациентов с сахарным диабетом основной группы и 60 пациентов - контрольная группа. Возраст пациентов принимающих участие в исследовании от 12 до 20 лет средний возраст составил  $15 \pm 1,4$  года. Среди них мальчиков 18,7% (n=41), девочек 81,3% (n=178). Продолжительность диабета составила  $3,76 \pm 1,2$  года. Контрольную группу составляли пациенты, наблюдаемые по месту жительства в данном регионе, получающие такую же амбулаторную помощь, но не прошедшие процесс обучения и не осуществляющие самоконтроль заболевания.

**Программа терапевтического обучения.** Курс обучения проходил в течение 4 недель, занятия проводились 2-3 раза в неделю, в вечернее время (пациенты не отрывались от обычного, ритма жизни). Данное расписание целесообразно для наилучшей усвояемости материала и внедрения полученных знаний в жизнь, что выгодно отличает от ежедневных занятий в стационаре.

Специального подбора больных в группы по образовательно-интеллектуальному уровню и возрасту не было. Обучение проводилось в группах по 8-12 человек. Темы и план занятий составлялись исходя из рекомендаций Европейской Ассоциации по изучению диабета.

План занятий по профилактике сахарного диабета.

1. Что такое диабет?

-нормы сахара в крови; углеводный обмен в организме, -причины и различия первого и второго типа диабета  
-симптомы гипергликемии; почечный порог для глюкозы, сахар в моче

2. Социальные и психологические вопросы диабета.

3. Самоконтроль.

-необходимость самоконтроля, -как и чем измерять сахар в крови и сахар в моче, -практические навыки; дневник самоконтроля; виды приборов

4. Питание при диабете.

-состав пищи; подсчет углеводов - У.Е., -жиры, модификация пищевого поведения; белки, - правила питания, алкоголь; сахарозаменители

5. Методы лечения.

-план лечения сахарного диабета, -классификация препаратов и правила их применения, -стоит ли бояться инсулина

6. Гипо- и гипергликемия.

-причины и профилактика

7. Физическая активность. Правила ухода за ногами.

-эволюционная необходимость физической активности, -влияние на обмен и на психическое состояние (профилактика дистресса), -влияние на уровень сахара в крови, -путешествия и вождения автомобиля

-правила ухода за ногами, сосудистая гимнастика для ног

8. Поздние осложнения диабета.

-причины развития осложнений, методы профилактики, -регулярные обследования для наиболее раннего выявления, -лечение поздних осложнений

9. Обследования и коррекция лечения.

В процессе обучения каждому пациенту назначалась индивидуальная консультация, обследование и подбор лечения (по плану 10 занятие - то есть, когда пациент мог наравне с врачом обсуждать и понимать план своего лечения - врач выступал именно как партнер, консультант).

Для оценки уровня компенсации углеводного обмена проводилось определение гликированного гемоглобина (HbA1c). Оценку массу тела больных производили с помощью индекса массы тела (ИМТ), рассчитывавшегося путем деления массы тела на квадрат роста в метрах. (European NIDDM Policy Group, 1993). Содержание холестерина, триглицеридов определяли стандартным биохимическим методом, в амбулаторных условиях.

Производилась сравнительная оценка по следующим параметрам: количество дней госпитализации по поводу диабета, изменение терапии (увеличение или уменьшение дозы препаратов), частота декомпенсации сахарного диабета.

В проведенной нами работе была впервые дана комплексная оценка эффективности обучения пациентов с сахарным диабетом исходя из рекомендаций ВОЗ по оценке здоровья.

В результате проведенного обследования выявлено, что большинство обследованных пациентов с сахарным диабетом, находятся в состоянии неудовлетворительной метаболической компенсации, что безусловно, является основной причиной развития поздних осложнений сахарного диабета. Средний уровень HbA1c составил -  $9,25 \pm 0,15\%$ . Отмечалось нарушение жирового обмена среди пациентов: холестерин  $6,94 \pm 0,8$  ммоль/л; триглицериды  $1,78 \pm 0,1$  ммоль/л. Эти данные можно интерпретировать как серьезные нарушения жирового обмена. ИМТ резко повышен, причем у лиц женского пола отмечалась более отчетливая тенденция к повышению веса тела: у 75% девочек ИМТ более 26 кг/м<sup>2</sup>, у 11% от 24 до 26 кг/м<sup>2</sup>, у 14%. до 24 кг/м<sup>2</sup>; у мальчиков 47% имели ИМТ более 27 кг/м<sup>2</sup>, у 15% мальчиков от 25 до 27, кг/м<sup>2</sup> и ; 38%-до 25 кг/м<sup>2</sup>.

Анализ клинико-метаболических показателей показал высокую эффективность обучения больных при сахарном диабете. Мы получили улучшение метаболических показателей в динамике. Однако анализ клинических данных показал, что при отсутствии после обучения самоконтроля сахара в крови или в моче эффективность обучения резко снижается. Однократные курсы обладают непродолжительным эффектом, поэтому для долговременного эффекта необходимы повторные курсы и постоянная интенсивная поддержка пациентов. У больных основной группы достоверное снижение уровня HbA1c было, отмечено уже при первом повторном обследовании через 6 месяцев ( $9,25 \pm 0,25\%$  и  $8,35 \pm 0,18\%$   $p < 0,05$ ), достоверная разница наблюдалась и в сравнений с контрольной группой. Дальнейшее улучшение степени компенсации углеводного обмена было более плавным, но средний уровень HbA1c через 12 месяцев имел тенденцию к понижению по сравнению с точкой через 6 месяцев ( $8,35 \pm 0,18\%$  и  $8,21 \pm 0,12\%$  ( $p > 0,05$ ), (таб.-1).

Уровень компенсации (уровень HbA1c) показал тенденцию к повышению на протяжении второго года наблюдения ( $8,21 \pm 0,12\%$  и  $8,5 \pm 0,12\%$ .  $p > 0,05$ ) Хотя не достиг первоначального уровня, и был достоверно ниже, чем в контрольной группе пациентов. ( $8,5 \pm 0,12\%$  и  $9,33 \pm 0,18\%$   $p < 0,05$ ). В контрольной группе уровень HbA1c на протяжении двух лет достоверно не изменился ( $9,3 \pm 0,21\%$  и  $9,33 \pm 0,18\%$   $p > 0,05$ ), (рис.-1).

	ИСХОДНО (%)	6 МЕС. (%)	12 МЕС. (%)	18 МЕС. (%)	24 МЕС. (%)
Основная группа (обученные n=219)	$9,25 \pm 0,25$	$8,35 \pm 0,18$ $p < 0,05$	$8,21 \pm 0,12$ $p > 0,05$	$8,48 \pm 0,13$	$8,5 \pm 0,12$ $p > 0,05$ (сравнение в группе)
Обученные пациенты без самоконтроля. (n=66)		$9,2 \pm 0,3$	$9,28 \pm 0,21$	$9,2 \pm 0,25$	$9,34 \pm 0,31$ $p > 0,05$ (сравнение в группе)
Контрольная группа (n=60)	$9,3 \pm 0,21$	$9,4 \pm 0,2$	$9,18 \pm 0,17$	$9,2 \pm 0,16$	$9,33 \pm 0,18$ $p > 0,05$ (сравнение в группе)

Таблица -1. Динамики гликогемоглобина в процессе исследования у основной (две подгруппы) и контрольной группы пациентов

Из 219 пациентов прошедших однократный курс только 153 стали осуществлять самоконтроль. То есть 30% (n=66) пациентов после однократного поучения не измеряли сахар самостоятельно.

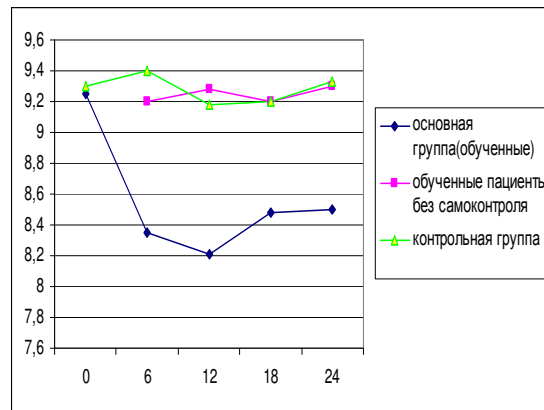


Рис.-1. График динамики HbA1c в процессе исследования у основной и контрольной групп.

**Выводы:** 1. Большинство наблюдаемых пациентов с сахарным диабетом (70%) в амбулаторных условиях находятся в состоянии неудовлетворительной компенсации заболевания. Средний уровень HbA1c по группе составил  $9,25 \pm 0,15\%$ ; средний уровень ИМТ составил  $29,3 \pm 0,5$  кг/м<sup>2</sup>; холестерин  $6,94 \pm 0,8$  ммоль/л; ТГ  $1,78 \pm 0,1$  ммоль/л.

2. Получено достоверное улучшение компенсации пациентов с сахарным диабетом после курса терапевтического обучения (HbA1c снизился с  $9,33 \pm 0,18\%$  до  $8,21 \pm 0,12\%$   $p < 0,05$ ). Однако однократный обучающий курс не приводит к долговременной метаболической компенсации (через 24 месяца отмечено повышение HbA1c с  $8,21 \pm 0,12\%$  до  $8,5 \pm 0,12\%$ ).

Практические рекомендации: 1. Внедрить в терапевтический процесс амбулаторное обучение пациентов с сахарным диабетом вопросам самоконтроля заболевания и обеспечение на льготной основе достаточным количеством (зависит от терапевтических целей) средств самоконтроля, как взаимнеобходимых компонентов.

2. Необходимо проводить повторные обучающие курсы с целью закрепления практических навыков и мотивации к самоконтролю заболевания, обучение проводить в небольших группах (8-10 человек) с использованием всех педагогических приемов обучения и психотерапевтической проработкой элементов программы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эрштейн Н.В., Общие медицинские проблемы сахарного диабета // Талин – 1999 г. – С. 203.
2. Чазова И.Е., Левича В.Б., Беренков Ю.Н., Социально-гигиенические проблемы СД и подходы к ее первичной профилактике // 2004 г. - N 3 – С. 66-73.
3. Дедов И.И. и соавт., 2003; Касаткина Э.П., 1996; Danne T. et al, 1997; Porta M. et al, 2001. Сахарный диабет // М.: Бином, С – 89..

УДК 616.89 – 008.441.16

#### ПРЕСТУПНОСТЬ И НАРКОЗАБОЛЕВАНИЯ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.З Енсебаева

Ассоциация независимых экспертов, г. Шымкент

#### ТҮЙІН

Есірткіні қолданғанның зардаптары наркологиялық дертке шалдықтыра тұрып, қылмысқа да итермелейді, сондықтан бұл проблема өзінің өзектілігін есептей түсуде. Біздің бұл зерттеуіміз соңғы 3 жылды (2007 – 2009) камтиды: қылмыскерлердің саны наркологиялық дертке шалдыққанды арттыруда, деген тужырымға келдік.

#### SUMMARY

The problem substance abuse and crimes associated with them does not lose its relevance over the years, but rather confronts our society more acutely. Our research covered the last 3 years (2007 – 2009). There is a tendency to increase the offenses committed by persons suffering from substance abuse problems, namely, a large percentage of crimes committed by persons suffering from substance abuse and addiction.

Проблема наркозаболеваний и преступлений, связанных с ними не теряет с годами своей актуальности, а скорее встает перед нашим обществом все острее. О том, что толкает людей, а в подавляющем большинстве подростков, пробовать наркотик, это в основном лица социально незрелые, повышено внушаемые, не

способные к направленным усилиям, не имеющие твёрдых моральных устоев. Что касается правового аспекта, здесь характерны два основных явления:

1. Влияние наркомании на преступность
2. Влияние преступности на распространение наркомании.

В данном случае можно выделить следующие закономерности: совершение наркоманом преступления с целью завладения наркотиками, либо средствами для их приобретения; преступления, совершаемые под прямым воздействием наркотиков на психику и физиологию человека; распространение наркомании среди подростков и молодежи как фактор предопределяющий их антиобщественное поведение. Деморализующее влияние наркомана на членов их семьи, особенно на детей; наличие преступлений, связанных с незаконным изготовлением, хранением, сбытом и употреблением наркотика.

Наше исследование охватило последние 3 года 2007 -2008 -2009. Респондентами явились лица, привлекаемые к уголовной ответственности, проходившие в это время судебно – наркологическую экспертизу. Всю популяцию разбили на 3 группы: мужчины, женщины, подростки. А также учитывали статьи УК РК, по которым чаще привлекались эти лица (таблица №1)

Статьи УК РК	2007 год			2008 год			2009 год		
	муж.	жен.	подр.	муж.	жен.	подр.	муж.	жен.	подр.
259 хранение, употребление наркот. средств	801	50	7	820	62	10	818	60	6
175 кражи	302	25	4	299	10	5	325	7	5
96 убийство	98	5	1	86	4	1	75	2	-
103 нанесение тяжких телесных повреждений	30	14	2	41	12	2	39	10	-
257 хулиганство	102	5	4	122	7	2	165	5	1
120 изнасилование	32	-	1	36	-	-	38	-	-

Таблица №1

Проведя анализ таблицы №1, мы видим, что продолжают оставаться высокими показатели по статьям 259, 175, 257, 96 УК РК, совершаются правонарушения среди женщин и подростков.

Имеется тенденция к росту правонарушений совершаемых лицами, страдающими наркологическими проблемами по ЮКО. В таблице №2 отражены показатели судебно – наркологической экспертизы, а именно большой процент преступлений совершается лицами страдающими наркологическими заболеваниями.

	2007	муж	жен	подр	2008	муж	жен	подр	2009	муж	жен	подр
Всего прошло СНЭК	1703	1567	120	16	1707	1607	73	27	1703	1576	90	37
Выявлено наркоманией с	549	515	30	4	552	518	29	5	431	413	17	1
Выявлено алкоголизмом с	389	380	8	1	591	575	14	2	881	846	33	2
	55%				67%				77%			

Таблица №2

Большая нагрузка по выявляемости и работе с наркологическими больными ложится на плечи судебно – наркологической экспертной комиссии по ЮКО. Так, среди выявленных наркоманией за последние 3 года 90% больных выявляет комиссия СНЭ.

	2007год	2008год	2009год
Выявлено больных наркоманией с	532	710	464
Из них СНЭК	549	552	431

Таблица №3

Однако, в 2009 году выявленных больных с наркоманией зарегистрировано чуть меньше, но это отнюдь не значит, что наметилась устойчивая тенденция. Успокаиваться рано, необходима слаженность работы не только медиков, но и правоохранительных органов, педагогов, по большому счету всех нас. В излечении нашего общества от страшной наркотической беды должно быть заинтересовано всё прогрессивное человечество.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по психиатрии в 2-х томах, под ред. А.В. Снежневского, М, Медицина, 1983г.
2. «Судебная психиатрия», под ред. Г.М Кудиярова, Г.И Зальцман
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: “Модек”, 1995.
4. Морозов Г.В. Судебная психиатрия, руководство для врачей. – Москва, 1988г.
5. «Психиатрия» - Н.М. Жариков, Л.Г. Урсова, В. Храбинин, 1989г.
6. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997.

7. Уголовно – процессуальный кодекс.
8. Снежневский А.В. Общая психопатология. – М., 2001.
9. Илешева Р.Г. Психиатрия – Алматы. 1995.
10. Кудиярова Ф.М. Психиатрия - Алматы. 1994.

УДК 616-082: 711.3

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*Ж.К.Нурмышев*

*Шардаринская центральная районная больница, г.Шардара ЮКО*

### ТҮЙІН

Шардара орталық аудандық емхананың терапиялық бөлімшесінің үшжылдық жұмысына жасалған талдау жыл сайын аймақтық терапевтердің тұрғындарға қызмет көрсету деңгейі және емдік – профилактикалық көмектің сапасы мен тиімділігі жақсарғағын көрсетіп отыр.

### SUMMARY

Analysis of three-year activity of therapeutic abjointing of Shardarinsky central district clinic has allowed to tap that population service by the local therapist is enriched and raises every year quality and efficacy of rendering medical disease – prevention service.

**Актуальность.** Одним из главных направлений реформирования является улучшение качества медицинских услуг в области первичного звена здравоохранения. В структуре лечебно-профилактических учреждений районные поликлиники обеспечивают первый контакт при оказании медицинских услуг прикрепленному населению. От состояния первичной медицинской помощи зависит как эффективность и качественный уровень всей системы здравоохранения, так и сохранение трудовых ресурсов и потенциала здоровья общества (1, 2, 3,4).

**Материал и методы.** Объектом исследования явилось терапевтическое отделение Шардаринской центральной районной поликлиники, где было проведено ретроспективное изучение медико-статистических показателей потребления медицинских услуг за период 2007-2009 гг. Были изучены нижеследующие показатели: количество первичных и повторных случаев обслуживания участковым терапевтом; количество случаев временной утраты трудоспособности; количество и структура (по цели) случаев обслуживания участковым терапевтом; возраст пациентов в зависимости от класса заболеваний в соответствии с МКБ-10; количество законченности случаев; количество продолжительности одного случая амбулаторно – поликлинического обслуживания; количество случаев инвалидности и реабилитация. При обработке материалов использовались стандартные статистические методы определения достоверности показателей.

**Результаты и их обсуждение.** В соответствии с планом исследования нами проведена сравнительная характеристика деятельности терапевтического отделения Шардаринской районной поликлиники (численность взрослого населения – 45793). Из общего числа посещений у участкового терапевта на первичные приходится 68,3% и повторные 31,7%. Следует отметить, что этот показатель среди мужчин выше, чем среди женщин. Это, по-видимому, связано, с большей привлеченностью мужчин трудоспособного возраста к активной трудовой деятельности, о чем можно судить по выданным листкам нетрудоспособности и различным справкам. Нами проведен более глубокий анализ отношения первичных посещений к повторным посещениям, который показал, что в целом по всем посещениям этот показатель у участкового терапевта был равен 1: 0,26, то есть на 1 первичное посещение приходится 0,26 повторных соответственно.

Нами установлено, что за период исследования (2007 - 2009 гг.) заболеваемость с временной утратой трудоспособности на терапевтических участках снизилась в случаях на 25,3%, в днях - на 27,6%, что объясняется улучшением качества обслуживания населения. Наибольшее посещение в поликлинике к участковому терапевту отмечается по классу болезней органов дыхания (20,6%). На втором месте болезни системы кровообращения (18,5%) и на третьем месте болезни органов пищеварения (15,6%).

В ходе исследования нами были проанализированы показатели по случаю повторного обслуживания взрослого населения у участкового терапевта. Выявлено, что самый высокий показатель по случаю обслуживания у участкового терапевта (0,32) наблюдается при болезнях крови и кроветворных органов. Причиной данного состояния, в основном, является железодефицитная анемия у женщин. На втором месте болезни органов кровообращения (0,28) (артериальная гипертония, ИБС). Третье место заняли болезни органов пищеварения. Этот показатель у участкового терапевта - 0,27 за счет таких заболеваний как: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты, холециститы, энтериты, колиты и др. Четвертое место участкового терапевта заняли болезни мочеполовой системы. Самый низкий показатель в группах исследования наблюдались по классу заболеваний «травмы и отравления» (0,05). Следует отметить, что эти показатели у участкового врача низкие, потому что больные в большинстве случаев к врачу обращаются 1 раз и

при этом получают лечебно-профилактические рекомендации в полном объеме, так как поликлиника оснащена необходимым лечебно-диагностическим оборудованием и под рукой имеет соответствующую современную литературу и клинические практические руководства.

Анализ данных показал, что наибольший удельный вес в целом приходится на посещения к участковому терапевту с лечебной целью (74,8%). У участкового терапевта удельный вес диагностических мероприятий 5,4%. Данное обстоятельство объясняется тем, что поликлиника оснащена тем необходимым диагностическим оборудованием, которое позволяет диагностировать те или иные состояния уже на первичном уровне. Удельный вес профилактических прививок у участкового терапевта составляет 0,2%. Это свидетельствует о том, что участковый терапевт в своей повседневной деятельности не занимается вопросами профилактических прививок. Посещения участкового терапевта с целью профилактического осмотра не превышают в целом 5,8%. В 2007 году согласно приказа №351 МЗ РК от 06.05.2003 года провели медицинский осмотр и оздоровление сельского населения. Также в целях реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы, утвержденной Указом РК от 13.09.2004 г.г. №1438 провели в 2008 году выборочное (скрининговое) обследование отдельных категорий взрослого населения. Но если учесть, что объем нагрузки участкового терапевта в день составляет 10-12 больных, то в месяц это будет составлять 240-250, в год этот показатель достигнет 2540-2750 посещений. Низкий удельный вес в сельской местности занимает оформление документации и прочие. В системе здравоохранения большой практический интерес представляет анализ посещений в зависимости от цели обслуживания класса заболеваний, который позволяет объективно оценить работу врача общей практики.

Анализ полученных результатов исследования показал, что случай поликлинического обслуживания на территории обслуживания участковым терапевтом в зависимости от кратности делится на первичные и вторичные, т.е. один больной по одному и тому же поводу контактирует с лечащим врачом несколько раз. Этот показатель позволяет оценить действия врача и пациента, т.к. в зависимости от повторности посещений у лечащего врача появляется возможность следить, т.е. проводить мониторинг состояния действия тех или иных назначенных мероприятий.

Общезвестно, что на кратность и продолжительность каждого законченного случая амбулаторно – поликлинического обслуживания влияют различные факторы: тяжесть течения заболевания, возраст, пол, социальное положение, формы и методы обслуживания и ряд других факторов. Также, следует отметить, что случай считается законченным, если цель обращения достигнута. Нами был проведен анализ кратности законченного случая амбулаторно-поликлинического обслуживания участковым терапевтом в зависимости от класса заболеваний, который показал, что наибольшее число посещений по кратности приходится именно на лечебные цели.

В практике участкового врача вычисление удельного веса посещений по продолжительности одного случая амбулаторно - поликлинического обслуживания имеет немаловажное значение. Нами выявлено, что на территории обслуживания участкового терапевта наибольший удельный вес приходится на 7 - 10 дневные – 41,6%, далее следуют 11 - 15 дневные (22,4%) и 4 - 5 дневные (13,7%). Следует отметить, что в условиях общеврачебной практики правильно запланированный прием пациентов (по типу системы «самозаписи») приводит к рациональному использованию рабочего времени, вследствие чего уменьшаются продолжительность обслуживания на территории.

В деятельности участкового врача важное место отводится работе с инвалидами и их реабилитации. Отмечается тенденция к снижению первичной инвалидности в большей степени на терапевтических участках (59,3). Положительным моментом является снижение в общеврачебной практике числа инвалидов I группы и рост III группы, что свидетельствует об улучшении и повышении качества процесса реабилитации инвалидов. Реабилитационные мероприятия среди инвалидов участковыми врачами проводятся в большом объеме, о чем свидетельствуют показатели реабилитации: число инвалидов, у которых снята и определена легкая группа, возросло в 2,5 раза за 3 исследуемых года.

**Выводы.** 1. Анализ трехлетней деятельности терапевтического отделения Шардаринской центральной районной поликлиники позволил выявить, что обслуживание населения участковым терапевтом с каждым годом улучшается и повышается качество и эффективность оказания лечебно- профилактической помощи.

2. Из-за углубленного обследования при первичном посещении участковым терапевтом снижается частота повторных визитов.

3. В условиях общеврачебной практики правильно запланированный прием пациентов приводит к рациональному использованию рабочего времени, вследствие чего уменьшается продолжительность обслуживания на территории участка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов И.Н. Реформа амбулаторной и поликлинической медицинской помощи. // Поддержка развития систем здравоохранения. Санкт-Петербург, 1995.
2. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача). Под ред. А.В.Шаброва, В.Г. Маймулова. - Санкт-Петербург.1997.
3. Voerma W. G. W., Fleming D. M. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Копенгаген. 2001.
4. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. Health Administration Press, Ann Arbor 1980.



УДК 616-082/574,5

**АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО САЙРАМСКОМУ РАЙОНУ ЮКО ЗА 2007-2009 ГОДЫ**

*К.С.Идрисов*

*Сайрамская районная поликлиника «Аксукент», с.Аксукент*

**ТҮЙІН**

Мақалада ОҚО Сайрам ауданы денсаулық сақтау ұйымдарында көрсетілген амбулаториялық-емханалық жәрдем мәселесіне басымдылық берілген. Жергілікті тұрғындардың аурушандығына талдау жасалып, олардың себептер көрсетілген.

**SUMMARY**

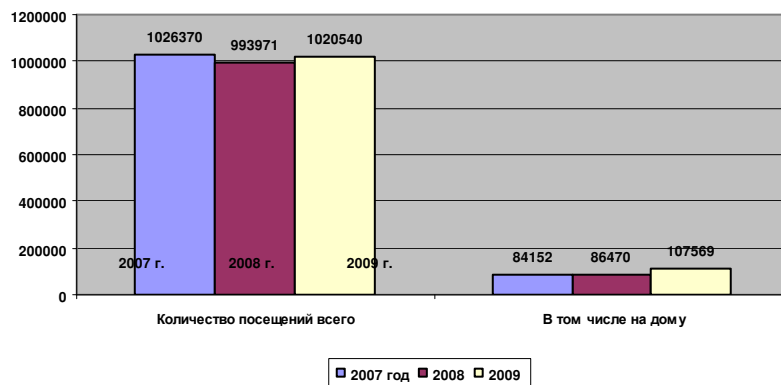
This article deals with dispensary-policlinic aid in Health Care Organization of Sairam region, SKO. There is disease analyze among population, which indicated its all causes.

На сегодняшний день населению района медицинскую помощь оказывают 6 больничных, 19 амбулаторно-поликлинических организаций. В том числе: центральная районная больница, районная больница Карабулак, районная больница Сайрам, родильный дом, сельская больница Карамурт, кожно-венерологический диспансер, противотуберкулезный диспансер, станция скорой медицинской помощи, 3 районных поликлиник, 5 центры ПМСП, 10 врачебных амбулаторий и 46 медицинских пунктов. Обеспеченность врачами на 10 тысяч населения составляет 14,3 (по ЮКО-27,4), средними медицинскими работниками - 58,5 (по ЮКО-76,2). В 2009 году врачам амбулаторно-поликлинических организаций района сделано 1020540 посещений, при расчете на 1 го жителя составляет 3,5.

Показатели	2007 год	2008	2009
Количество посещений всего	1026370	993971	1020540
В том числе на дому	84152	86470	107569
Пролечено в дневных стационарах	3114	4811	6193
Пролечено в стационарах на дому	2251	1770	1680

Таблица №1. Количество посещения и количество пролеченных в стационаро замещающих койках

Диаграмма № 1, показатель посещаемости



Посещения на дому - 107569, в том числе детям - 67426. Из общего числа посещений посещения по поводу заболеваний составляет – 38,0 %, по поводу профилактических осмотров – 47,8 %, по поводу диспансеризации – 2,5 %, проф.прививки – 7,7%, прочие – 4,0 %. Увеличение количества посещений по поводу профилактических осмотров связано с увеличением охвата профилактическими осмотрами детей, женщин на выявления рака шейки матки и молочной железы и взрослых по выявлению социально значимых заболеваний по утвержденному списку.

	Подлежало	Осмотрено	% охвата	Выявлено больных
Дети 0-18 лет	102917	100517	97,6	16663
Взрослое население на выявление заболеваний ССС	28262	28262	100,0	2225
Женщин на выявления рака шейки				

матки и предопух.сост.	6981	6981	100,0	274
Женщин на выявления рака молочной железы и предопух.сост.	5351	4832	90,3	429

Таблица № 2. Профилактический осмотр.

Все выявленные при профилактических осмотрах больные своевременно взяты на диспансерный учет и по плану проводятся оздоровительные мероприятия. Соответственно отмечается рост количества диспансерных больных (диаграмма № 2):

2007 год –30346, 2008 год – 31522, 2009 год – 32886, что непосредственно связано с улучшением качества профилактических осмотров.

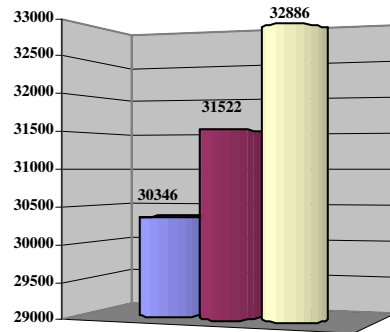


Диаграмма № 2, количество диспансерных больных

В разрезе нозологических групп диспансерные больные имеют следующую картинку (расклад):

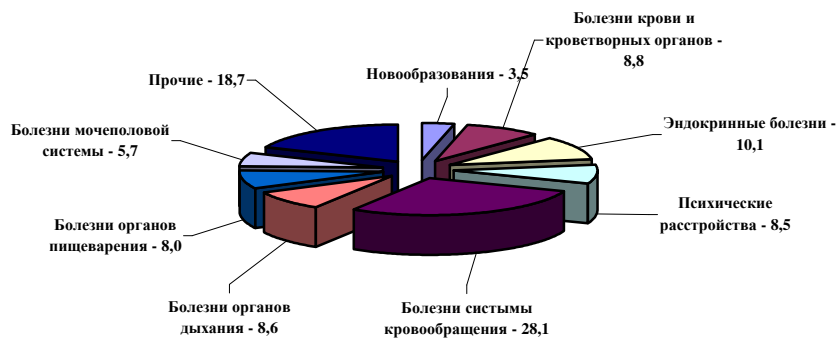


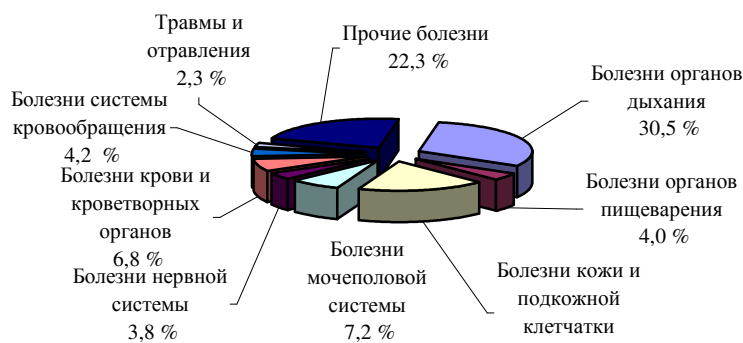
Диаграмма № 3, процентное соотношение диспансерных больных в разрезе нозологических групп.

Одним из приоритетных задач Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы является устранение диспропорции в оказании медицинской помощи на основе перераспределения части объемов из стационарного сектора в амбулаторный, эффективного использования стационаро-замещающих технологий.

Количество коек дневного стационара в 2009 году увеличилось. На сегодняшний день в амбулаторно – поликлинических организациях района развернуто 150 коек дневного стационара. 2009 году в дневных стационарах пролечено 6193 больных и в стационарах на дому 1680 больных. О заболеваемости среди населения. В 2009 году зарегистрировано заболеваний, установленных впервые в жизни – 78139 (в 2008г.-70629). Первичная заболеваемость по району 27341,7 (в 2008г.–24339,1) на 100 тысяч населения.

Анализ показывает, что в структуре заболеваемости на первом месте – заболевания органов дыхания (30,5 %), на втором месте – болезни кожи и подкожной клетчатки (18,2 %), на третьем месте - болезни мочеполовой системы (7,2 %), на четвертом месте – болезни крови и кроветворных органов (6,8 %) и на пятом – болезни системы кровообращения (4,2 %).

Диаграмма № 4, структура заболеваемости



В сравнении с предыдущим годом отмечается рост заболевания крови и кроветворных органов, в том числе анемии на 56,3 %, заболеваний кожи и подкожной клетчатки на 33,6 %, заболеваний мочеполовой системы на 9,1 %. Одним из приоритетных направлений программы реформирования и развития здравоохранения является профилактика и снижение социально значимых заболеваний.

Показатели	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Туберкулез (абс.число/показатель на 100 тыс.нас)	161 / 61,4	161 / 60,8	128 / 50,6
в.т.ч.запущенная форма (абс.число/ уд.вес)	5 / 3,1	3 / 1,8	1 / 0,7
сифилис (абс.число/показ.на 100 тыс)	69 / 25,9	76 / 26,9	59 / 20,6
гонорея (абс.число/показатель на 100 тыс)	173 / 64,0	207 / 73,3	227 / 79,4
сердечно-сосудистые заболевания (абс.число/показатель на 100 тыс)	2738 / 969,8	2635 / 900,4	3306 / 1156,8
Онкологические (абс.ч./показ.на 100 тыс)	232 / 82,2	206 / 71,0	229 / 80,1
Наркологические (абс.число/показатель на 100 тыс)	235 / 83,2	584 / 201,2	214 / 74,8

Таблица №3. Сравнительные показатели социально значимых заболеваний.

**Выводы.** Увеличение количества посещений пропорционально связано с увеличением количества профилактических осмотров.

Повышение качества профосмотров привело увеличению ранней выявляемости заболеваемости и своевременному взятию больных на диспансерный учет.

Увеличение количество коек дневного стационара и качественное лечение привело к оздоровлению диспансерных больных.

Проводимая качественная лечебно-профилактическая работа и своевременная работа по внедрению здорового образа жизни, привели к снижению социально-значимых заболеваний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от № 1174 от 4 августа 2009 года «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан».
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2000 года N 468 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года N 2131 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан».
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года N 2299 «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения».
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 1888 «Об утверждении Правил осуществления закупок медицинских услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
8. Приказ МЗ РК №32 от 21.01.09. «О мерах по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи в Республике Казахстан».
9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 марта 2006 года N 124. «О деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года N 685. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп».
11. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 ноября 2003 года N 840. «О развитии стационарозамещающей медицинской помощи».
12. Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 «О состоянии и мерах усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан».
13. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2004 года N 874 «Об утверждении Правил оказания амбулаторно-поликлинической помощи».
14. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 767 от 28.12.2007г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения».
15. Приказ МЗ РК от 8 июля 2005 года № 332 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».
16. Приказ МЗ РК от 31 октября 2006 года № 509 «Об утверждении административных отчетных форм организаций здравоохранения».
17. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» (2007г., 2008г.).

УДК 613.71.9:371.7

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

*Т.В.Сысоева, М.Кареев*

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

#### ТҮЙІН

Денсаулық – адам құндылықтарының ең қымбаттысы. Қала жастарының денсаулығын есеп бойынша көрсеткен. Әсіресе, дем органдарының аурулары, асқорыту мүшелерінің аурулары үшінші орында зәр шығару жүйесінің аурулары бұл мақалада сөз болады.

#### SUMMARY

Data of complex routine inspection of youth of the city of Shymkent have shown high disease of a somatic pathology, especially to illness of bodies of breath, digestion and kidneys. And also low level of spent improving actions.

Здоровье - величайшая человеческая ценность. Хорошее здоровье – это основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности. Но сохраняющиеся негативные тенденции в отношении здоровья населения: невысокие темпы прироста населения и рождаемости, высокие показатели общей смертности, неблагоприятная ситуация по туберкулезу, болезням, передаваемым половым путем и СПИДу, заставляют серьезно задуматься – какова же ситуация со здоровьем молодёжи – будущим государства, его генофонда (1,2).

**Цель:** изучить состояние здоровья студентов и учащихся высших и средних учебных заведений г. Шымкента.

**Материалы и методы:** статистические данные комплексного профилактического осмотра студенчества г. Шымкента за 2008-2009г.г.

**Результаты:** Комплексным профосмотром было охвачено в 2008г. – 22794 человек, в 2009г.- 21209 человек. Среди обследованных в возрасте от 18 до 23 лет была выявлена соматическая патология у 7331 (32%), в 2008г., у 6619 (31%) в 2009г. (Рис.1).

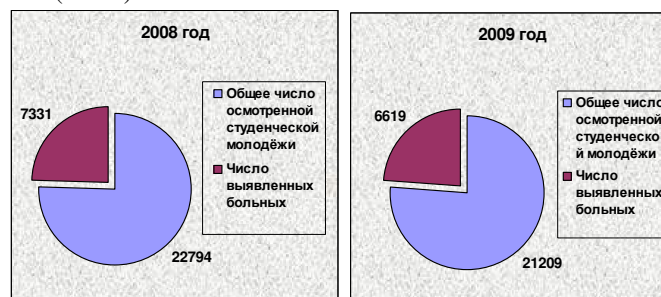
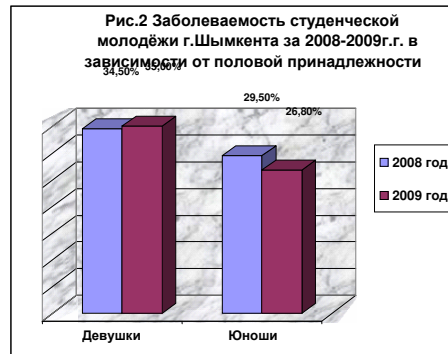
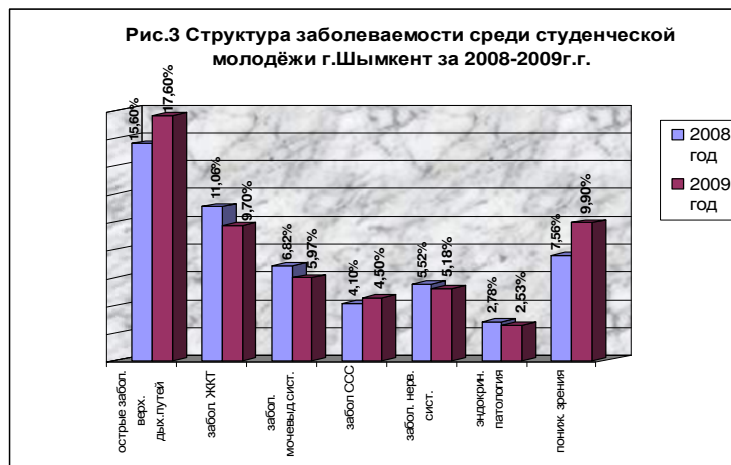


Рисунок 1 Заболеваемость студентов высших и средних учебных заведений г.Шымкента

При этом среди девушек частота заболеваний составила в 2008г. – 34,5%, в 2009г. – 35% с определённой тенденцией к росту. В то же время, среди юношей показатель выявляемости продемонстрировал несколько меньший уровень и составил в 2008г – 29,5%, в 2009г. – 26,8% (Рис.2).

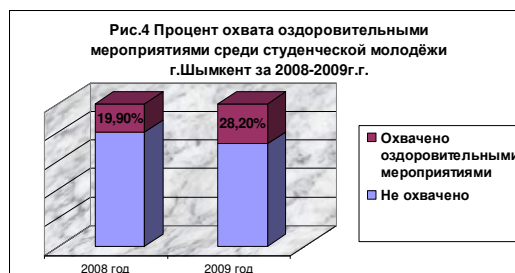


Анализ структуры заболеваемости показал, что среди студенческой молодежи, наибольшую распространенность имеют острые заболевания верхних дыхательных путей. Так, в 2008г. эта патология составляла 15,6%, в 2009г. – 17,6% из числа выявленных заболеваний. Второе ранговое место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта: их частота в 2008г. составила 11,06%, в 2009г. – 9,7%. На третьем месте среди выявленной патологии оказались заболевания мочевыделительной системы, с частотой 6,82% в 2008г. и 5,97% в 2009г. Сердечно-сосудистые заболевания среди осмотренных за исследуемый период сохраняли устойчивую динамику: 4,1% и 4,5% соответственно. Обращают на себя внимание распространенность среди студенческой молодежи патологии нервной и эндокринной систем, занимающие четвертое место в структуре общей заболеваемости. При этом заболевания нервной системы, чаще функционального характера (ВСД, синдром хронической усталости) составили в 2008г – 5,52%, в 2009г – 5,18%. Эндокринная патология, чаще представленная эндемическим зобом, встречалась у этой категории населения с частотой: в 2008г. – 2,78%, в 2009г. – 2,53% (Рис.3).



Особый интерес представляют данные результатов исследования показателей остроты зрения у студентов. Как показал анализ, среди студенческой молодежи снижение зрения имеют большую распространенность с явной тенденцией к росту. Данные обследования у врача окулиста выявили пониженное зрение в 2008г. у 7,56%, в 2009г. – 9,9% обследованных.

С учётом полученных результатов комплексного профосмотра среди студенческой и учащейся молодежи, нами был проанализирован план выполнения оздоровительных мероприятий, включая пребывание студентов в домах отдыха. По данным статистического отчёта этими мероприятиями были охвачены в 2008г. 19,9% больных, в 2009г. – 28,2% (Рис.4). Несмотря на устойчиво высокий уровень заболеваемости среди студенческой молодежи г.Шымкента отсутствуют студенческие профилактории, студенты не обеспечены диетическим питанием.



- Выводы:** 1. Среди студенческой молодежи г. Шымкент отмечается высокая соматическая заболеваемость.  
2. В структуре заболеваемости преобладает патология дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем.  
3. При высокой заболеваемости студентов, охват оздоровительными мероприятиями крайне низкий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегический план Министерства здравоохранения РК на 2009-2010 годы. г. Астана 2008г.
2. Комплексная программа «Здоровый образ жизни» от 30.06.1999год. Глава 2.

УДК 616.7-036.86:614.8.067.3:314.4

### СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Ш.А. Темиркулова*

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

#### ТҮЙІН

Соңғы 15 жылда мемлекет жағынан мүгедектерге көп көмек көрсетіліп жатыр. Бірақ бұл топтың талабы толығымен орындалып жатқан жоқ. Республикада тірек-қозғалыс жүйесі патологиясына байланысты біріншілік мүгедектіліктің деңгейі 48-50%, оның ішінде еңбекке жарамды жаста- 29% мүгедек.

#### SUMMARY

In spite of the fact that from outside our state the big steps for improvement of living conditions and rendering of medical aid to invalids are taken. But nevertheless, not all requirements and conditions of this group of the population for today are completely satisfied. Now in Kazakhstan a primary exit on physical inability in connection with a pathology the Disorders of the musculoskeletal system makes 48-50 %, of them of 29 % - persons of able-bodied age.

В нашей республике проведено достаточно работ по социально-гигиеническим аспектам первичного выхода на инвалидность. По результатам этих работ можно сделать вывод об увеличении показателей первичного выхода на инвалидность [1,2,3]. Тем не менее, первичный выход на инвалидность в связи с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) в социально-гигиеническом и историческом аспекте изучен недостаточно [4]. Последние 15 лет со стороны нашего государства сделаны большие шаги для улучшения условий жизни и оказания медицинской помощи инвалидам. Но тем не менее, не все требования и условия этой группы населения на сегодняшний день полностью удовлетворены. Общество не должно беспокоить только физическое здоровье инвалидов, но и другие социально-важные аспекты жизнедеятельности [3]. В настоящее время в РК первичный выход на инвалидность в связи с патологией ОДА составляет 48-50%, из них 29% - лиц трудоспособного возраста. Инвалиды I-II группы составляют 39% из общего числа. Возврат к труду очень редкий. Реабилитационный показатель составляет всего около 2-3%. Среди трудоспособного возраста первичный выход на инвалидность в связи с заболеваниями ОДА составляет 49% [4]. Основным побуждающим фактором для проведения данного исследования послужил постоянный рост уровня первичной инвалидности вследствие заболеваний ОДА. Целью нашей работы явилось изучение социально-гигиенических характеристик контингента лиц, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА.

**Материалы и методы:** Для медико-социальной характеристики этого контингента лиц нами были использованы данные социологического обследования, получены медико-социальные характеристики 898 лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА. Контрольную группу (480 человек) составили лица, не страдающие заболеваниями ОДА и не являющиеся инвалидами.

**Результаты исследования:** Самый высокий уровень первичной инвалидности в связи с патологией ОДА зарегистрирован в 2006г. -6,9%, затем отмечается его умеренное снижение в 2007 году до 5,42%. А в 2008-2009гг уровень инвалидности вновь повысился почти до прежних цифр, 5,65-6,2%.

Таблица 1. Распределение показателей первичной инвалидности по группам инвалидности.

Годы	Пок-ли инв-ти (%)	Группы инвалидности		
		I	II	III
2005	5,78	0,13	2,03	3,62
2006	6,9	0,14	2,3	4,46
2007	5,42	0,18	2,05	3,19
2008	5,65	1,19	2,2	3,26
2009	6,2	0,2	2,1	3,9

Ср показатели	5,99	0,17	2,07	3,75
% показатели	100,0	2,8	34,6	62,6

Первичная инвалидность, связанная с патологией ОДА распределена по группам так, что отмечается рост тяжелой степени инвалидности с 2005 по 2009гг, т.е. количество инвалидов I группы увеличилось с 0,13‰ до 0,2‰ соответственно. А количество инвалидов II группы на 1000 населения увеличилось за эти годы с 2,03 ‰ до 2,1‰ соответственно. Из года в год увеличивается количество инвалидов и III группы. Так, в 2005 году их количество на 1000 человек составляло 3,62 ‰, а в 2009 году стало 3,9‰. Средний показатель за все эти годы количества инвалидов I группы составил 2,8%, II группы- 34,6%, III группы- 62,6%. Самые высокие % и средние показатели отмечены в III группе инвалидности.

В возрастном аспекте, среди лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА преобладают лица трудоспособного возраста 40-49 лет (3,62‰). В контрольной группе наибольшее число составили лица в возрасте от 30 до 39 лет (таблица 2). В возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет показатели инвалидности показали рост от 2,9 ‰ до 3,62‰ за период с 2005 по 2009гг. В возрастной группе мужчин 50-59 лет, женщин 45-54 лет - от 1,80 ‰ до 2,41‰. В возрастной группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет - от 0,17 ‰ до 1,26 ‰. Данные этой таблицы указывают на снижение первичной инвалидности по мере увеличения возраста.

Таблица 2. Распределение первичной инвалидности вследствие нарушений со стороны ОДА по возрастным группам (‰).

Годы	Возрастные группы			Всего
	Мужчины до 49 лет Женщины до 44 лет	Мужчины 50-59 лет Женщины 45-54 лет	Мужчины старше 60 лет Женщины старше 55 лет	
2005	3,61	1,80	0,37	5,78
2006	3,62	2,02	1,26	6,90
2007	2,9	2,1	0,42	5,42
2008	3,04	2,33	0,28	5,65
2009	3,62	2,41	0,17	6,2

В возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 0,1% до 0,5%. Самый высокий показатель зарегистрирован в 2007 году (0,5%). В этой же возрастной группе удельный вес инвалидов II группы находится между 10% (2009г) и 16,6% (2006г.). Удельный вес инвалидов III группы- 36,5% (2006г.)- 40,9% (2005г.).

В возрастной группе мужчин 50-59 лет, женщин 45-54 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 0,1% до 0,2%. В этой же возрастной группе удельный вес инвалидов II группы находится между 7,6% (2006г.) и 10,1% (2008г.).

В возрастной группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 1,6% до 2,5%. Самый высокий показатель отмечен в 2006 году, а самый низкий в 2007 году. В этой же возрастной группе удельный вес инвалидов II группы находится между 7,9% (2006г) и 14,7% в 2009 году. Удельный вес инвалидов III группы- 1,7% (2008г.)- 3,1% (2005г.). Самые высокие показатели инвалидности по всем группам в возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет, причем самые высокие показатели среди инвалидов III группы. Но с увеличением возраста увеличивается и количество инвалидов I группы. Например, в возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет удельный вес инвалидов I группы находится в промежутке с 0,1% до 0,5%, а в группе мужчин старше 60 лет, женщин старше 55 лет доходит до 2,5%. А удельный вес инвалидов III группы, наоборот, самый высокий уровень отмечен в возрастной группе мужчин до 49 лет, женщин до 44 лет. Подавляющее большинство инвалидов в основной группе (49,1%) заняты в технических профессиях, служащих 37,4%, предпринимателей 10,1%, остальные 3,4%- пенсионеры. В контрольной группе отмечено наибольшее число граждан рабочих специальностей (47,8%), на служащих приходится 39,2%, 2% приходится на предпринимателей, остальные пенсионеры. При анализе стажа работы выявлено в основной группе преобладают лиц, у которых общий трудовой стаж превышает 30 лет (39,7%), в контрольной группе лидируют лица со стажем работы до 30 лет; меньшую основную группу (12,8%) составляют инвалиды с общим стажем работы до 9 лет, контрольную (13,1%)- лица со стажем 10-19 лет. В структуре инвалидности преобладают инвалиды III группы (63,4%), затем следуют инвалиды II группы (36,3%), инвалидов I группы среди опрошенных было 2,4%. До наступления инвалидности большинство граждан проходили курсы реабилитации один (37,73%) или два раза (36,39%) в год.

Изучение распределения инвалидов в зависимости от условий труда и группы инвалидности показало, большая часть инвалидов II группы (67,42%) и инвалидов III группы (58,53%) трудилась в удовлетворительных условиях и считают себя вполне трудоспособными 3,68% и 5,81% соответственно; в хороших производственных условиях трудились лишь 5,81% инвалидов II группы и 3,68% инвалидов III группы. Анализ группы инвалидности в зависимости от предметов труда показал, что наибольшее число инвалидов II группы (53,71%) и инвалидов III группы (44,97%) связаны с техническими специальностями; наименьшее число



инвалидов связано с профессиями, занимающимися защитой природы и экологии – 7,86% и 4,09% соответственно.

Особого внимания заслуживает изучение распределения инвалидов в зависимости от основного заболевания, приводящего к инвалидизации.

Среди наиболее часто встречаемых патологий ОДА удельный вес инвалидности распределен следующим образом: на первом месте находится остеохондроз и его осложнения, на его долю приходится 44,2%; на долю остеоартрозов приходится 34,4%; ревматоидные артриты часто приводят к ивалидности и в представленной структуре занимают третье место- 12,4%.

**Выводы:** Таким образом, анализ социально-гигиенических характеристик лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата показал: в общей структуре преобладают лица трудоспособного возраста; наибольшее число опрошенных имели среднее специальное образование, при чем подавляющее большинство инвалидов заняты в технических профессиях; при анализе социальных групп выявлено преобладание инвалидов, занятых в рабочих специальностях со стажем по основной специальности более 30 лет; большая часть инвалидов трудилась в удовлетворительных условиях, в процессе работы преобладали физические нагрузки; более 60% инвалидов страдают заболеваниями различных отделов позвоночника.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каусова Г.К., Попова Т.В., Жаликенова Б.А. Пути взаимодействия и преемственности в работе лечебно-профилактических учреждений и медико-социальных экспертных комиссий: методические рекомендации. / МТиСЗН РК, КазНИИ кардиологии МКОиЗ РК.- Алматы, 1998.-26с.
2. Попова Т.В. Современные аспекты социальной защиты инвалидов в Республике Казахстан // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. –Алматы, 2008.- № 4.- С.43-46.
3. Мустафаев С.У., Попова Т.В., Алдамжарова М.К. Особенности инвалидности среди работающего и неработающего населения города Алматы // Материалы IV ежегодной Международной научно-практической конференции «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения». – Алматы, 2005. С. 108-109.
4. Попова Т.В. Первичная инвалидность среди лиц старшего возраста в Республике Казахстан // Материалы Международного форума (II съезда) специалистов здорового образа жизни РК. – Алматы, 2006. С. 361-364.

УДК 616.7-036.86:613.6:314.4

#### ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ОТ УСЛОВИЙ ТРУДА

*Ш.А.Темірқұлова, М.А..Бұлешов, Р.М.Рахимбаева, М.А..Искакова, Э.У.Сауленбаева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,г.Шымкент  
Городская поликлиника № 2, г. Шымкент.*

#### ТҮЙІН

Мүгедектіліктің қалпы және деңгейі еңбек ету орынның жағдайына байланысты. Тірек- қозғалыс жүйенің патологиясына алып келетін өндіріс болып келетін: ауыр жұмыс, вибрация, стереотипті қозғалыстар және бұлшық еттердің және байлам аппаратының артық күш жұмсауын тұндыайтын басқа қауіптер. Сондықтан айтылғанның бәрі қызмет ету жұмыс орнының жағдайын жақсартуға талап етеді.

#### SUMMARY

Direct dependence of a condition and level of physical inability on working conditions is defined. Principal views of industrial harm for pathologies of Disorders of the musculoskeletal system device are the arduous toil, vibration, stereotype of the movements leading to an overstrain of muscles and the copular device. All aforesaid defines necessity of improvement of working conditions.

Согласно официальным данным, физическим трудом разной степени интенсивности занято до 55% людей от общего числа работающих [1]. Надежность и эффективность трудовой деятельности человека, и его функциональное состояние во многом зависят от конструктивных особенностей обслуживаемой техники, технологических процессов и организации производства, то есть от того, насколько полно в конструкциях производственного оборудования и организации рабочих мест учтены современные требования эргономики [2]. Несоблюдения этих требований приводит к ухудшению санитарно-гигиенических условий, увеличению тяжести труда, обусловленной выполнением производственного задания в неудобной рабочей позе, большому количеству наклонов корпуса, слишком быстрому темпу, большой рабочей нагрузке и т. д. [2,3]. По данным Европейского союза, из 130 млн работающих 45% поднимают или переносят вручную груз разной массы, выполняют часто повторяющиеся стереотипные движения и работают в неудобной рабочей позе, что обуславливает высокий уровень скелетно-мышечных нарушений, сопровождающихся болевым синдромом [4], в конечном счете приводят к заболеваниям опорно- двигательного аппарата (ОДА), которые имеют серьезные



социальные последствия. Из зарегистрированных в 2004 г 10 125 случаев профессиональных заболеваний и отравлений: заболевания связанные с физическими перегрузками и перенапряжением отдельных органов и систем, составили 17,3 % [4]. Проводились крупно- масштабные исследования по выявлению факторов риска профессионального и непрофессионального характера, определению взаимосвязи с условиями труда, доказана связь нарушений в ОДА с вибрацией, стрессом и тяжелым физическим трудом [3,4].

Таким образом, определение ведущих профессиональных факторов, формирующих заболеваемость при заболеваниях ОДА, имеет особое значение в решении вопросов предупреждения инвалидизации и совершенствования реабилитации больных. Рост числа больных с патологией ОДА, представленных преимущественно лицами трудоспособного возраста, признан важной медико-социальной и экономической проблемой.

Целью нашей работы явилось изучение особенности распределения лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА в зависимости от условий труда и группы инвалидности.

**Материалы и методы:** Для определения социально- гигиенической характеристики контингента лиц, впервые получивших инвалидность вследствие заболеваний ОДА, проведен социологический опрос исследуемых и группы контроля. С этой целью были выбраны 400 инвалидов и 400 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Среди них преобладали (35,3%) лица трудоспособного возраста (40-49 лет). В контрольной группе эта группа составила 34,9%.

**Результаты исследования:** Подавляющее большинство инвалидов в основной группе (49,1%) заняты в технических профессиях, служащих 37,4%, предпринимателей 10,1%, остальные 3,4%- пенсионеры. В контрольной группе отмечено наибольшее число граждан рабочих специальностей (47,8%), на служащих приходится 39,2%, 2% приходится на предпринимателей, остальные пенсионеры.

При анализе стажа работы выявлено в основной группе преобладание лиц, у которых общий трудовой стаж превышает 30 лет (39,7%), в контрольной группе лидируют лица со стажем работы до 30 лет; меньшую основную группу (12,8%) составляют инвалиды с общим стажем работы до 9 лет, контрольную (13,1%)- лица со стажем 10-19 лет. У 67,9% лиц, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА до получения инвалидности преобладала в работе физическая нагрузка, в контрольной группе преобладают профессии, связанные с психо- эмоциональным напряжением (44,9%).

65,2% опрошенных инвалидов оценили своё материальное обеспечение, как неудовлетворительное в то время, как хорошее материальное обеспечение отметили лишь 0,48%. В контрольной группе 56,4% граждан оценивают своё материальное обеспечение как удовлетворительное; 14,2%- неудовлетворительное.

В структуре инвалидности преобладают инвалиды III группы (63,4%), затем следуют инвалиды II группы (36,3%), инвалидов I группы среди опрошенных было 2,4%. До наступления инвалидности большинство граждан проходили курсы реабилитации один (37,73%) или два раза (36,39%) в год.

Среди инвалидов III группы удельный вес, сохранивших трудоспособность составил 37,78%, среди инвалидов II группы- 26,77%. Изучение распределения инвалидов в зависимости от условий труда показало, большая часть инвалидов II группы (67,42%) и инвалидов III группы (58,53%) трудилась в удовлетворительных условиях и считают себя вполне трудоспособными 3,68% и 5,81% соответственно; в хороших производственных условиях трудились лишь 5,81% инвалидов II группы и 3,68% инвалидов III группы.

Таблица 1. Распределение лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата в зависимости от условий труда и группы инвалидности

Условия труда	Инвалиды II группы		Инвалиды III группы	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Неудовлетворительные	81	26,77	224	37,79
Удовлетворительные	207	67,42	348	58,53
Хорошие	17	5,81	21	3,68
Всего:	305	28,21	593	34,11

Анализ группы инвалидности в зависимости от предметов труда показал, что наибольшее число инвалидов II группы (53,71%) и инвалидов III группы (44,97%) связаны с техническими специальностями; наименьшее число инвалидов связано с профессиями, занимающимися защитой природы и экологии – 7,86% и 4,09% соответственно.

Таблица 2. Распределение лиц впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА в зависимости от группы инвалидности и предметов труда

Предметы (специальности) труда	Инвалиды II группы		Инвалиды III группы	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Технические	123	53,71	286	44,97
Гуманитарные	38	16,59	96	15,09
Экологи	18	7,86	51	8,02
Чиновники	21	9,17	106	16,67
Природоохранные	0	0	26	4,09
Прочие	29	12,66	71	11,16
Всего:	229	100,0	636	100,0

Т.о, анализ социально-гигиенических характеристик лиц, впервые признанных инвалидами вследствие заболеваний ОДА показал, что подавляющее большинство инвалидов заняты в технических профессиях (53,71%); при анализе социальных групп выявлено преобладание инвалидов, занятых в рабочих специальностях (49,06%); выявлено преобладание у инвалидов общего стажа работы до 30 лет (39,7%) и стажа по основной специальности более 30 лет (26,55%); 61,56% инвалидов трудились в удовлетворительных условиях; у 68,39% в процессе работы преобладали физические нагрузки; в хороших производственных условиях трудились лишь 5,81% инвалидов III группы и 3,68% инвалидов II группы; наибольшее число инвалидов II группы (53,71%) и инвалидов III группы (44,97%) связаны с техническими специальностями.

**Выводы:** Имеется прямая зависимость состояния и уровня инвалидности от условий труда. Основными видами производственной вредности для патологий ОДА являются тяжелый труд, вибрация, стереотипность движений, приводящих к перенапряжению мышц и связочного аппарата. Все вышесказанное определяет необходимость улучшения условий труда, к основным мероприятиям, в первую очередь, следует отнести автоматизацию и механизацию производственных процессов, рациональный режим труда и отдыха, чередование видов деятельности, увеличение членов бригад и т.д.[1,2]. Следует проводить комплексные профилактические мероприятия, как в режиме рабочего дня, так и в центрах восстановления работоспособности в свободное от работы время [4].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Измеров Н.Ф. // Мед. Газета. 2006. № 74. С. 10-11.
2. Комплексная профилактика развития перенапряжения и профессиональных заболеваний спины у работников физического труда: Методические рекомендации (утв. МЗСР РФ, 07.09.2006 г., № МР 2.2.92128-06).
3. Матюхин В.В., Афанасьева Р.Ф., Елизарова В.В., Ямпольская Е.Г., // Сб. научных трудов Тверского гос. ун-та. Тверь: Мин-во общего и профессионального образования, 2002. С. 13-24.
4. Матюхин В.В., Е.Г. Шардакова Э.Ф., Ямпольская, Елизарова В.В., Лагутина Г.Н. // VI конгресс «Профессия и здоровье». М., 2005. С. 115-117.

УДК 613.16:614.8.086.3:616.235:57.083

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В ЦЕМЕНТНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

*Р.Т. Джанабаев, М.А. Булешев, А.А. Есалиев, Н.Ж. Калменов  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Өндірістік органдың жағымсыз факторына бейімделуінде нейрогуморальдық реттелуінің жағдайы маңызды себебін тигізеді. Оның барысында организмнің түрлі құрылыстарының физиологиялық және морфологиялық жағдайының гомеостазы алмасу процесстерді қадағалауға бағытталған.

#### SUMMARY

The primary importance is the condition of neurohumoral regulation in hostility adaptation also it directs to support a homeostasis namely it accomplishing the coordination of metabolic process, physiological action and morphological condition in different structures of organism.

Известно, что специфические гормональные эффекты в клетках-мишенях могут опосредоваться тремя основными механизмами: прямым влиянием на мембранные процессы, системами внутриклеточных «вторичных посредников» и действием на ядро клетки. Большинство белковых и полипептидных гормонов реализуют свой специфический регуляторный эффект в чувствительных к ним тканях на внутриклеточные процессы посредством взаимодействия с системой циклических нуклеотидов. В связи с этим представляло интерес изучить у обследованных больных с бронхолегочной патологией состояние гормон-рецепторных взаимоотношений, на примере аденилатциклазной системы, как наиболее доступной для исследования модели передачи гормонального сигнала в клетку.

В научной литературе имеются работы, доказывающие значительную роль аденилатциклазной и гипоталамо-гипофизарной систем в патогенезе различных форм профессиональной бронхиальной астмы, а роль нейрогуморальной регуляции и гормон-рецепторных взаимоотношений в патогенезе хронических пылевых бронхитов остается неизученной [1,2,3].

Большая часть больных были заняты в основных профессиях производства и имели профессии: рабочие пылевых камер, машинисты упаковочных машин и цементных мельниц, аспираторщики помольного цеха, клинкерщики, фуллеровщики, весовщики и др.

Основная масса обследованных больных мужчин и женщин представлена средней и старшей возрастными группами. Развитие пылевых профессиональных заболеваний в 80% случаев наблюдалось у лиц со стажем работы во вредных условиях труда от 10 лет и более.

Все обследованные (70 чел.) в зависимости от формы заболевания респираторного тракта были разделены на четыре группы. Первую группу обследованных составили 14 больных вазомоторным ринитом. Во

вторую группу (24 чел.) вошли больные хроническим необструктивным бронхитом. Третью группу составили 22 больных хроническим обструктивным бронхитом. Четвертую группу составили лица с бронхиальной астмой (10 чел.).

**Биохимические исследования.** Для оценки состояния нейрогуморальной регуляции у обследованных больных и лиц контрольной группы проводилось определение в сыворотке крови содержания следующих гормонов: тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ), тиреоглобулина, антител к тиреоглобулину (АТ к ТГ), кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАс), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), прогестерона, эстрадиола, пролактина, соматотропного гормона (СТГ), аденокортикотропного гормона (АКТГ) определяли в плазме с использованием тест-систем.. Гормонрецепторные взаимоотношения изучали на примере аденилатциклазной системы, которую оценивали по уровню циклических нуклеотидов: циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) и циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) в плазме крови с использованием тест-систем фирмы "R&D systems" (США). Для определения всех показателей в работе был использован метод твердофазного иммуноферментного анализа. Измерение оптической плотности проводилось на вертикальном фотометре «Мультискан-ЕХ» фирмы «Labsystems» с последующей обработкой результатов компьютерной программой «Genesis».

Результаты исследований обрабатывались параметрическими (дисперсионный анализ, критерий Стьюдента, Ньюмена-Кейлса, Даннета) и непараметрическими (критерий Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни, Данна) методами математической статистики с использованием пакета компьютерных программ «Биостат».

При изучении состояния нейрогуморальной регуляции у всех обследованных больных с патологией дыхательных путей выявлены следующие биохимические изменения: достоверное увеличение содержания кортизола, тиреоглобулина, снижение уровня АКТГ, соматотропного гормона (СТГ), повышенный интегральный гипофизарно-надпочечниковый индекс. Проведенные исследования также выявили высокий процент лиц с повышенным уровнем эстрадиола и антител к тиреоглобулину (таблица 1).

Таблица 1 – Уровни гормонов и циклических нуклеотидов у обследованных больных

Группы / Показатели	Вазомоторный ринит	Хронический необструктивный бронхит	Хронический обструктивный бронхит	Бронхиальная астма	Контрольная группа
	n=14	n=24	n=22	n=10	n=40
Т4, пмоль/л	15,89±0,9	16,0±2,3	16,5±1,5	16,8±0,97	15,79±1,49
ТТГ, мМЕ/мл	1,66±0,35	1,76±0,32	1,95±0,24	2,08±0,4	1,5±0,15
Тиреоглобулин, нг/мл	101,2±15,5	109,7±25,6	112,5±67,2	114,9±45,1	10,18±1,44
Кортизол, нмоль/л	487,4±25,1	508,5±50,4	523±123,0	547,4±92,4	374,3± 27,3
АКТГ, пг/мл	20,23±0,77	18,52±1,24	10,4±5,1	6,58±1,5	28,5±1,35
ИГНИ, отн. ед.	19,54±3,1	24,6±2,3	34,5±10,6	46,5±11,2	3-10
Тестостерон, нмоль/л	1,88±0,15	1,86±0,32	1,84±0,31	1,79±0,41	1,9±0,11
ДГЭАс, мкг/мл	1,35±0,08	1,35±0,14	1,36±0,35	1,37±0,29	1,35±0,06
Пролактин, мМЕ/мл	333,8±19,4	335,7±23,3	337,2±32,7	338,9±64,2	332,8±13,3
СТГ, мМЕ/мл	1,84±0,2	1,63±0,13	0,88±0,5	0,66±0,38	4,1±0,9
цАМФ, пмоль/л	15,02±1,19	14,56±0,44	13,98±0,13	13,38±7,2	15,85±0,5
цГМФ, пмоль/л	5,54±0,66	6,3±1,5	7,38±2,4	7,68±1,5	5,48±0,2
К(цАМФ/цГМФ)	3,0±0,38	2,87±0,36	2,13±0,09	1,61±0,97	3,11±0,65

Следует отметить, что нарушение в нейрогуморальной регуляции в группах больных хроническим обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой были более выражены, и показатели ее состояния статистически достоверно отличались от показателей в группах больных вазомоторным ринитом и хроническим необструктивным бронхитом.

Тиреоидные гормоны играют главную роль в обеспечении метаболизма и необходимы для нормального роста и развития легких. Они обладают широким спектром действия, оказывая влияние на процессы окислительного фосфорилирования, усиливая действие катехоламинов, а также оказывая активирующее влияние на секрецию АКТГ и глюкокортикостероидов.

У обследованных больных с патологией дыхательных путей были выявлены изменения в состоянии гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы, характеризующиеся достоверным по сравнению с контролем повышением уровня ТТГ в группе больных хроническим обструктивным бронхитом и в группе с бронхиальной астмой.

В группах больных хроническим необструктивным бронхитом хроническим обструктивным бронхитом и в группе с бронхиальной астмой был выявлен значительный процент лиц с уровнем АТ к ТГ выше нормы. Встречаемость АТ к ТГ в группе больных хроническим необструктивным бронхитом превышала средние популяционные значения в 3,2 раз (32,3%;  $\chi^2=7,2$ ;  $p<0,05$ ), в группе больных хроническим обструктивным бронхитом 3,8 раз (37,8%;  $\chi^2=18,5$ ;  $p<0,001$ ), у больных с бронхиальной астмой – в 4 раза (40%;  $\chi^2=4,7$ ;  $p<0,05$ ). В группе больных вазомоторным ринитом уровень АТ к ТГ не превышал границы нормы. Обращает на себя внимание повышенный уровень тиреоглобулина во всех обследованных группах.

Как известно, реализация генетической предрасположенности к аутоиммунным тиреоидитам существенно зависит от наличия и действия многих факторов. По своей природе они могут быть как эндогенного, так и экзогенного происхождения. Частота встречаемости аутоиммунных тиреоидитов увеличивается с возрастом, что связывают с накоплением отрицательного действия различных факторов, в том числе и профессиональных и экологических, и возможным нарушением механизмов иммунорегуляции. Более часто аутоиммунные реакции возникают у лиц с повышенной массой тела, что может быть следствием определенных нарушений жирового обмена или дисфункции гормональной регуляции. В этом плане заслуживают внимания данные о связи аутоиммунного тиреоидита с повышенным синтезом эстрогенов и пролактина, что наблюдается также и у обследованных нами больных с патологией дыхательных путей [4,5].

Таким образом, наблюдаемые отклонения в активности гипофизарно-тиреоидной оси, особенно на ранних этапах развития аутоиммунного тиреоидита, могут являться как результатом формирования сложных взаимосвязей между тиреоидной и иммунной системами, а также результатом действия провоспалительных цитокинов на гормональную активность тиреоцитов и тиреотрофов под действием экзогенных факторов, в данном случае производственных (пылевых).

Изучение показателей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы во всех обследованных группах больных с патологией дыхательных путей выявило достоверное повышение уровня кортизола и снижение уровня АКТГ, а также значительное повышение интегрального гипофизарно-надпочечникового индекса (ИГНИ), что может свидетельствовать об активации глюкокортикоидной функции надпочечников, с сохранением отрицательной обратной связи (см. таблицу 1). Расчетный показатель ИГНИ применяют для оценки функционального состояния гормональной системы, значения выше 10 отн. ед. рассматриваются как показатель состояния гиперреактивности гипофизарно-надпочечниковой системы, величины менее 3 отн. ед. отражают угнетенное ее состояние.

**Выводы.** При изучении гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы установлено: 1. Наименьшие изменения выявлены в группе больных вазомоторным ринитом: нормальные уровни ТТГ и АТ к ТГ, при достоверно повышенном уровне тиреоглобулина. В группе больных хроническим необструктивным бронхитом наблюдали высокие уровни тиреоглобулина и АТ к ТГ, при нормальном уровне ТТГ. Наиболее выраженные изменения с повышением уровней всех изученных показателей тиреоидной оси обнаружены в группах больных хроническим обструктивным бронхитом и больных бронхиальной астмой.

2. Выявленные изменения могут свидетельствовать о напряжении в надпочечниковой системе, так как глюкокортикоиды, оказывая в легких катаболическое действие на обмен белка и нуклеиновых кислот, тормозят рост и деление фибробластов, нарушая, таким образом, репаративную фазу воспалительного процесса и способствуя развитию патологического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вопросы эндокринологии / М-во здравоохранения КазССР; НИИ гигиены и профессиональных заболеваний; Республиканское научное общество эндокринологов. – Алма-Ата: 1989 – 148 с.
2. Кветной Л. Вездесущие гормоны. – М.: Мол. гвардия, 1988. – 192 с.
3. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии / Санкт-Петербург; Москва: 1996. – 544 с.
4. Романцева Т.И. // Актуальные проблемы нейроэндокринологии: Материалы конференции. Москва 6-7 окт. 2003. – М., 2003. С. – 59-65.
5. Производственный стресс, его выявление и профилактика: Методические рекомендации. – Ижевск, 1994.

ӘӘЖ 613.6:616.057

#### ШАҢДЫ БРОНХИТКЕ БАЙЛАНЫСТЫ ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯНЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

*Г.М.Датқаева, М.Ә.Бөлешов, Н.К. Түзелбаев, Г.Ш.Елтаева, Б.Қ.Искакова  
Х.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы  
№5 қалалық емхана, Шымкент қаласы  
Облыстық наркологиялық диспансер, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

В научной статье приводятся данные об эффективности гипербарической оксигенации при хронических пылевых бронхитах у работающих в нефтеперерабатывающем заводе. На данных

иммунологических, биохимических и клинических материалов есть реальные улучшения клинического состояния функции внешнего дыхания у больных с бронхо-легочными патологиями.

### SUMMARY

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

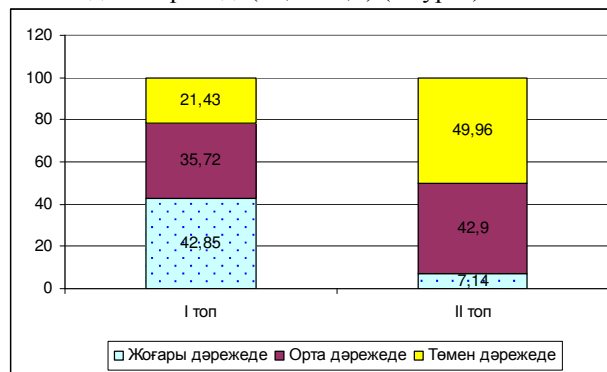
Мұнай өңдеу өндірісінде еңбек ететін жұмысшылардың бронх-өкпе жүйесі ауруларының алдын алу шаралары ішінде гипербариялық (жоғары қысымдағы) оксигенацияның орны ерекше. Себебі мұнай өңдеу өндірісіндегі негізгі химиялық заттардың әсерінен туындайтын бастапқы патологиялық өзгерістер қанның құрамындағы биохимиялық көрсеткіштердің өзгеруімен сипатталады. Қанның құрамындағы метогемоглабин мен сульфгемоглобиннің мөлшерінің артуы жалпы организмдегі зат алмасу үрдісінің бұзылып, гипоксия мен ацидоздың дамидығын байқатады. Бұл үрдістің одан ары дамуы тыныс алу жүйесіндегі патологиялық өзгерістердің өршуіне алып келеді деп айтуға болады. Сондықтан жоғары қысымдағы оксигенацияны қолдану жалпы организмнің улануын, ацидозы мен гипоксиясын төмендетуге ықпалын тигізеді деп есептедік. Соңғы жылдарда жүргізілген зерттеулер жоғарғы қысыммен берілетін оксигенацияның әсерінен ферменттердің белсенділігі артып, ацидоздың деңгейі төмендеп, метгемоглобиннің және сульфгемоглобиннің деңгейі қалыпты жағдайға келетіндігін тканьдер регенерациясының жақсаратындығын анықтап отыр,

Алайда, мұнай өңдеу зауытында еңбек ететін жұмысшылар денсаулығында қалыптасатын, бронх-өкпе жүйесіндегі өзгерістердің жоғары қысыммен берілетін оксигенацияның әсерінен қай бағытта өзгеретіндері мүлдем зерттелмеген.

Бұл зерттеудің мақсаты – жоғары қысыммен берілетін оксигенацияның мұнай өндірісі жұмысшылары денсаулығы мен бронх-өкпе ауруларының қалыптасуы барысына тигізетін әсерін гигиеналық-медициналық тұрғыда бағалау болып табылады.

Барлық зерттелгендер 40-55 жас аралығындағы (орта есеппен 43,9 жас) негізгі және қосалқы кәсіптегі жұмысшылар болып шықты. Әр топқа 28 созылмалы обструктивті бронхиті бар жұмысшылар жатқызылады. Қосалқы топтағы жұмысшыларға тек дәстүрлі емдеу-профилактика шараларын қолдандық, ал негізгі кәсіптегі жұмысшылар екі топқа бөлінді. Бір тобына тек дәстүрлі, ал екінші тобына дәстүрлі емдік шаралармен қатар жоғары қысымдағы оксигенация терапиясын қолдандық.

Жоғары қысыммен беретін оксигенация арнайы қондырғының көмегімен жүзеге асырылды. Бір курсқа 10 сеанс тағайындалды. Медикаментозды емдеумен қатар оксигенациямен емдеу барысында жақсы тиімділікке қол жетті, оның ішінде, жөтелдің азаюы, демігудің төмендеуі, қақырық бөлінуінің азаюы, өкпедегі құрғақ сырылдың жоғалуы 12 науқаста ( $42,85 \pm 6,1$ ) байқалды. Орташа терапевтік тиімділік (обструктивті синдромның айқындылығы азайды, қақырық тастау төмендеді, өкпедегі сырыл азайды) 10 науқаста анықталды ( $35,71 \pm 4,3$ ), ал 6 науқаста болмашы терапевтік тиімділік тіркелді ( $21,43 \pm 2,9$ ) (1 сурет).



1 сурет. Бронхообструктивті аурулары бар жұмысшылар арасында жүргізілген емдеу шараларының тиімділігі (%)

Салыстыру тобында (тек медикаментозды емдеу қолданған топта) емдік шаралардың тиімділігі аса жоғары бола қойған жоқ. Олардың арасында жақсы тиімділік тек аурулардың  $7,1 \pm 0,5\%$ -да, орташа тиімділік  $42,9 \pm 1,2\%$ -да, болмашы тиімділік  $50,0\%$  анықталды.

Осы жерде айта кететін жағдай, аурулардың топтарында жүргізілген емдеу шаралары нәтижесінде сыртқы тыныс қызметі көрсеткіштерінің өзгерістерінде нақты айырмашылық байқалмады.

Алынған деректерге қарағанда I топтағы аурулардың емдеуге дейінгі өкпенің өмірлік көлемі болуы тиіс шамаға % есептегенде  $99,7 \pm 9,6\%$ , ал емдеуден кейін  $108,2 \pm 3,7\%$  болса, II топтағыларда  $101,2 \pm 8,9$  және  $104,6 \pm 6,4\%$  құрады. Осы екі топтағы көрсеткіштер арасында нақты айырмашылық байқалған жоқ. Дәл осы жағдай өкпенің қалдықты көлемін, өкпенің жалпы көлемін және осы көрсеткіштердің ара қатынасын сараптағанда да байқалды.

Жоғары қысыммен берілген оксигенация аурулардың иммундық көрсеткіштерінде де дұрыс өзгерістерге де алып келді. Көптеген зерттеулердің нәтижелері өндірістік себептерден туындайтын бронхо-обструктивті өзгерістер иммундық тапшылық туғызады, оның ішінде Т-лимфоциттердің саны мен қызметтік белсенділігін, В-лимфоциттердің санын азайтады және дисиммуноглобулиннемия туындатады.

Емдеуге дейін және емделгеннен кейін негізгі және салыстыру тобындағы аурулар арасында жүргізілген зерттеулер төмендегі нәтижелерді көрсетіп отыр.

Жүргізілген емдік шаралардың тиімділігін анықтауда жеке аурулардың көрсеткіштерін зерттеу ерекше роль атқарады.

Оксигенотерапия жүргізілген аурулар арасында көрсеткіштер деңгейі бастапқыда төмен болса, емдеуден кейін оның жоғарылауы байқалады. Осылайша лимфоциттер саны  $1,34 \pm 0,1 \cdot 10^9/\text{л}$  –ден  $1,8 \pm 0,11 \cdot 10^9/\text{л}$  –ге дейін, Т – лимфоциттердің абсолюттік және салыстырмалы саны ( $52,5 \pm 1,5\%$ ;  $0,91 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$  емдеуге дейін,  $67,5 \pm 2,3\%$ ;  $1,25 \pm 0,09 \cdot 10^9/\text{л}$  емдеуден кейін). Алынған деректердің нақтылығы өте жоғары болып шықты. ( $P < 0,001$ ). Бастапқы деңгейі өзгермеген Т – лимфоциттердің абсолюттік шамасы нақты жоғарылады жеке Т – лимфоциттердің субпопуляциясына да емдеуден кейін иммундық тұрғыда өте жайлы әсерін тигізді. Сонымен, Т – лимфоцит – хелперлердің бастапқы төмен деңгейі ( $51,7 \pm 0,8\%$ ) жоғары қысымдағы оксигенациядан кейін  $60,2 \pm 1,9\%$  ( $P < 0,001$ ) жоғарылады, ал бастапқы деңгейі жоғары болған тұлғалардың көрсеткіші ( $74,2 \pm 1,3\%$ ) айтарлықтай төмендеді ( $75,0 \pm 2,4\%$ ) ( $P < 0,001$ ). Т – лимфоцит – супрессорлардың бастапқы төмен деңгейі ( $0,75 \pm 1,8\%$ ) емдік шараларды қабылдағаннан кейін  $6,1 \pm 1,7\%$  дейін жоғарылады ( $P < 0,05$ ), ал бастапқы деңгейі жоғары болғанда ( $14,8 \pm 0,8\%$ ) айтарлықтай төмендеді ( $3,8 \pm 1,6\%$ ) ( $P < 0,001$ ).

Гистаминсезімтал Т – лимфоциттердің бастапқы жоғары деңгейі емдік шараларды әсерінен ( $12,3 \pm 1,6\%$  –тен  $2,6 \pm 0,6\%$ ) айтарлықтай төмендеді.

Т – лимфоциттердің қымметтік белсенділігі төмен болған жағдайда оксигенацияның әсерінен жоғарылады. Дәл осы жағдай лейкоциттердің миграциясының тежелу реакциясына байланысты болып отыр. Егер емдеуге дейін  $0,89 \pm 0,036$  болса, емдеуден кейін  $0,71 \pm 0,04$  болып шықты ( $P < 0,001$ ).

В – иммундық жүйесінде ешқандай да өзгерістер анықталған жоқ.

Салыстыру тобындағы базальдық терапия алған аурулардың көрсеткіштері негізгі топтағы аурулар көрсеткішінен айтарлықтай аз өзгеріске ұшырады.

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

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Досмагамбетова Р.С. «Хронический пылевой бронхит горнорабочих Акчатауского рудника».
2. Кулкыбаев Г.А., Ниций Р.А., Амреева Л.М. «Специфическое воздействие аэрозолей свинцового производства на развитие бронхолегочной патологии работающих».
3. Аманбекова А.У. «Гигиеническая оценка развития пылевого бронхита».
4. Калдыкызова Г.Е. «Совершенствование лечения возмоторного ренита у подростков, проживающих в районе дислокации нефтеперерабатывающего завода» // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Астана, 2007, с. 26.

УДК 616.24-002.2-053.2-07-039.57

#### АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЗАЦИИ ЗАТЯЖНОЙ ФОРМЫ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРОГРАММОЙ «СКРИНИНГ-ТЕСТИРОВАНИЕ» (МАТЕРИАЛЫ В ПОДДЕРЖКУ ПРОГРАММЫ ВОЗ (2006) «ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»)

*А.Б.Пазыл, З.О.Апбасова, М.С.Кошкимбаева, Н.И.Кабанченко  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Городская детская поликлиника №1, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Осы мақалада жас балалардың созылмалы өкпе қабыну және «сұрақ-жауап» тестінің көмегі арқылы донозологиялық болжам мен амбулаториялық сатыларының және жалпы «скрининг-тесті» бағдарламасы көмегімен мүмкіншілік нәтижелері қойылған. Жалпы алғанда бұл ғылыми жобаның негізгі

мәліметтерін (2006) жылғы БӘДСҰ бағдарламасымен Жасөспірім шақтағы балалардың ауруларының интеграциялық жүргізілуі зерттелген.

#### SUMMARY

Results of possibility of an out-patient stage donozoological diagnostics of synchronisation of a long pneumonia at children by means of made by authors are presented «The test-questionnaire» In the general program «Screening-testing». As a whole, work it is possible to consider as materials in support of the program the CART (2006) on The integrated Conducting Illnesses of Children's Age.

**Актуальность.** В современных условиях, на фоне снижения острой пневмонии у детей, имеет место неоправданно высокий уровень и непрерывный рост рецидивирующих бронхитов, затяжного течения и хронизации острой пневмонии. Не влияя значительно на показатели летальности, данная патология характеризуется определенными трудностями в терапии, профилактике и реабилитации больных детей [1, 2, 3]. Однако, диагностика хронических воспалительных заболеваний существенно запаздывает, что приводит к несвоевременной диагностике и неадекватной терапии и проведения профилактических мероприятий, что обуславливает ухудшение прогноза болезни и качества жизни пациентов, вплоть до их инвалидизации [4, 5]. Поэтому принципиально важным является распознавание ранних признаков хронизации пневмонии. Хотя хронические болезни легких многочисленны, их диагностика и лечение проводятся в пульмонологических стационарах. Однако выявить такого больного, в первую очередь, может лишь участковый педиатр, наблюдавший его в течение длительного времени [6, 7]. Между тем, в литературе недостаточно работ, посвященных ранней донозологической диагностике хронических неспецифических воспалительных заболеваний легких (ХНВЗЛ) у детей, особенно на этапе первичного звена здравоохранения.

Целью работы явилось определение возможности амбулаторного этапа диагностики хронизации затяжной формы пневмонии у детей программой «скрининг-тестирование».

**Материалы и методы исследования.** В амбулаторно-поликлинических условиях 250 детям в ГДП №1 г.Шымкента в возрасте 6 мес. – 14 лет, а также подросткам (15-17 лет), в том числе организованному контингенту, была заполнена карта-анкета. Выявление жалоб на отклонения со стороны бронхолегочной системы и установления возможности амбулаторного этапа диагностики хронической пневмонии базируется на результатах анкетирования, проведенных среди родителей и детей старшего возраста в общей программе «скрининг-тестирование».

Для определения информативности тест-опросника с целью раннего выявления заболеваний бронхолегочной системы у детей данная задача выполнялась путем сбора анамнеза и интервьюирования с дальнейшим дообследованием в стационаре по необходимости в течение 1,5-2 месяцев.

Базовая программа «скрининг-тестирование» включает не только анкетный тест-опросник, составленный нами на 2-х языках (русский, казахский) родителей и детей старшего возраста, но и индивидуальную оценку физического и нервно-психического развития ребенка, а также диагностику протеин- и глюкозурий с помощью лабораторных скрининг-тестов. Программа «скрининг-тестирование» включает более 20 тестов (табл. 1).

В амбулаторно-поликлинических условиях при проверке большого количества детей для обоснования подозрения на хронические заболевания легких ориентировались также на наличие респираторных жалоб и общие симптомы [7].

В методах исследований пациентов учтены также результаты определения функциональной способности системы внешнего дыхания, при котором дана характеристика респираторной системе, позволяющих дать оценку состоянию проводящей, а также собственно дыхательной части легкого.

1. Анкетный тест-опросник детского населения и их родителей (или самих подростков 12-17 лет), направленный на выявлении жалоб со стороны респираторной системы (включая заболеваний рото-носоглотки и их синусов), а также наличия аллергических заболеваний или реакций.
2. Оценка состояния здоровья по результатам физического и нервно-психического развития.
3. Отклонения со стороны показателей внешнего дыхания.
4. Выявление изменений со стороны общих анализов биологических жидкостей (крови, мочи и др.).
5. Регистрация результатов индивидуального и углубленных проф осмотров.
6. Результаты флюорографии и др.

Таблица 1 – Программа «скрининг-тестирование».

Диагностика и мониторинг вентиляционной функции у больных детей проводился на основе принципа пневмотахометрии по Вотчалу. Кроме этого, при необходимости проведены общеклинические лабораторные методы исследования.

**Результаты и их обсуждение.** По данным анкетирования и первичного врачебного осмотра педиатров все они были разделены на 3 группы:

- 1) дети, у которых по данным анкетирования и было диагностирование острый бронхит – их было 32 (4,9%) и хронический бронхит их было 11 (1,7%);
- 2) дети с жалобами на кашель и/или выделение мокроты, и/или одышку – таких было 8 (1,2%) с затяжным течением острой пневмонии;

3) дети с жалобами на периодические приступы бронхиальной астмы – таких было – 6 (0,92%), а хронической пневмонии – их было – 4 (0,62%). Анализ сопоставления результатов анкетирования и углубленного обследования показал, что у детей, у которых по данным анкеты были выявлены вышеперечисленные заболевания были подтверждены дообследованием и длительным наблюдением участкового педиатра в динамике. По этим данным была определена информативность анкетного опроса: чувствительность которого составила 72%, специфичность – 82,2%, т.е. ошибочный первичный диагноз у 5 (0,8 %) больных детей, т.е. вероятность ошибок диагностики была невелика. Результаты анкетного опросника подчеркивали необходимость углубленного обследования пациентов, отмечающих длительный кашель и выделение мокроты, приступы одышки, но еще не подходящих под определение хронической пневмонии у детей.

	Кашляет ли ребенок почти каждый день в течение 3 мес. в последние 2 (или больше) года?
	Выделяет ли мокроту ребенок, проснувшись при холодной, влажной погоде?
	Бывает ли у ребенка выделение мокроты почти каждый день в течение 3 мес. за последние 2 (или больше) года?
	Возникает ли у ребенка затрудненное дыхание или удушье при острых простудных заболеваниях, вдыхании резких запахов, а также весной при цветении растений?
	Болеет ли ребенок 5 и более раз в году простудными заболеваниями (грипп, ОРЗ, ангины) за последние 2 года?
	Страдает ли ребенок одним из перечисленных аллергических заболеваний (крапивница, вазомоторный ринит, экзема, лекарственная аллергия)?
	Бывают ли у ребенка приступы кашля при вдыхании загрязненного воздуха, при наличии резких запахов и раздражающих аэрозолей?

Таблица 2 - Наиболее информативные вопросы, имеющие достоверную связь с хронической пневмонией

В таблице 2 представлены вопросы анкеты по убывающей их информативности по отношению к хронизации рецидивирующего бронхита и затяжного течения острой пневмонии. Как видно из данной таблицы 2, с формированием хронизации затяжного течения острой пневмонии вопросы задавали по убывающей последовательности. Информативными являются и вопросы о кашле в течение более 3 месяцев в году и в последние 2 (или более) года. Известно, что уточнение частоты распространенности хронических заболеваний легких при массовых медицинских осмотрах детского населения с целью обеспечения качества медицинского обслуживания больных детей в условиях первичного звена здравоохранения и составления диагностической и лечебной «скрининг-программы» следует считать серьезной и сложной задачей [7].

Для решения данной задачи ВОЗ (2006) и ЮНИСЕФ в последнее время разрабатывали стратегию Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) с выделением этапов диагностики, составления алгоритма. Поэтому для определения диагностической программы при помощи составленного нами теста-опросника большее внимание уделялось анамнезу и ключевым симптомам болезни в семиотике большинства патологических состояний для проведения профилактических и скрининговых мероприятий, выполняемых не только врачами, но и средним медицинским персоналом первичного звена здравоохранения. Анкетирование детей и родителей в скрининг-программе тестирования может служить основанием для раннего выявления и дифференциальной диагностики хронической пневмонии. Следовательно, предложенный вариант скрининг-тестирования можно считать материалом в поддержку программы ВОЗ (2006) ИВБДВ.

Таким образом, после проведения анкетирования по тест-опроснику и углубленного обследования были установлены конкретные случаи затяжной пневмонии. Это значит, что большая информативность обязательных вопросов анкеты, определяющая связь хронизации, рецидивирующего и затяжного течения острой пневмонии имеет обратную связь с отдельными положениями в анкете.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каганов С.Ю. Современные проблемы пульмонологии детского возраста //Российский вестник перинатологии и педиатрии. № 3, 2003. С. 9-16.
2. Зосимов А.Н., Ходзицкая В.К., Черкасов С.А.// Детская пульмонология, принципы терапии. М., Эксмо, 2008. 736 с.
3. Рачинский С.В., Таточенко В.К., Волков И.К. Место хронической пневмонии и хронического бронхита в бронхолегочной патологии у детей// Педиатрия №1., 2004. С. 58-62.
4. Рачинский С.В. Хроническая пневмония.// В кн. Практическая пульмонология детского возраста (справочник). Под ред. Таточенко В.К. -Москва, 2000. С. 164-166.
5. Астафьева Н.Г. Медико-социальная экспертиза подростков с хроническими заболеваниями легких// Российский вестник перинатологии и педиатрии, №6. 2003. – С. 22-28.
6. Селимзянова Л.Р., Середа Е.В., Лукина О.Ф. Сроки установления двусторонних хронических воспалительных заболеваний у детей. //Сборник материалов XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатров России». ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2007. С. 607.
7. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии (под ред. академика РАМН А.А.Баранова). М., «ГЭОТАР-Медиа», 2006, 680 с.



## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 616.12:616.5-002.525.5:615.221

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДУКТАЛА MR 35 В СОЧЕТАНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

П.Т. Доскараева, Б.С. Шилмурзаев, М.Б. Койбаков, С.К. Сеильханова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

## ТҮЙІН

Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде жүйелі қызыл жегі (ЖҚЖ) сырқатындағы жүрек ишемиялық ауруы (ЖИА) бар пациенттерге Предуктал MR 35 препаратын тағайындағанда, клиническі-лабораторлық көрсеткіштердің төмендеуіне қол жеткізе алатынымызға көз жетті.

## SUMMARY

During our investigation it has been taped that use of a preparation of Preduktal MR 35 in a combination with standard traditional therapy gives the chance to achieve clinic-laboratory remission at treatment of an ischemic heart trouble (ischemic heart disease) from patients to a system lupus erythematosus (HARD CURRENCY).

Актуальность. Системная красная волчанка - заболевание неизвестной пока природы, при которой развивается агрессия иммунной системы против собственных клеток организма.

При этом может происходить поражение практически любого органа. Наиболее часто повреждаются почки, кожа, лимфатические узлы, суставы, сердце, нервная система, костный мозг [1].

В последние годы в лечении больных с кардиальной патологией все больше внимания уделяется применению препаратов с доказанным метаболическим действием. Они существенно нормализуют метаболические сдвиги в миокарде, которые непосредственно связаны как с патогенезом ИБС, так и с сопутствующей гиперактивностью механизмов нейрогуморальной регуляции. Предуктал MR (триметазидин MR) — первый антиангинальный препарат с метаболическим механизмом действия, включенный в европейские и американские методические рекомендации по лечению ИБС [2].

**Цель.** Изучение эффективности использования Предуктала MR 35 у больных с поражением сердца при системной красной волчанке.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 53 больных системной красной волчанкой. Диагноз СКВ ставился в соответствии с критериями Американской Ревматологической Ассоциации (1988).

Вариант течения и степень активности СКВ определялись согласно классификации В.А. Насоновой (1972). Среди 53 обследованных – все женщины, в возрасте от 15 до 64 лет (средний возраст составил 39,5 лет±0,18). Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет (средняя продолжительность 10,3 лет ±0,7, p<0,001).

Обследованные больные были разделены на 2 группы: в I группу включены 26 больных, во II группу – 27 больных соответственно.

Больным первой (I) группы, безусловно, была назначена традиционная стандартная терапия (ГКС-преднизолон, НПВС, при неэффективности – проводилась пульс-терапия метилпреднизолоном в сочетании с азатиоприном, метотрексат, плазмаферез), а больным II группы к традиционной терапии был добавлен Предуктал MR 35 мг, прием внутрь, во время еды — по 35 мг 2–3 раза в день.

На 3-й день после назначенной терапии у больных со II группой уменьшились отеки на нижних конечностях, на 12 день уменьшились боли в области сердца, одышка, сердцебиение, слабость, потливость, тогда как у больных I группы отеки прошли через неделю, а боли и неприятные ощущения в области сердца периодически продолжали беспокоить.

Терапия Предукталом MR 35 продолжалась в течение 3-х месяцев. Побочных эффектов в период применения препарата не наблюдалось. Показанием к прекращению применения Предуктала MR 35 явились нормализация функции сердца, печени, почек и показателей электрокардиограммы.

По результатам нашего наблюдения выявлено, что, использование данного препарата в сочетании с традиционной терапией позволило добиться клиническі-лабораторной ремиссии СКВ, ассоциированного болями в области сердца. Стабильное клиническіе состояние удерживается в течение 12 месяцев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шарова А.А., Лыскина Г.А., Рабиева Г.М. Системная красная волчанка (Пособие для родителей и врачей-педиатров). Москва, ИД Медпрактика-М, 2002, 20 с.
2. Gibbons R. J. et al. (Ed.) ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: executive summary and recommendations, 1999.

УДК: 612.172.1:616.5-002.525.5:615.382

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

*П.Т. Доскараева, Б.С. Шилмурзаев, М.С. Алданазарова*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

**РЕЗЮМЕ**

Біз жүйелі қызыл жегімен (ЖҚЖ) сырқаттарға экстракорпоралды гемокоррекция тәсілі – плазмаферезді (ПА) қолданғанда аурудың ағымы мен болжамы жақсарады деген шешімге келдік.

**SUMMARY**

We have come to a conclusion that at appointment of a method of extra corporal haemocorrection - plasmapheresis at sick of a system lupus erythematosus (HARD CURRENCY) become well a current of disease and the forecast.

**Актуальность.** Ценность плазмафереза в том, что возможности лекарственного воздействия на пораженную атеросклерозом сосудистую систему во многом ограничены, а зачастую малоэффективны из-за того, что у большинства больных течение патологического процесса сопровождается тромбированием сосудов микроциркуляторных зон и развитием ишемии периферийных сосудов на уровне органа с извращением метаболизма клеток и тканей [1,2].

**Цель.** Изучение эффективности экстракорпоральной терапии – плазмафереза при ИБС у больных системной красной волчанкой.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 98 больных системной красной волчанкой, из них у 33 пациентов была диагностирована ишемическая болезнь сердца (ИБС). Отобранные 33 пациента были разделены на 2 группы: в I группу включены 16 больных, во II группу – 17 больных соответственно.

Пациентам первой (I) группы, была назначена традиционная стандартная терапия (ГКС-преднизолон, НПВС, пульс-терапия метилпреднизолоном, метотрексат), а пациентам II группы дополнительно назначен плазмаферез. У всех пациентов II группы до проведения плазмафереза наблюдались общие симптомы ИБС: давящие боли за грудиной, одышка при физической или эмоциональной нагрузке, с иррадиацией в подлопаточную область (5), в левую руку (4), в нижнюю челюсть (2) и без иррадиации (6), сердцебиение, чувство онемения пальцев рук и т.д.

**Техника проведения.** Плазмаферез проводился прерывистым методом, начинали с забора крови в количестве 800 мл, на консерванте «Глюцинир». После плазмоэкстракции, эритроцитарная масса переливалась обратно в количестве 400 мл, сыворотка замещалась раствором полиглюкина 400,0; 400,0 мл – 0,9% раствора натрия хлорида и 100,0 1% раствора кальция хлорида. Всего проводилось 3-4 сеанса с интервалом в 1-2 дня. Результаты и обсуждение. Всего проведено 49 процедур плазмафереза (в среднем по 3 у каждого больного) с частотой 2-3 раза в неделю. Один сеанс продолжался 35-40 минут.

У большинства пациентов отмечалась отчетливая положительная динамика на проведение терапии плазмаферезом: у 8 больных уменьшились боли в области сердца, повысилась толерантность к физической нагрузке у 5, но в течение наблюдаемого периода в 3-х случаях все же наблюдались приступы стенокардии.

Клинические и лабораторные данные показали хорошую переносимость плазмафереза, в том числе инфузий больших объемов полиглюкина. По окончании процедур существенных осложнений не наблюдалось, хотя в первые минуты после сеанса больные жаловались на кратковременные явления, как познобливание, головокружение. Эффект терапии оценивали в основном по динамике клинических симптомов (опрос, осмотр, аускультация и т.д.).

**Заключение.** При назначении плазмафереза обследуемым была отмечена положительная динамика.

Таким образом, можно сделать вывод, что при своевременной диагностике, назначении адекватной терапии, тщательном наблюдении за пациентами удавалось добиться существенного замедления патологического процесса и уменьшения приступов стенокардии.

Таким образом, можно сделать вывод, что своевременно назначенный плазмаферез поможет в улучшении прогноза больных СКВ.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Воробьев А.И., Городецкий В.М., Бриллиант М.Д. Плазмаферез в клинической практике//Тер. архив. – 1984.- №6.-С.3-9
2. Михайлов А.А., Городецкий В.М., Воробьев А.И. Плазмаферез в лечении больных с почечной недостаточностью// Клин. мед.-1987.-№1.-С.117-121.
3. Gibbons R. J. et al. (Ed.) ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: executive summary and recommendations, 1999.

УДК 618.1- 089: 577.175.14

**ЦИТОКИНОВАЯ НАГРУЗКА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ**

*Н.А.Каюпова, Ж.У.Султанова, Ж.А.Утешева*

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы*

**SUMMARY**

We studied parameters of systemic inflammation (IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-4, IL-10, C-reactive protein) in patients in the early postoperative period, who underwent organ-preserving surgery and organounosyaschie made endoscopic access. This revealed a trend towards a systemic inflammatory reaction and observed the interaction of diverse group ompensated cytokines in patients undergoing organ

Ключевые медиаторы системного воспалительного ответа, взаимодействуя друг с другом, создают гуморальный фон, определяющий выраженность и течение клинико-лабораторной картины системно-воспалительной реакции. [1,2] Наиболее перспективными маркерами стрессовой реакции организма являются уровни в крови гистогормонов белковой природы – цитокинов, при этом как провоспалительные (ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6 ), так и противовоспалительные (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокины оказывают разнообразие и принципиально важные воздействия на большинство органных систем в условиях критического состояния.[3,4]

**Цель исследования:** Изучить циткиновый баланс в раннем послеопарционном периоде у пациенток, оперированных открытым, томическим доступом.

Материалом исследования явились 73 пациентки, подвергшиеся различным оперативным вмешательствам, распределены на 2 группы, основным критерием при распределении были объем травматизации планового оперативного вмешательства. В группу I (n=35) вошли пациентки, которым выполнялись операции в объеме ампутации, экстирпации матки лапаротомическим доступом (нижнесрединная лапаротомия, либо доступ по Пфаненштилю). Во II группу( n=38) вошли пациентки, которым выполнялись органосохраняющие операции лапаротомическим доступом. Этой группе пациенток проводились консервативная миомэктомия, цистэктомия в связи с выраженным спаечным процессом и наличием объемных и множественных образований, при которых выполнение запланированного объема представляли высокий риск осложнений и технические затруднения. В процессе исследования нами проведен анализ изменений показателей острофазного ответа в первый час и в первые сутки послеоперационного периода.

Обсуждение результатов: Количественная оценка концентрации цитокинемии в первый час послеоперационного периода показала активацию противовоспалительных интерлейкинов (ИЛ-4 ,ИЛ 10) во всех группах исследуемых, ( в I группе в 1,6 раза, во второй группе в 2,6 раза, в третьей группе- в 2,4 раза, в четвертой группе – в 1,5 раза). Главная роль ИЛ 10 - это ингибирование избыточного синтеза провоспалительных цитокинов ( в нашем исследовании ИЛ 1 $\beta$ , ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ). Концентрация ИЛ 1 $\beta$  имела тенденцию к повышению, но не превосходила нормативных величин, в связи с чем не были запущены реакции воспалительно –регуляторного каскада, и отсутствие воспалительного процесса характеризовали показатели С-реактивного белка, как маркера воспаления. В первые сутки послеоперационного периода продолжалась активация противовоспалительного компонента ИЛ 10 во всех группах ( в I группе в 2,4 раза, во второй группе в 2,8 раза, в третьей группе- в 2,7 раза, в четвертой группе – в 2,2 раза) в сравнении с исходными данными. Умеренное снижение ИЛ 1 $\beta$  к концу первых суток отмечалось в 3 и 4 группах, напротив повышение уровня ИЛ 1 $\beta$  в группах 1 и 2 носило достоверный характер (p<0,001), но не превышало нормативных величин. Однако имело место повышение концентрации С-реактивного белка в 1 и 2 группах исследования ( I группа - 6,6+0,30мг/л, и во 2 группе 7,2+0,4мг/л). По данным литературы, уровень С-реактивного белка повышается даже после небольшого асептического повреждения тканей, но при этом СОЭ остается нормальной. В наших исследованиях повышение СОЭ отмечалось гораздо позже, не в 1 сутки послеоперационного периода.

Показатель	До операции	1 час п/о периода	1 сутки п/о периода	
ИЛ-4 (0-31,2пг/мл)	13,2+0,6	21,1+2,5*	35,1+2,8**	
ИЛ 10 (128,0-172,0 пг/мл)	186,4+12,6	356,4+17,6**	483,4+17,6**	
ИЛ 1 $\beta$ (0-107 нг/мл)	44,8+1,5	68,8+4,5**	88,4+4,5**	
ИЛ 6 (0-100) пг/мл)	73,4+2,6	124,8+12,2**	112,4+11,2**	
ФНО- $\alpha$ (0-60 пг/мл)	28,1+3,3	65,4+6,8**	58,6+8,4**	
СРБ (3,0-5,0мг/л)	3,6+0,3	4,6+0,3*	6,6+0,3*	

Таблица 1. Изменения показателей провоспалительных, противовоспалительных цитокинов и белков острой фазы у пациенток, перенесших органосохраняющие операции открытым доступом (n=35).

В группе пациентов (n=35), перенесших органосохраняющие операции лапаротомическим доступом в первый час послеоперационного периода отмечалось достоверное повышение всех показателей системной воспалительной реакции (p<0,001). Однако, имела место тенденция к более активной реакции со стороны противовоспалительных цитокинов: ИЛ -4 и ИЛ-10. Так, достоверное повышение ИЛ- 4 в первый час послеоперационного периода составило 21,1±2,5 пг/мл в сравнении с исходным 13,2±0,6 пг/мл, т.е. в 1,6 раза, а к концу первых суток составило 35,1±2,8 пг/мл, т.е. в 2,6 раза. Наибольшей активностью обладал ИЛ -10: в первый час послеоперационного периода повысился до 356,4±17,6 пг/мл, т.е. в 1,9 раза, к концу первых суток продолжалось повышение до 483,4±17,6 пг/мл, т.е. в 2,6 раза.

В первый час послеоперационного периода наблюдалась умеренная активация провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α): достоверное повышение ИЛ -1β в 1,5 раза до 68,8±4,5 нг/мл (p<0,001), ИЛ -6 в 1,7раза до 124,8±12,2 нг/мл (p<0,001) и ФНО-α в 2,3 до 65,4±6,8 пг/мл (p<0,001). Активация провоспалительной группы цитокинов происходила за счет ИЛ-6 и ФНО-α, которые превышали в первый час послеоперационного периода предельно допустимые значения, в то время как содержание ИЛ -1β находилось в пределах нормативных показателей. Содержание СРБ в первый час послеоперационного периода имело достоверное повышение до 4,6±0,3 мг/л (p<0,05), но не превосходило нормы.

При сохранении тенденции к повышению всех показателей к концу первых суток отмечалось незначительное снижение провоспалительных интерлейкинов, а именно ИЛ-6 до 112,4±11,2 пг/мл и ФНО-α до 58,6±8,4 пг/мл близко к предельно допустимым показателям. Также как и противовоспалительные цитокины, содержание СРБ имело тенденцию к повышению к концу первых суток до 6,6±0,3 мг/л (p<0,05).

Показатель	До операции	1 час п/о периода	1 сутки п/о периода	
ИЛ-4 (0-31,2пг/мл)	15,1±0,8	28,4±5,1*	39,1±5,7**	
ИЛ 10 (128,0-172,0 пг/мл)	173,6±14,2	465,6±22,2**	389,6±19,7**	
ИЛ 1β (0-107 нг/мл)	65,7±5,2	79,3±6,2	89,3±6,2*	
ИЛ 6 (0-100) пг/мл)	63,6±4,2	88,6±9,1*	94,3±10,4*	
ФНО-α (0-60 пг/мл)	23,4±3,4	38,3±5,2**	58,2±4,2**	
СРБ (3,0-5,0мг/л)	4,2±0,4	5,2±0,4	7,2±0,4*	

Таблица 2 Изменения показателей провоспалительных, противовоспалительных цитокинов и белков острой фазы у пациенток, перенесших органосохраняющие операции открытым доступом (n=38).

В группе пациентов (n=38), перенесших органосохраняющие операции лапаротомическим доступом в первый час послеоперационного периода отмечалось достоверное повышение показателей системной воспалительной реакции (p<0,05, p<0,001), кроме ИЛ 1β (79,3±6,2нг/мл) в сравнении с исходным (65,7±5,2нг/мл).

Так же отмечалось тенденция к более активной реакции со стороны противовоспалительных цитокинов: ИЛ -4 и ИЛ-10: достоверное повышение ИЛ- 4 в первый час послеоперационного периода составило 28,4±5,1пг/мл в сравнении с исходным 15,1±0,8 пг/мл, т.е. в 1,8 раза, а к концу первых суток составило 39,1±5,4 пг/мл, т.е. в 2,6 раза. Наибольшей активностью обладал ИЛ -10: в первый час послеоперационного периода повысился до 465,6±22,2 пг/мл, т.е. в 2,7 раза, к концу первых суток отмечалось снижение до 389,6±19,7 пг/мл, в 1,2 раза. В первый час послеоперационного периода наблюдалась умеренная активация провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α): достоверное повышение ИЛ -6 в 1,4 раза до 88,6±9,1 нг/мл (p<0,05) и ФНО-α в 1,6 раза до 38,3±5,2 пг/мл (p<0,001). Активация провоспалительной группы цитокинов происходила за счет ИЛ-6 и ФНО-α, которые не превышали в первый час послеоперационного периода предельно допустимые значения, в то время как содержание ИЛ -1β имел недостоверный подъем (79,3±6,2нг/мл). Содержание СРБ в первый час послеоперационного периода имело достоверное повышение до 5,2±0,4 мг/л, но в то же время превышало допустимые значения. К концу первых суток сохранялась тенденция к достоверному повышению показателей провоспалительных интерлейкинов, а именно ИЛ-6 до 94,3±10,4 пг/мл (p<0,05), ИЛ-6 до 94,3±10,4 пг/мл (p<0,05), и ФНО-α до 58,2±4,2пг/мл (p<0,001) близко к верхней границе предельно допустимых величин.

Также, как и противовоспалительные цитокины, как и в группе с органосохраняющими операциями таким же доступом, содержание СРБ имело тенденцию к повышению к концу первых суток до 7,2±0,4 мг/л (p<0,05).

Таким образом, в исследуемых группах пациенток, перенесших органосохраняющие и органосохраняющие операции лапаротомическим доступом, выявлены тенденции к развитию системной воспалительной реакции: усиление ТХ-1 клеточного ответа с увеличением синтеза провоспалительных цитокинов (ИЛ-1α, ИЛ-6, ФНО-α), увеличение в крови синтеза противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 связано с развитием специфического гуморального иммунного ответа, т.е. наблюдается компенсированное взаимодействие разносторонних групп цитокинов, однако дальнейшее повышение СРБ может иметь неблагоприятный исход и это указывает на возможное развитие инфекционных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Симбирцев А.С. Цитокиновая система регуляции защитных реакций организма. Цитокины и воспаление. 2002; 1 (1), С.9-15.
2. Бочоришвили В.Г., Бочоришвили Т.В. Новая иммунологическая концепция сепсиса и ее клиническое значение // Int. J. Immunorehab. - 1997 - №6. - Р.20-26.
3. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис: интегральная оценка тяжести состояния больных и полиорганной дисфункции // Анест. и реаниматол. - 2000 - N3. - С.29-33.
4. Kylanpaа-Back M.L., Takala A., Kemppainen E. Cellular markers of systemic inflammation and immune suppression in patients with organ failure due to severe acute pancreatitis // Scand. J. Gastroent. - 2001 - v.36(10) - P.1100-7.
5. Cytokine load in gynecologic patients DURING surgical stress.

УДК 618.1- 089: 577.125.33

**СОДЕРЖАНИЕ ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫХ АЦИЛКАРНИТИНОВ У ОПЕРИРОВАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Ж.У. Султанова*

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии., г. Алматы*

**SUMMARY**

The content of long chain fraction atsilcarnitinov in 165 gynecological patients. Revealed that large amounts of long chain atsilcarnitinov showed splitting energy-long-chain fatty acids, which is characteristic of extreme situations, in our cases, the operating stress.

Хирургическая операция по своей сути является программируемым стрессом, следствием которого являются известные и хорошо изученные нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, нейроэндокринной, выделительной систем, метаболические нарушения и др., то есть совокупность общих (неспецифических) и местных (специфических, зависящих от зоны операции и ее характера) патофизиологических реакций организма в ответ на чрезвычайное воздействие особого типа. Известно, что при хирургическом стрессе значительно возрастают энергетические затраты организма в связи с поддержанием гомеостаза.

Энергетический выход при окислении жирной кислоты в три раза больше, чем при окислении глюкозы. Включение жирных кислот, находящихся уже в цитоплазме клетки в энергетический метаболизм возможно только после переноса жирных кислот в митохондрии, который обеспечивает карнитин.

**Цель исследования:** Исследовать содержание фракций длинноцепочечных ацилкарнитиннов у пациенток, оперированных различным доступом.

Материалом исследования явились пациентки, подвергшиеся различным оперативным вмешательствам, распределены на 4 группы, основным критерием при распределении были доступ и объем траматизации планового оперативного вмешательства.

В группу I (n=35) вошли пациентки, которым выполнялись операции в объеме ампутации, экстирпации матки лапаротомическим доступом (нижнесрединная лапаротомия, либо доступ по Пфаненштилю).

Во II группу (n=38) вошли пациентки, которым выполнялись органосохраняющие операции лапаротомическим доступом. Этой группе пациенток проводились консервативная миомэктомия, цистэктомия в связи с выраженным спаечным процессом и наличием объемных и множественных образований, при которых выполнение запланированного объема представляли высокий риск осложнений и технические затруднения.

В группу III (n=45) составили пациентки, которым проводились органосохраняющие операции (консервативная миомэктомия, цистэктомия, гистерорезектоскопия) лапароскопическим доступом.

В группу IV (n=47) вошли пациентки, которым проводились вмешательства на придатках матки, такие как сальпингоовариолизис, сальпингостоматопластика, тубэктомия.

Для более детального представления метаболического стресса нами было изучено изменение содержания фракций ацилкарнитиннов (длинноцепочечные) на трех этапах (до оперативного вмешательства, в первый час и в первые сутки послеоперационного периода) в группах с различным оперативным вмешательством и доступом.

Возраст больных варьировал от 21 до 51 лет, причем большая часть были в активном репродуктивном возрасте (88%). В I группе пациенток средний возраст составил 41,6±8,8 лет. В этой группе объем операции был определен рецидивом образования, отсутствием эффекта от консервативной терапии. Во II группе средний возраст составил 36,7±6,4 лет, в III группе – 35,6±8,7 лет, в IV группе 31,4±9,6 лет.

Показатель	1 гр (n=35)	2гр (n=38)	3гр (n=45)	4гр (n=47)
Возраст (лет)	41,6+8,8	36,7+6,4	35,6+8,7	31,4 +9,6
Масса тела (кг)	68,6+4,5	71,0 +6,6	59,7+7,8	61,6+7,8
Рост (см)	165,3+5,4	161,4+4,6	171,6+6,7	167,6+5,9

Таблица 1 **Физические данные пациенток**

Антропологические показатели пациенток во всех группах не имели достоверных отличий: масса тела от 59,7+7,8 кг в 3 группе до 71,0+6,6 кг во 2 группе, рост от 161,4+4,6 см во 2 группе до 171,6+6,7 см в 3 группе обследуемых.

При изучении гинекологического анамнеза отмечено, что средний возраст полового дебюта во всех группах не имел достоверных отличий и составил от 19,6+ 3,6 лет в третьей группе до 22,5+2,7 лет в четвертой группе. Средний возраст начала менархе варьировал от 12,3+1,4 лет до 13,5+1,2 лет и соответствовал во всех группах возрастным нормативам.

Наиболее распространенным методом контрацепции в анамнезе являлся метод ВМС от 21,2% до 28,6% исследуемых. С одинаковой частотой встречались барьерная и гормональная контрацепция во всех группах от 10,6% до 15,7%.

В структуре нарушений менструального цикла наиболее частой патологией являлась гиперполименорея в первых трех группах от 18,4 до 22,2%, наиболее редкой являлась аменорея от 2,2% до 8,5%. У каждой второй исследуемой имелись в анамнезе беременности: из них от 32, 1% до 40,1 % закончились родами, каждая пятая беременность закончилась абортми, самопроизвольны выкидыш составил 7,8 % во второй группе, и 14,2% в первой группе.

Анализ гинекологических заболеваний выявил наличие большого числа гинекологических операций от 28,4% до 4,1%, операций в брюшной полости по хирургическим показаниям от 13,9% до 18,4%, что в совокупности с воспалительными заболеваниями органов малого таза (63,8% до 73,6%) приводило к развитию спаечного процесса у 19,1% в четвертой группе и 34,2% во второй группе исследуемых, что обусловило большую травматичность и увеличение длительности оперативного вмешательства.

При обследовании почти у каждой пациентки были выявлены экстрагенитальные заболевания, которые создавали преморбидный фон и в 35% случаях требовали специальной предоперационной подготовки от 2 до 7 дней, наличие спаечного процесса требовало расширение объема операции и увеличение длительности оперативного вмешательства. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 89% всех исследуемых, у 33% структуре гинекологических заболеваний основной патологией явились заболевания сердечно-сосудистой системы: в 1 группе - 35%, во второй группе – 33%, в третьей группе – 31%, в четвертой группе – 35% ( артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, постинфекционный миокардит). С одинаковой частотой встречались заболевания крови ( 13% до 20%) и нарушение обменных процессов в виде ожирения ( 19% и 23%) в исследуемых группах. На третьем месте по встречаемости были заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания органов дыхания, мочевыделительной системы, эндокринные заболевания ( от 9% до 16% во всех группах). У 35 % женщин в анамнезе были оперативные вмешательства в брюшной полости по поводу хирургической патологии, чаще всего это аппенэктомия, перитонит, холецистэктомия.

По состоянию соматического здоровья исследуемые пациентки различных групп не отличались. Индекс здоровья пациенток, находившихся на оперативном лечении, составил 11%.

Основные диагнозы, в связи с которыми предпринималось оперативное лечение, распределялись следующим образом:

1.Бесплодие -130 (78,7%) из них у 30 пациенток не было выявлено органической патологии в органах малого таза. В остальных 100 случаях (60,6%) имело место сочетание бесплодия с миомой матки -11 (6,6%) , кистой яичника -19(11,5%) , с эндометриозом – 13 (7,8%). 2. Киста яичника – 12 пациенток (7,2%).3. Миома матки – 16 пациенток (9,6%).4. Эндометриоз – 10 пациенток (6,0%)5. Сочетание эндометриоза с миомой матки, кистой яичника – 54(32,7%)

Основной сопутствующей гинекологической патологией явились нарушения менструальной функции у 94 пациенток, что составило 56,9%, хронический сальпингоофорит выявлен у 57 пациенток( 34,5%), спаечный процесс органов малого таза после воспалительных заболеваний органов малого таза и состояния после предыдущих операций у 42 пациенток (25,4%), сактосальпингс у 35 пациенток ( 21,2%) , поликистоз яичников у 43 пациенток ( 25,9%). Большая доля сопутствующей гинекологической патологии имела место в третьей и четвертой группах.

При анализе фракций ацилкарнитинов выявлено, что низкое содержание свободного ацилкарнитина обусловлено за счет средние и длинноцепочечных карнитинов.

Показатель μмоль/л	1 группа (n=35)	2 группа (n=38)	3 группа (n=45)	4 группа (n=47)
d-C14(0,15-0,21)	0,06+0,001	0,56+0,001	0,07+0,001	0,08+0,001
d-C16 (1,26-1,84)	0,74+0,02	0,55+0,01	0,75+0,02	0,87+0,02
d-C18	0,62+0,01	0,65+0,02	0,63+0,03	0,68+0,02

d-C14:1 (0,07 – 0,10)	0,05+0,03	0,06+0,02	0,04+0,02	0,05+0,03
d-C14:2( 0,03 -0,04)	0,03+0,001	0,03+0,002	0,04+0,002	0,04+0,001
d-C16:1	0,46+0,02	0,51+0,01	0,49+0,02	0,55+0,01
d-C18:1 (1,39-1,72)	1,1+0,01	1,0+0,02	1,1+0,01	1,2+0,01
d-C14OH (0,01-0,03)	0,02+0,001	0,03+0,002	0,02+0,001	0,01+0,002
d-C16OH (0,03-0,05)	0,02+0,002	0,01+0,001	0,03+0,002	0,02+0,001
d-C18OH(0,01-0,02)	0,009+0,001	0,008+0,001	0,008+0,001	0,007+0,001
d-C18:1OH(0,02-0,03)	0,02+0,001	0,02+0,001	0,03+0,001	0,02+0,001
d-C18:2OH(0,02-0,03)	0,03+0,002	0,02+0,001	0,03+0,001	0,03+0,001
C18:2(0,36-0,46)	0,03+0,001	0,03+0,002	0,04+0,002	0,03+0,001

Таблица 2 Исходное содержание длинноцепочечных ацилкарнитинов (μмоль/л)

Длинноцепочечные ацилкарнитины снижены за счет пяти фракций d-C14, d-C16, d-C14:1, d-C18:1, d-C16OH в группах исследования.

На основании этих данных можно судить о низком содержании жирных кислот, как дополнительных энергетических источников. В то же время содержание жирных кислот может быть достаточным или даже превышать потребность в них, но недостаточность ацилкарнитинов блокирует перенос в митохондрии жирные кислоты и утилизацию посредством β-окисления и включение жирных кислот в процесс энергообразования. Это может явиться потенциальной патофизиологической основой при условиях, требующих высоких энергетических затрат, как то хирургический стресс.

Как известно, длинноцепочечные жирные кислоты – переносятся через митохондриальную мембрану только посредством ацилкарнитинов ( как длинноцепочечных на начальных этапах расщепления жирных кислот, так и средние и короткоцепочечных на последующих этапах). Наиболее энергоемкими являются длинноцепочечные жирные кислоты, при переносе которых участвуют все ацилкарнитины.

Показатель μмоль/л	1 группа (n=35)	2 группа (n=38)	3 группа (n=45)	4 группа (n=47)
d-C14(0,15-0,21)	0,12+0,001	0,13+0,001	0,14+0,001	0,13+0,001
d-C16 (1,26-1,84)	1,11+0,02	0,55+0,01	0,75+0,02	0,87+0,02
d-C18	0,62+0,01	0,65+0,02	0,63+0,03	0,68+0,02
d-C14:1 (0,21 – 0,26)	0,13+0,03	0,17+0,02	0,14+0,02	0,15+0,03
d-C14:2( 0,03 -0,04)	0,03+0,001	0,03+0,002	0,04+0,002	0,04+0,001
d-C16:1	0,46+0,02	0,51+0,01	0,49+0,02	0,55+0,01
d-C18:1 (1,39-1,72)	1,2+0,01	1,1+0,02	1,2+0,01	1,08+0,01
d-C14OH (0,01-0,03)	0,02+0,001	0,03+0,002	0,02+0,001	0,01+0,002
d-C16OH ( 0,03-0,05)	0,01+0,002	0,02+0,001	0,04+0,002	0,03+0,001
d-C18OH(0,01-0,02)	0,01+0,001	0,02+0,001	0,01+0,001	0,01+0,001
d-C18:1OH(0,02-0,03)	0,02+0,001	0,02+0,001	0,03+0,001	0,02+0,001
d-C18:2OH(0,02-0,03)	0,03+0,002	0,02+0,001	0,03+0,001	0,03+0,001
C18:2(0,36-0,46)	0,03+0,001	0,03+0,002	0,04+0,002	0,03+0,001

Таблица 3 Содержание длинноцепочечных ацикарнитинов в первый час послеоперационного периода (μмоль/л)

Увеличение дефицита длинноцепочечных ацилкарнитинов обусловлено за счет уже шести фракций d-C14, d-C16, d-C14:1, d-C18:1, d-C16OH, d-C18OH.

Показатель μмоль/л	1 группа (n=35)	2 группа (n=38)	3 группа (n=45)	4 группа (n=47)
d-C14(0,15-0,21)	0,11+0,001	0,12+0,001	0,13+0,001	0,14+0,001
d-C16 (1,26-1,84)	0,6+0,02	0,7+0,01	0,67+0,02	0,75+0,02
d-C18	0,62+0,01	0,65+0,02	0,63+0,03	0,68+0,02
d-C14:1 (0,21 – 0,26)	0,12+0,03	0,15+0,02	0,13+0,02	0,12+0,03
d-C14:2( 0,03 -0,04)	0,03+0,001	0,03+0,002	0,04+0,002	0,04+0,001
d-C16:1	0,46+0,02	0,51+0,01	0,49+0,02	0,55+0,01
d-C18:1 (1,39-1,72)	1,1+0,01	1,21+0,02	1,0+0,01	1,08+0,01
d-C14OH (0,01-0,03)	0,02+0,001	0,03+0,002	0,02+0,001	0,01+0,002
d-C16OH (0,03-0,05)	0,03+0,002	0,04+0,001	0,04+0,002	0,05+0,001
d-C18OH(0,01-0,02)	0,009+0,001	0,008+0,001	0,009+0,001	0,008+0,001
d-C18:1OH(0,02-0,03)	0,02+0,001	0,02+0,001	0,03+0,001	0,02+0,001
d-C18:2OH(0,02-0,03)	0,03+0,002	0,02+0,001	0,03+0,001	0,03+0,001
C18:2(0,36-0,46)	0,4+0,001	0,38+0,002	0,42+0,002	0,43+0,001

Таблица 4 Содержание длинноцепочечных ацикарнитинов в первые сутки послеоперационного периода

При анализе содержания длинноцепочечных ацилкарнитинов отмечено, что у 21% пациенток 2 группы, фракция d-C16 не определялась, а средние значения достоверно (p<0,001) снизились в сравнении с исходным уровнем.

Таким образом, большие затраты длинноцепочечных ацилкарнитинов свидетельствовали о расщеплении энергоемких длинноцепочечных жирных кислот, что характерно для экстремальных ситуаций, в наших случаях операционный стресс. Течение послеоперационного периода у пациенток с лапаротомическим доступом и органосохраняющими операциями в объеме протекал в условиях с максимальной потребностью энергетических ресурсов, которые не были удовлетворительны изначально.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева Е.А., Мамедов И.С. Диагностика наследственных дефектов обмена жирных кислот у детей.- Вестник перинатологии и педиатрии.-2008.-№6.С .58-66.
2. Спасов А.А., Иежица И.Н. Стереофармакологические особенности карнитина. Русский физиологический журнал имю И.М. Сеченова 2005; 12; С.42-47
3. Ефимова Е.В., Гуськова Т.А., Копелевич В.М. и др. Ацетил-L-карнитин: биологические свойства и клиническое применение ( обзор)// Хим.-фарм. Журнал.2002.36,№3 С.3-7
4. Kwon O.S., Chung Y.B. HPLC determination and pharmacokinetics of endogenous acetyl-L-carnitine (ALC) in human volunteers orally administered a single dose of ALC.// Arch Pharm Res.2004. 27, P.676-681.

УДК 618.1- 089: 577.125.33

#### ПОКАЗАТЕЛИ СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫХ ФРАКЦИЙ АЦИЛКАРНИТИНОВ У ОПЕРИРОВАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Ж.У. Султанова*

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы*

#### SUMMARY

The content srednetsepochechnoy fraction atsilkarnitinov in 165 gynecological patients. Deficit atsilkarnitinov srednetsepochechnoy fraction indicates that the body of patients, is scheduled for surgery, disrupt energy production at the cellular level, and alleged violations of mitochondrial oxidation.

Эндокринный, метаболический и воспалительный ответы на операционную травму определяют совокупность патофизиологических изменений, именуемую хирургическим стресс-ответом.

Следствием ответной системной реакции являются активация эндокринной системы и выделение гормонов, способствующих поддержанию гомеостаза и отвечающих за физиологическую адаптацию организма, которая обеспечивается за счет потребления дополнительной энергии.

Энергетический выход при окислении жирной кислоты в три раза больше, чем при окислении глюкозы. Включение жирных кислот, находящихся уже в цитоплазме клетки в энергетический метаболизм возможно только после переноса жирных кислот в митохондрии, который обеспечивает карнитин и его фракции.

**Цель исследования:** Исследовать содержание среднецепочечных фракции ацилкарнитина у пациенток, оперированных различным доступом.

Материалом исследования явились пациентки, подвергшиеся различным оперативным вмешательствам, распределены на 4 группы, основным критерием при распределении были доступ и объем травматизации планового оперативного вмешательства.

В группу I (n=35) вошли пациентки, которым выполнялись операции в объеме ампутации, экстирпации матки лапаротомическим доступом (нижнесрединная лапаротомия, либо доступ по Пфаненштилю).

Во II группу (n=38) вошли пациентки, которым выполнялись органосохраняющие операции лапаротомическим доступом. Этой группе пациенток проводились консервативная миомэктомия, цистэктомия в связи с выраженным спаечным процессом и наличием объемных и множественных образований, при которых выполнение запланированного объема представляли высокий риск осложнений и технические затруднения.

В группу III (n=45) составили пациентки, которым проводились органосохраняющие операции (консервативная миомэктомия, цистэктомия, гистерорезектоскопия) лапароскопическим доступом.

В группу IV (n=47) вошли пациентки, которым проводились вмешательства на придатках матки, такие как сальпингоовариолизис, сальпингостоматопластика, тубэктомия.

Для более детального представления метаболического стресса нами было изучено изменение содержания фракций ацилкарнитинов (среднецепочечные) на трех этапах ( до оперативного вмешательства, в первый час и в первые сутки послеоперационного периода) в группах с различным оперативным вмешательством и доступом.

Возраст больных варьировал от 21 до 51 лет, причем большая часть были в активном репродуктивном возрасте (88%). В I группе пациенток средний возраст составил 41,6+8,8 лет. В этой группе объем операции



был определен рецидивом образования, отсутствием эффекта от консервативной терапии. Во II группе средний возраст составил 36,7+6,4 лет, в III группе – 35,6+8,7 лет, в IV группе 31,4+9,6 лет.

Показатель	1 гр (n=35)	2гр (n=38)	3гр (n=45)	4гр (n=47)
Возраст (лет)	41,6+8,8	36,7+6,4	35,6+8,7	31,4 +9,6
Масса тела (кг)	68,6+4,5	71,0 +6,6	59,7+7.8	61,6+7,8
Рост (см)	165,3+5,4	161,4+4,6	171,6+6,7	167,6+5,9

Таблица 1 **Физические данные пациенток**

Антропологические показатели пациенток во всех группах не имели достоверных отличий: масса тела от 59,7+7,8 кг в 3 группе до 71,0+6,6 кг во 2 группе, рост от 161,4+4,6 см во 2 группе до 171,6+6,7 см в 3 группе обследуемых. При изучении гинекологического анамнеза отмечено, что в структуре нарушений менструального цикла наиболее частой патологией являлась гиперполименорея в первых трех группах от 18,4 до 22,2%, наиболее редкой являлась аменорея от 2,2% до 8,5%. У каждой второй исследуемой имелись в анамнезе беременности: из них от 32, 1% до 40,1 % закончились родами, каждая пятая беременность закончилась абортами, самопроизвольны выкидыш составил 7,8 % во второй группе, и 14,2% в первой группе. Анализ гинекологических заболеваний выявил наличие большого числа гинекологических операций от 28,4% до 4,1%, операций в брюшной полости по хирургическим показаниям от 13,9% до 18,4%, что в совокупности с воспалительными заболеваниями органов малого таза (63,8% до 73,6%) приводило к развитию спаечного процесса у 19,1% в четвертой группе и 34,2% во второй группе исследуемых, что обусловило большую травматичность и увеличение длительности оперативного вмешательства.

При обследовании экстрагенитальные заболевания выявлены у 89% всех исследуемых, у 33% структуре гинекологических заболеваний основной патологией явились заболевания сердечно-сосудистой системы: в 1 группе - 35%, во второй группе – 33%, в третьей группе – 31%, в четвертой группе – 35% (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, постинфекционный миокардит). С одинаковой частотой встречались заболевания крови (13% до 20%) и нарушение обменных процессов в виде ожирения (19% и 23%) в исследуемых группах. На третьем месте по встречаемости были заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания органов дыхания, мочевыделительной системы, эндокринные заболевания (от 9% до 16% во всех группах). У 35 % женщин в анамнезе были оперативные вмешательства в брюшной полости по поводу хирургической патологии, чаще всего это аппендэктомия, перитонит, холецистэктомия.

Основные диагнозы, в связи с которыми предпринималось оперативное лечение, распределялись следующим образом: 1.Бесплодие -130 (78,7%) из них у 30 пациенток не было выявлено органической патологии в органах малого таза. В остальных 100 случаях (60,6%) имело место сочетание бесплодия с миомой матки -11 (6,6%) , кистой яичника -19(11,5%) , с эндометриозом – 13 (7,8%). 2. Киста яичника – 12 пациенток (7,2%).3. Миома матки – 16 пациенток (9,6%).4. Эндометриоз – 10 пациенток (6,0%)5. Сочетание эндометриоза с миомой матки, кистой яичника – 54(32,7%)

Основной сопутствующей гинекологической патологией явились нарушения менструальной функции у 94 пациенток, что составило 56,9%, хронический сальпингоофорит выявлен у 57 пациенток( 34,5%), спаечный процесс органов малого таза после воспалительных заболеваний органов малого таза и состояния после предыдущих операций у 42 пациенток (25,4%), сактосальпингс у 35 пациенток ( 21,2%) , поликистоз яичников у 43 пациенток ( 25,9%). Большая доля сопутствующей гинекологической патологии имела место в третьей и четвертой группах.

При анализе фракций ацилкарнитинов выявлено, что низкое содержание свободного ацилкарнитина обусловлено за счет средне и длинноцепочечных карнитинов.

Показатель μмоль/л	1 группа (n=35)	2 группа (n=38)	3 группа (n=45)	4 группа (n=47)
d-C6(0,16-0,21)	0,13+0,03	0,11+0,05	0,14+0,01	0,9+0,01
d-C8(0,07-0,11)	0,08+0,002	0,07+0,003	0,1+0,002	0,09+0,003
d-C10(0,08-0,15)	0,61+0,01	0,65+0,02	0,7+0,03	0,69+0,02
d-C12 (0,07 – 0,11)	0,05+0,007	0,06+0,004	0,07+0,009	0,05+0,006
d-C8:1( 0,04 -0,06)	0,06+0,001	0,03+0,001	0,04+0,002	0,05+0,001
d-C10:1(0,09-0,14)	0,46+0,02	0,51+0,01	0,49+0,02	0,55+0,01
C6:DC (0,03-0,04)	0,032+0,001	0,036+0,002	0,031+0,001	0,038+0,001
C12OH (0,02- 0,04)	0,02+0,01	0,04+0,02	0,03+0,01	0,02+0,02

Таблица 2 **Исходное содержание среднецепочечных ацилкарнитинов (μмоль/л)**

Среднецепочечные ацилкарнитины имели дефицит в исходном состоянии за счет 4 фракций d-C6, d-C10, d-C12, d-C10:1 во всех группах исследования.

Показатель μмоль/л	1 группа (n=35)	2 группа (n=38)	3 группа (n=45)	4 группа (n=47)
d-C6(0,16-0,21)	0,14+0,03	0,13+0,05	0,13+0,01	0,8+0,01
d-C8(0,07-0,11)	0,06+0,002	0,04+0,003	0,05+0,002	0,06+0,003

d-C10(0,08-0,15)	0,76+0,01	0,71+0,02	0,6+0,03	0,69+0,02
d-C12 (0,07 – 0,11)	0,06+0,007	0,05+0,004	0,06+0,009	0,05+0,006
d-C8:1( 0,04 -0,06)	0,06+0,001	0,03+0,001	0,04+0,002	0,05+0,001
d-C10:1(0,09-0,14)	0,07+0,02	0,06+0,01	0,08+0,02	0,05+0,01
C6:DC (0,03-0,04)	0,032+0,001	0,036+0,002	0,031+0,001	0,038+0,001
C12OH (0,02- 0,04)	0,02+0,01	0,04+0,02	0,03+0,01	0,02+0,02

Таблица 2 Содержание среднепочечных ацикарнитинов в первый час послеоперационного периода (μмоль/л)

Содержание среднепочечных ацикарнитинов продолжали снижаться в тех же 4 фракциях d-C6, d-C10, d-C12, d-C10:1 во всех группах исследования.

Показатель μмоль/л	1 группа (n=35)	2 группа (n=38)	3 группа (n=45)	4 группа (n=47)
d-C6(0,16-0,21)	0,12+0,03	0,11+0,05	0,12+0,01	0,10+0,01
d-C8(0,07-0,11)	0,05+0,002	0,04+0,003	0,06+0,002	0,07+0,003
d-C10(0,08-0,15)	0,09+0,01	0,08+0,02	0,1+0,03	0,11+0,02
d-C12 (0,07 – 0,11)	0,05+0,007	0,06+0,004	0,04+0,009	0,05+0,006
d-C8:1( 0,04 -0,06)	0,06+0,001	0,03+0,001	0,04+0,002	0,05+0,001
d-C10:1(0,09-0,14)	0,06+0,02	0,07+0,01	0,08+0,02	0,07+0,01
C6:DC (0,03-0,04)	0,032+0,001	0,036+0,002	0,031+0,001	0,038+0,001
C12OH (0,02- 0,04)	0,02+0,01	0,04+0,02	0,03+0,01	0,02+0,02

Таблица 3 Содержание среднепочечных ацикарнитинов в первые сутки послеоперационного периода (μмоль/л)

При анализе содержания среднепочечных ацикарнитинов имело место снижение тех же фракций, при этом фракция d-C10 в сравнении с исходным показателем и в первый час послеоперационного периода, имела тенденцию к нормализации и составила в 1 группе 0,09+0,01 μмоль/л, во второй группе 0,08+0,02 μмоль/л, в третьей группе 0,1+0,03 μмоль/л, в четвертой группе 0,11+0,02 μмоль/л.

Таким образом, течение послеоперационного периода у пациенток с различными видами доступа и объемом операции протекало в условиях с максимальной потребностью энергетических ресурсов, которые не были удовлетворительны изначально. Дефицит ацикарнитинов среднепочечной фракции свидетельствует о том, что в организме пациенток, планирующих на оперативное вмешательство, нарушены процессы энергообразования на клеточном уровне, и предполагало нарушения митохондриального окисления.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Спасов А.А., Иежица И.Н. Стерофармакологические особенности карнитина. Русский физиологический журнал имю И.М. Сеченова 2005; 12; С.42-47
2. Ефимова Е.В., Гуськова Т.А., Копелевич В.М. и др. Ацетил-L-карнитин: биологические свойства и клиническое применение ( обзор)// Хим.-фарм. Журнал.2002.36,№3 С.3-7
3. Kwon O.S., Chung Y.B. HPLC determination and pharmacokinetics of endogenous acetyl-L-carnitine (ALC) in human volunteers orally administered a single dose of ALC.// Arch Pharm Res.2004. 27, P.676-681.

УДК

#### КРИТЕРИИ АДЕКВАТНОСТИ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

*Е.М. Мейрбеков, М.М. Батырханов, Д.С. Тугельбаев  
Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы*

#### ТҮЙІН

44 наукастың өкпесіне бір кезеңді операция барысында, аурулардың тыныс алу мүшелерінің жұмыс жағдайына байланысты, демалу көрсеткіштерін бөлек есептеуге негізделген жасанды өкпе желдететін тосілі клиникалық сараптан өткізілді. Нәтижеде, ұсынылған тәсіл бойынша жүргізілген ЖОЖ газ алмасу мен тыныс алу механикасының, әдеттегі тәсіл бойынша жасалатын ЖОЖ мен салыстырғанда аз өзгеретіндігі байқалды.

#### SUMMARY

In 44 patients during simultaneous operation on the lungs clinical trial was made using combined method of artificial lung ventilation (AL V), which was based on traditional ALV with parameters used which depends on functional condition of the respiratory organs of the patients and using a high frequency ventilation. It was found out that in patients who had such method of ventilation were not having obvious changes in gas exchange and mechanism of ventilation, such happened in commonly used ALV parameters.

Специфическими проблемами анестезии в торакальной хирургии следует считать рациональный выбор комбинации препаратов, позволяющих обеспечить адекватную защиту организма больного при хирургических манипуляциях в области высокорексфлексогенных зон плевры, корня легкого и адекватный газообмен при однологочной вентиляции, выбор метода интубации трахеи и бронхов и техники анестезии при однологочной вентиляции; предотвращение патологических бронхомоторных и легочно-сосудистых реакций, возникающих в связи с положением больного на операционном столе и травмой ткани легкого, выбор рациональной трансфузионной терапии, так как операции на легких часто сопровождаются значительной кровопотерей.

Таковы требования, предъявляемые к анестезии современной хирургией легких, выполнение которых позволит сохранить стабильность жизненно важных функций организма больного, обеспечить благоприятное течение послеоперационного периода и исход операций. Только в легочной хирургии предъявляются такие высокие требования к интубации трахеи и бронхов, которые должны обеспечивать надежную изоляцию здорового легкого от попадания в него патологического содержимого и создать оптимальные условия для удаления секрета, крови и т.д. При операциях на органах дыхания возникает необходимость выключения из вентиляции оперируемого легкого, периодического раздувания, подключения к вентиляции, а при вмешательствах на трахее и бронхах - возможность осуществления внутриранеовой интубации бронхов, обеспечения адекватного газообмена при открытом просвете трахеи и бронхов.

В торакальной хирургии режимы и способы искусственной вентиляции легких (ИВЛ) должны быть динамичны. При этом необходимо обеспечить адекватный газообмен в условиях вентиляции интактного легкого и коллапса оперируемого. Механические эффекты ИВЛ не должны усугублять нарушения гемодинамики в малом круге. Изменения характера кровотока через неентилируемое легкое предъявляют особые требования к режимам вентиляции контрлатерального легкого при боковом положении больного. С одной стороны, высокие концентации кислорода во вдыхаемой смеси вызывают вазодилатацию в нижнем легком и усиливают ипоксическую вазоконстрикцию в верхнем, а с другой - способствуют образованию участков резорбтивного ателектаза в вентилируемом легком.

**Материалы и методы** Разработан способ комбинированной ИВЛ, основанный на применении традиционной ИВЛ, но с индивидуально рассчитанными параметрами, в зависимости от механики вентиляции не допускающий подъема внутрилегочного давления для оперируемого легкого и с подключением высокочастотной ИВЛ для интактного левого, создающего положительное давление в конце выдоха.

Клинико-физиологические исследования проведены у больных, оперированных по поводу сочетанных поражений органов грудной и брюшной полостей.

№	Заболевания	Количество больных
1	Эхинококкоз правого, левого легких и эхинококкоз печени	7
2	Эхинококкоз легкого, печени, селезенки и забрюшинного пространства	23
3	Эхинококкоз обоих легких	14
	Всего:	44

Таблица 1. Распределение больных по характеру заболевания

Клинико-физиологические исследования проведены у 44 больных, оперированных по поводу сочетанных поражений органов грудной и брюшной полостей. На начальном этапе после вводного наркоза всем больным производили интубацию трахеи двухпросветной трубкой для разделения дыхательных каналов обоих легких. После укладки больных в боковое положение в канал интубационной трубки, ведущей в оперируемое легкое, подключалось традиционное ИВЛ с параметрами, рассчитанными по механике вентиляции, позволяющей осуществлять адекватный газоток и не допускать подъема внутрилегочного давления, а в канал ведущий в неоперируемое легкое вводился катетер для подачи высокочастотной газовой струи при рабочем давлении 0,3- 0,5 атм и частоте 100- 150 циклов в минуту.

При изучении изменений показателей механики вентиляции, гемодинамики малого круга кровообращения газов крови от условий операции, операционный период был разделен на 4 этапа: 1- интубация трахеи и поворот больного на бок, 2 период - после вскрытия грудной клетки, 3- основной момент, 4- конец операции.

Критериями адекватности газообмена служили показатели гемодинамики малого круга кровообращения, кислотно-основного состояния и механики искусственной вентиляции легких. Механику искусственной вентиляции легких определяли с помощью аппарата "Bear 1000, США" и "CAPNOMAC ULTIMA, Datex, Финляндия". Показатели кислотно-основного состояния определяли с помощью аппарата "Radiometer ABL-5, Copenhagen, 1000, США" и "CAPNOMAC ULTIMA, Datex, Финляндия". По полученным данным анализа артериальной и венозной крови рассчитывался легочный шунт.

Показатели	1 этап	2 этап	3 этап	4 этап
P внутрилегочное См вод. Ст.	9,3±1,3	8,2±1,9	9,3±1,2	9,1 ±0,9
R6p См. во д./л/с	5,9±1,7	5,7±1,1	6,5±1,9	5,8±2,0

POia Мм.рт.ст.	109,8±19,9	—	104,3±16,3	110±44.0
PCCha Мм.рт.ст.	34±5.6	—	37±6,9	37,3±5,4
Q мм.рт.ст	105,3±17,3		104,8±18,1	108.0±16,9
W %	18,4±7,1		19,1±9,1	20.2±7,4

Таблица 2 Интраоперационное изменение показателей механики ИВЛ и газообмена

P - внутрилегочное давление. R6p- бронхиальное сопротивление W-внутрилегочный шунт. O-альвеолярно-артериальный градиент по напряжению кислорода.

**Результаты исследования** отражают изменение показателей внутрилегочного давления и бронхиальной проходимости и адекватности газообмена. В результате коррекции дыхательного объема, объемной скорости потока газа в зависимости от показателей механики вентиляции, внутрилегочное давление и бронхиальное сопротивление удавалось удерживать на цифрах, близких к физиологической норме. Проведение ИВЛ с параметрами, постоянно корригируемыми на основе математического анализа показателей механики искусственной вентиляции легких пациента, позволяет значительно повысить адекватность газообмена, не нарушая гемодинамики малого круга кровообращения. Объясняется это тем, что создаваемое в дыхательных путях и альвеолах низкое давление не препятствует кровотоку, нормализует равномерность вентиляции альвеол. А отсутствие перераздражения барорецепторов паренхимы легкого при низком внутригрудном давлении и стимуляции мышц способствует более быстрому восстановлению самостоятельного дыхания после операции.

Высокочастотной принято называть ИВЛ, которую проводят с частотой более 1 Гц. Один из самых сложных вопросов патофизиологии высокочастотной ИВЛ - возможность обеспечения адекватного газообмена при вентиляции легких с высокой частотой и малыми дыхательными объемами. Можно полагать, что более эффективная артериальная оксигенация в подобных случаях может быть связана с формированием "внутреннего" ЕЕР, увеличения объема задержанного газа в легких и внутрилегочного давления, способствующего дополнительному раскрытию нефункционирующих альвеол и снижению тем самым внутрилегочного шунтирования крови.

**Выводы:** Таким образом, комбинированная ИВЛ создает более благоприятные условия как для газообмена, так и для гемодинамики малого круга кровообращения. Улучшается элиминация углекислого газа, увеличиваются вентиляционно-перфузионные отношения - они становятся немного больше единицы, что говорит о преобладании вентиляции над перфузией. За счет этого улучшается артериальная оксигенация, нормализуется микроциркуляция в легких. Следствием этого является снижение давления в легочной артерии и внутрилегочное шунтирование. За счет улучшения артериальной оксигенации и стабильных показателей гемодинамики увеличиваются транспорт и потребление кислорода. Комбинированная ИВЛ, сохраняя условия хирургического комфорта, обеспечивает на основном этапе операции постоянство параметров гомеостаза на уровне исходных значений и является единственной альтернативой, позволяющей не отказываться от хирургического лечения заболеваний легких у пациентов с высоким риском.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бунатян А.А., Выжигина М.А., Лукьянов М.В. Влияние традиционной и высокочастотной ИВЛ на легочную системную гемодинамику и циркуляцию в легких //Анестезиология и реаниматология. - 1993. - №5-С. 16-22.
2. Выжигина М.А , Пиляева И.Е., Мтиков В.М. и др Гемодинамические эффекты искусственной однопредельной вентиляции в торакальной хирургии //Анестезиология и реаниматология. -1985.- №5.- С. 16-20
3. Выжигина М. А , Гиммельфарб Г.И. Современные аспекты анестезии в хирургии легких. –Ташкент. Медицина, 1988.-207 с.
4. Зильбер А.П., Шурыгин И.А. Высокочастотная вентиляция легких.- Петрозаводск: ПГУ, 1993- 131 с.

УДК 612.433'664:63-07-08

#### ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Н.А. Сарыбаева, Н.Х. Аубакирова*

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

*Шымкентская городская поликлиника №2, г. Шымкент*

#### SUMMARY

The beginning of 70th years of XX century when the hormone of a forward share of a hypophysis - Protactinium for the first time has been allocated, it is possible to consider as the beginning of a new era in pharmacotherapy gynecologic and endokrinologic diseases.

## ТҮЙІН

XX ғасырдың 70 – ші жылдар басында, гипофиздің алдыңғы бөлігінің гормоны – пролактин (ПРЛ) анықталғаннан кейін гинекологиялық және эндокринологиялық аурулардың фармакотерапиясының жаңа дәуірі басталды деуге болады.

Проллактин дейтүвет на различных уровнях гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы; повышение его содержания приводит к формированию гипогонадизма с развитием олигоменореи, аменореи, ановуляторного бесплодия, галактореи и, как следствие этого, ряда других патологических состояний. С точки зрения практических врачей, гиперпролактинемия — это повышение секреции пролактина, обусловленное физиологическими изменениями или нарушением различных механизмов регуляции его продукции; сопровождающееся развитием заболеваний или патологических состояний организма. Нормальный уровень ПРЛ не должен превышать 500 мМЕ/л. К физиологическим состояниям, при которых уровень пролактина может значительно повышаться, относятся стрессовые ситуации, физические нагрузки, половой акт, прием пищи, беременность, лактация и др. В норме повышение уровня ПРЛ носит стойкий характер только при беременности и лактации, после завершения которых он возвращается к нормальным показателям. При стрессе, больших физических нагрузках, половом акте, приеме пищи подъем уровня гормона кратковременен — только во время действия указанных факторов. Кратковременное повышение содержания ПРЛ в крови наблюдается также у спортсменов, балерин, при повторяющихся стрессовых ситуациях, после нейроинфекций, осложненных родов и абортов.

Нейрогуморальная регуляция продукции ПРЛ имеет свои особенности, она отличается от регуляции продуцирования других тропных гормонов гипофиза. Доказано, что продукция ПРЛ находится под постоянным контролем пролакти-ингибирующего фактора (ПИФ) гипоталамуса, которым является биогенный амин дофамин, тормозящий секрецию ПРЛ клетками гипофиза. Секреция других тропных гормонов гипофиза, в частности фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ), контролируется посредством стимуляции со стороны гипоталамуса. Дофамин воздействует на специфические рецепторы клеток гипофиза, в которых секретируется ПРЛ, и тормозит их активность, снижая уровень ПРЛ до нормального. Таким образом, дофамин является основным фактором, регулирующим поддержание ПРЛ на нормальном уровне. Стимуляторами его секреции являются тиреотропный гормон (тиреолиберин), опиоидные пептиды, серотонин, но их действие является второстепенным по сравнению с ингибирующим влиянием дофамина. Синтез ПРЛ в пролактотрофах гипофиза происходит при участии ионов Са и цАМФ. Упрощенно схему регуляции секреции ПРЛ можно представить следующим образом (рис.1).

Стойкая гиперпролактинемия возникает в случаях недостаточности продукции дофамина в гипоталамусе, при поражении пролактотрофов гипофиза или в тех редких случаях, когда последние не чувствительны (рефрактерны) к действию дофамина. При гиперпролактинемии происходит торможение секреции яичниковых гормонов, что ведет к нарушению их функции в виде неполноценной лютеиновой фазы, ановуляции и ановуляторному бесплодию, которые сопровождаются олиго-, аменореей, галактореей. Следует отметить что примерно у 5-10% пациенток с умеренными значениями ПРЛ менструальный цикл остается регулярным, и овулятор-ные циклы чередуются с ановуляторными. Галакторея не является постоянным симптомом гиперпролактинемии, и выделения из молочных желез иногда остаются незамеченными больными. Из других симптомов гиперпролактинемии встречаются головные боли, нарушение жирового обмена и гирсутизм легкой степени. У женщин более старшего возраста гиперпролактинемия и длительный дефицит эстрогенов могут приводить к развитию остеопороза. Жалобы больных в основном обусловлены симптомами тех заболеваний или состояний, которые связаны с (или сопровождаются) повышением секреции ПРЛ.

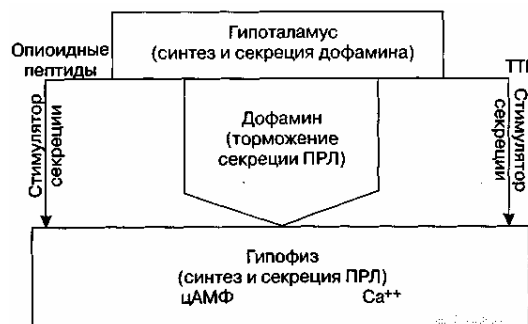


Рис.1. Схема регуляции секреции ПРЛ.

Основные заболевания или состояния, сопровождающиеся гиперпролактинемией. К ним относятся: макро- и микропролактиномы; дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы; гипотиреоз-болезнь Кушинга; акромегалия; синдром поликистозных яичников; радиационное воздействие; черепно-мозговая травма; прием некоторых фармакологических средств (транквилизаторов, резерпина, метоклопромида, опиатов эстрогенов и др.).

Таким образом, гиперпролактинемия может являться проявлением различных патологических состояний организма, но наиболее стойкие и часто встречающиеся ее формы обусловлены или органической патологией (чаще всего гипофиза), или функциональными нарушениями, когда выявить эту патологию не представляется возможным. По И.И.Дедову и Г.А.Мельниченко (1985), принято различать: 1) функциональную гиперпролактинемию (при нарушенном, реже - сохраненном ритме менструаций); 2) гиперпролактинемию, обусловленную органической патологией (макро-, микропролактиномы и др.).

Как часто в гинекологической практике встречаются те или иные формы гиперпролактинемии По нашим данным, основанным на детальном обследовании 85 пациенток с гиперпролактиновой аменореей, при повышенном уровне ПРЛ в большинстве случаев (75,3%) выявлялась функциональная гиперпролактинемия, в 16,5% - микропролактиномы, значительно реже (8,2%) - макропролактиномы гипофиза. Вместе с тем, выявление органической патологии гипоталамо-гипофизарной системы должно являться одной из главных диагностических задач при обследовании этого контингента больных.

Пролактиномы, по данным большинства авторов, являются доброкачественными опухолями, отличающимися медленным ростом. Однако при экстраселлярном их росте, разрушении костной ткани турецкого седла, сдавливании перекреста зрительных нервов, могут возникнуть нарушения полей зрения, головные боли в виду растяжения диафрагмы турецкого седла. Повышение секреции ПРЛ может быть симптомом и других опухолевых процессов в гипоталамо-гипофизарной системе (краниофарингиомы, кисты, саркомы и др.). С целью диагностики причины гиперпролактинемии используется комплекс различных методов исследования. Основными из них являются следующие: клинические; рентгенография черепа и турецкого седла; компьютерная томография, ЯМР; консультация окулиста, нейрохирурга, невропатолога (по показаниям); определение уровня ПРЛ, ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, ТТГ, трийодтиронина, тироксина в плазме крови; проведение функциональных проб (по показаниям); лапаро-, гистероскопия (по показаниям).

Клинический анализ жалоб больных, анамнестических данных, результатов предшествующей терапии позволяет врачу сориентироваться в состоянии конкретной больной, наметить основные этапы дополнительного обследования и в дальнейшем определить тактику ведения пациентки, как краткосрочную, так и долгосрочную. Результаты обзорной, профильной рентгенографии исследования черепа и турецкого седла дают возможность с той или иной степенью достоверности выявить (или исключить) наличие объемного образования. Те изменения, которые не позволяет обнаружить рентгенография, могут быть определены при помощи компьютерной томографии или ЯМР-исследования. Использование МР-томографов с применением контрастных веществ дает возможность определить микроаденомы малой величины. Но и этот метод исследования не всегда позволяет надеяться на выявление микроаденом размером менее 3 мм.

С целью верификации макро- и микроаденом больную следует проконсультировать у нейрохирурга, с которым необходимо определить совместную тактику ведения пациентки, особенно если у нее имеется макроаденома гипофиза, требующая в определенных случаях нейрохирургического вмешательства. Тактика ведения пациенток с микроаденомами благодаря последним достижениям фармакотерапии состоит в преимущественном применении агонистов дофамина. Определение уровня ПРЛ является решающим для постановки диагноза гиперпролактинемии. При этом однократное определение содержания гормона показательно при значениях, равных или превышающих 1000—1500 мМЕ/л, при более низких показателях необходимо 2—3-кратное взятие крови с интервалами в несколько дней. Для проведения дифференциальной диагностики между опухолевым процессом и функциональной (идиопатической) формой гиперпролактинемии предложено множество фармакологических проб, однако их диагностическая ценность весьма спорна. Они основаны на стимуляции или торможении секреции ПРЛ.

Проба с метоклопрамидом основана на стимуляции дофаминовых рецепторов. У пациентки берется кровь для определения ПРЛ, затем внутривенно вводится 10 мг метоклопрамида и через 30 и 45 мин производится повторный забор крови также для определения ПРЛ. Проба считается положительной при подъеме уровня ПРЛ во второй порции крови более чем на 50%. Это свидетельствует о функциональной гиперпролактинемии (пролактотрофы могут отвечать на стимуляцию препаратом). При отсутствии подъема — проба отрицательная, что с той или иной степенью достоверности свидетельствует об опухолевом процессе. Проба с парлоделом (бромкриптином) основана на блокаде дофаминовых рецепторов. У пациентки берется кровь для определения ПРЛ. Затем она принимает внутрь бромкриптин в дозе 5 мг. Через 2 часа повторно забирается кровь для исследования на содержание ПРЛ. Проба расценивается как положительная при снижении Уровня ПРЛ в 2 раза (функциональная гиперпролактинемия), как отрицательная — при отсутствии или незначительном снижении уровня ПРЛ (пролактинома). Предлагается много диагностических признаков для точной верификации причин гиперпролактинемии. В частности, нами (Прилепская В.Н., 1989) предложены следующие диагностические критерии двух форм гиперпролактинемии (табл.1)

Следует остановиться на проблеме гиперпролактинемии у больных с бесплодием и сохраненным ритмом менструаций. По данным Т.В.Овсянниковой и Е.И.Корнеевой (1995), для этих пациенток характерны уровень ПРЛ, никогда не превышающий 2500 мМЕ/л, и высокая частота гинекологических заболеваний (97,6%); эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза, поликистозные яичники. Это обуславливает необходимость проведения эндоскопического исследования и лечения данных заболеваний.

Диагностические критерии	Функциональная	Пролактинома
Длительность аменореи	Менее 1 года	Более 1 года
Наличие галактореи	Может не быть	Как правило, есть
Рентгенография черепа	Без патологии	Нередко признаки (или подозрение) опухоли гипофиза
Компьютерная томография	Без патологии	Признаки аденомы
Офтальмологическое исследование	Изменений нет	Возможное изменение периферических и цветных полей зрения
Концентрация ПРЛ	Менее 3000 мМЕ/л	Как правило, более 3000 мМЕ/л
Проба с бромокрип-тином (парлоделом)	Положительная	Отрицательная

. Таблица 1. Диагностические критерии двух форм гиперпролактинемии (Прилепская В.Н., 1989)

Работами последних лет показано, что гиперпролактинемия может быть связана с внегипофизарным синтезом ПРЛ, в частности, в эндометрии, эндометриодных гетеротопиях, в децидуальной ткани, коже и др.

Лечение гиперпролактинемии должно быть дифференцированным и зависит от конкретного заболевания или состояния, симптомом которого она является. Так, например, лечение гиперпролактинемии, обусловленной первичным гипотиреозом (синдром Ван Вика—Росса—Геннеса), должно проводиться врачом-эндокринологом, при этом используются тиреоидные гормоны. Если выявлена фармакологическая причина гиперпролактинемии, требуется отмена препаратов, могущих привести к повышению секреции ПРЛ. При опухолевом генезе заболевания вопрос о лечении в первую очередь, как уже было сказано, решает нейрохирург. При микропролактиномах - это, как правило, медикаментозная терапия, направленная на торможение роста пролактиномы и нормализацию уровня ПРЛ. Дальнейшая терапия преследует цель восстановления функции гипоталамо-гипофизарной системы и, при необходимости, - репродуктивной функции. С целью лечения органической формы гиперпролактинемии могут быть применены нейрохирургические, лучевые, медикаментозные методы или их сочетание. При функциональной гиперпролактинемии основной метод лечения — медикаментозный, направленный, в первую очередь, на снижение секреции ПРЛ, что приводит у большинства больных к нормализации функции высших отделов репродуктивной системы и функции яичников. Режим медикаментозной терапии зависит от динамики уровня ПРЛ, наличия сопутствующего бесплодия, эффективности лечения, приемлемости лекарственных средств. Лечение больных с гиперпролактинемией посвящено большое число исследований, и прогресс в этом направлении является бесспорным. Основными фармакологическими средствами, применяемыми с этой целью, являются препараты - аналоги дофамина. Несмотря на большое количество различных средств, так называемым «золотым стандартом» остается бромокриптин.

Бромокриптин — производное алкалоидов спорыньи, специфический агонист D<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов гипоталамуса, обладает способностью тормозить секрецию ПРЛ и СТГ, несколько влияя и на синтез ФСГ и ЛГ. Кроме того, препарат оказывает цитостатическое действие на опухолевую ткань. Бромокриптин нашел широкое применение в гинекологической, эндокринологической, неврологической, нейрохирургической практике, часто являясь альтернативой хирургическим и радиологическим методам лечения пролактином гипофиза, которые нередко приводили к осложнениям и гипо-питуитаризму. Не только микро-, но и в определенных случаях макропролактиномы подлежат лечению агонистами дофамина. Р.Я.Снигерев (1987), пролечив бромокриптином 180 больных с пролактиномой, показала, что эффективность такого лечения составила 90%. При функциональной гипер-пролактинемии и бесплодии препарат эффективен у 80% больных (Овсянникова Т.В., 1997).

Предложено много схем лечения бромокриптином, но наиболее популярна в настоящее время непрерывная схема терапии, начинающейся назначением малых доз препарата, с постепенным их увеличением с целью снижения числа побочных реакций. При функциональной гиперпролактинемии лечение начинается с дозы 1,25 мг в сутки с постепенным увеличением ее до 5 мг. Усредненный курс лечения - от 1 до 4 месяцев. При микропро-лактиномах суточная доза увеличивается до 7,5 мг, при макропролактиномах — до 10 мг. Курс лечения от 4 месяцев до 1 года. Основными противопоказаниями к приему бромокриптина являются тяжелые формы сердечно-сосудистых заболеваний, эндогенные психозы, гестозы в анамнезе, гипотензия. В последние годы синтезирован ряд аналогов бромокриптина.

Бромокриптин LAR — пролонгированная форма для внутримышечного введения 1 раз в месяц. В основном используется при лечении аденом, преимущественно в нейрохирургической и эндокринологической практике. Абергин (отечественный препарат) - применяется в виде таблеток по 1 таблетке 3 раза в день под контролем уровня ПРЛ; данные об его эффективности немногочисленны. Лизурид, метерголин - менее эффективны, чем бромо-криптин. Их действие реализуется через серотониновые рецепторы. Как правило, их применение эффективно в случаях резистентности к бромокриптину. Квинаголид (норпролак) - не относится к производным спорыньи, агонист В<sub>2</sub>-дофаминовых рецепторов, обладает пролонгированным действием. Схема применения: первые 3 дня — 25 мкг, затем в течение 3 дней — по 50 мкг, далее — по 75 мкг. Максимальная доза - 300 мкг/сут. Противопоказан при нарушении функции печени и почек. Достижением последних лет

явилось внедрение в клиническую практику препарата достинекс. Он - высокоселективный агонист дофаминовых рецепторов. Эффективен при резистентности к другим препаратам. Весьма важными его свойствами являются быстрая абсорбция, медленная экскреция и хорошая переносимость. Ингибирующий эффект препарата на секрецию ПРЛ сохраняется в течение 2 недель. Схема применения: по 1 таблетке 1-2 раза в неделю в течение 6-12 месяцев. Препарат эффективен при пролактиномах, акромегалии, для подавления лактации он считается препаратом выбора. Однако данные о частоте наступления беременности при его применении немногочисленны.

Описаны случаи тератогенного действия достинекса, поэтому следует на фоне его приема рекомендовать контрацепцию; беременность допустима не ранее, чем через 1 месяц после окончания терапии. В некоторых случаях, несмотря на нормализацию секреции ПРЛ, сохраняется ановуляция или неполноценная лютеиновая фаза цикла, и беременность не наступает. В таких ситуациях целесообразно применение кломифена и его аналогов по традиционной схеме (с 5-го по 9-й день цикла по 1-2 таблетке в день) в течение 3-4 месяцев на фоне малых доз (1/2 таблетки) бромокриптина под контролем тестов функциональной диагностики. В заключение хотелось бы обратить внимание клиницистов на необходимость индивидуального подхода к ведению больных с гиперпролактинемией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедия лекарств, 2003г.2. Справочник "Видадь", 2004г,
2. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 413-25.
3. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from <http://www.who.int/whr/2002>.
4. Ustun TB, Sartorius N. (Eds.) Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester:Wiley, 1995.

УДК: 618.1: 615.282

#### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*С.И. Сеитова*

*Родильное отделение ЦРБ, Ордабасинский район ЮКО*

#### ТҮЙІН

Әйел адамдардың кандидозды вульвовагинит мәселелері көрсетілген. Әр түрлі рецидивті формаларын емдеуге флюконазол препаратының қолданылуы және клинико-лабораторлық варианттары талқыланады.

#### SUMMARY

The paper presents data on the problem of Candida vulvovaginitis in women. It discusses the variants of clinical and laboratory manifestations of the disease and the modes of clinical use of fluconazole in the treatment of various variants of its recurrent forms.

Заселению половых путей женщины чужеродными микроорганизмами препятствует ряд факторов, к которым обычно причисляют конкуренцию с резидентной микрофлорой, слушивание плоского эпителия, кислую и богатую лактатом среду. Сравнительно недавно в качестве барьера в данном локусе стали упоминать антимикробные пептиды, продуцируемые полиморфно-ядерными нейтрофилами и клетками эпителия [1]. В структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища частота кандидозного вульвовагинита в последние годы составляет 30-45%. Он занимает 2-е место среди всех инфекций влагалища и является одной из наиболее распространенных причин обращения женщин за медицинской помощью акушер-гинекологу. Во время беременности распространенность этой инфекции достигает 40-46%. Основным предрасполагающим фактором появления кандидозного вульвовагинита является назначение антибиотиков широкого спектра действия, которые подавляют не только патогенные бактерии, но и находящиеся во влагалище лактобациллы, являющиеся физиологическими антагонистами дрожжеподобных грибов. В результате сдвига pH содержимого влагалища в сторону щелочной реакции процесс самоочищения влагалища нарушается. Кроме того, Candida обладают способностью использовать антибиотики в качестве источников питания. При этом создаются благоприятные условия для активного размножения Candida в половых органах женщины.

Известен также факт развития кандидозного вульвовагинита во время беременности, что связано с изменениями гормонального баланса. Наибольшая степень колонизации отмечается в последнем триместре и у первородящих женщин. Развитию кандидозного вульвовагинита способствует ношение белья из синтетических тканей, плотно облегающего тело, в результате чего создается микроклимат с повышенной влажностью и температурой. Это приводит к мацерации рогового слоя кожи, возникновению термостатных условий для



развития местной микрофлоры, в том числе и кишечной, где среди грибов доля *C. albicans* составляет свыше 95% [2]. Вирулентность последней в условиях повышенной влажности (потливости) увеличивается.

В настоящее время различают три клинические формы кандидозного вульвовагинита: кандидоносительство, а также острую и хроническую формы. Для генитального кандидоза характерны обильные или умеренные творожистые выделения из влагалища, зуд и жжение в области наружных половых органов, усиление зуда во второй половине дня, во время сна, после водных процедур, полового акта, длительной ходьбы, во время менструации. Ведущая роль в диагностике наряду с клиническими симптомами принадлежит микробиологическим методам исследования (микроскопия мазков вагинального отделяемого и культуральный метод исследования). Существуют методы экспресс-диагностики, которые в минимально короткие сроки с довольно высокой точностью позволяют выявить штаммы гриба при помощи готовых тест-систем с благоприятными средами для роста грибов. В зависимости от концентрации дрожжеподобных грибов рода *Candida* и характера сопутствующей микрофлоры выделяют три формы *Candida*-инфекции влагалища: бессимптомное носительство, истинный кандидоз (высокая концентрация грибов сочетается с высокой концентрацией лактобацилл), сочетанная форма бактериального вагиноза с кандидозным вульвовагинитом (грибы вегетируют при подавляющем преобладании облигатных анаэробов). Такая нозологическая дифференциация целесообразна с точки зрения выбора рациональной этиотропной терапии. Основной целью лечения кандидозного вульвовагинита является эрадикация возбудителя. В соответствии с классификацией Л.С. Страчунского (1994) в настоящее время используются противогрибковые препараты полиенового ряда (натамицин, нистатин, леворин, амфотерицин В), имидазолового ряда (кетоназол, омконазол, клотримазол, миконазол), триазолового ряда (флуконазол, итраконазол) и прочие (гризеофульвин, флукитзин, нитрофунгин, декамин, препараты йода). Обычно излечение наступает благодаря местному применению препаратов. Но нередко традиционная интравагинальная терапия оказывается нерегулярной и сопряжена с такими побочными эффектами, как раздражение и чувство жжения во влагалище, учащенное мочеиспускание.

Общей рекомендацией при лечении осложненных форм кандидозного вульвовагинита является удлинение терапевтической схемы (увеличение продолжительности лечения, при назначении препаратов для системного воздействия рекомендуется повторный прием той же дозы через неделю при однократном введении и т.д.). Таким образом, для уменьшения вероятности развития рецидивов врач должен всегда применять системный подход к диагностике и лечению заболевания с воздействием одновременно как на возбудитель, так и на все возможные резервуары дрожжеподобных грибов. Учитывая, что беременность является основным предрасполагающим фактором развития кандидозного вульвовагинита, особую проблему представляет его лечение при этом состоянии. Главным требованием в данной ситуации является безопасность лечения. Предпочтение следует отдавать местному лечению. Из существующего арсенала антимикотиков широкое применение в лечении кандидозного вульвовагинита нашли препараты, относящиеся к новому классу триазольных соединений и содержащие в своем составе флуконазол. К препаратам этой группы относятся дифлюкан (фирма «Пфайзер»).

Флуконазол (дифлюкан) в дозе 150 мг высокоактивен в отношении *C. Albicans*. Резистентны к этому препарату или имеют промежуточную чувствительность лишь около 3-5% штаммов. Препарат угнетает синтез стеролов, оказывает высокоспецифичное действие на ферменты, зависящие от цитохрома Р-450, в результате чего ингибируется рост грибов. После приема внутрь флуконазол хорошо всасывается. Концентрация в плазме достигает пика через 0,5-1,5 ч после приема натощак, период полувыведения флуконазола составляет около 30 ч. Флуконазол хорошо проникает во все биологические жидкостные организмы, в ткани репродуктивной системы в количестве, сопоставимом с его содержанием в сыворотке крови. Препарат попадает в ткани женской репродуктивной системы в количестве, достаточном для лечения не только системных грибковых инфекций, но и кандидозного вульвовагинита. Выводится флуконазол в основном почками (80% введенной дозы выводится с мочой в неизменном виде). В отличие от других антимикотических препаратов флуконазол избирательно действует на клетку гриба, не оказывает влияния на метаболизм гормонов, не изменяет концентрации стероидов в крови женщин. Длительный период полувыведения из плазмы (30 ч) позволяет практиковать при вагинальном кандидозе однократное назначение препарата. Эффективность увеличивается при лечении кандидозного вульвовагинита примерно на 10-12% после двукратного применения флуконазола (одна доза 150 мг 1 раз в неделю в течение 2 нед) по сравнению с однократным приемом [3]. Важным аспектом применения капсул флуконазола является профилактика кандидоза при длительной антибиотикотерапии. В этом случае достаточно назначения по 150 мг в неделю до окончания курса антибактериальной терапии. Применение флуконазола у беременных и кормящих женщин для лечения кандидозного вульвовагинита нецелесообразно в связи с возможным риском для плода. Трудности в лечении кандидозного вульвовагинита связаны с тем, что кандидоз представляет собой не заболевание, передаваемое половым путем, а маркер неблагополучия в организме женщин, что обуславливает проведение коррекции состояний, приводящих к развитию кандидоза.

Таким образом, на современном этапе схемы лечения кандидозного вульвовагинита должны носить комплексный характер с учетом тяжести клинического течения и наличия сопутствующей инфекции, что позволит снизить частоту и рецидивы развития данного заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Карапетян Т.Е., Арзуманян В.Г. Бактериальный вагиноз и местная антимикробная активность у беременных. Акушерство и гинекология. – 2010. - № 1. – С.57-59.
2. Байрамова Г.Р. // Гинекология. – 20001. – Т.3, № 6. – С.212-214.
3. Mikamo H., Kawazoe K. // Antimicrob. Agents Chemother/ - 1999.-Vol.43, № 1.-P. 148-151.

УДК 616.12- 008: 616.379- 008.64

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ - ФАКТОР РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХСН

Б. А. Шортанбаева

ФАО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф» - «Жамбылская железнодорожная больница», г. Тараз

## ТҮЙІН

Бақыланған науқастардың арасында 6% созылмалы жүрек жетіспеушілігі статистикаға сәйкес анықталды. Қант диабеті бар науқастар 26% құрады. Әйелдер арасында қант диабетімен ауырғандар көбінесе созылмалы жүрек жетіспеушілігіне тап болады (68,5%).

## SUMMARY

Amongst sick in branch beside 6% were noted signs chronic heartily insufficiency that corresponds to the statistical data. The Sick sugar diabetes has formed 26% that corresponds to profile branches. The Womans suffering SD have formed the most sick with phenomenas chronic heartily insufficiency.

**Введение:** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – заболевание, характеризующееся нарушениями гемодинамики, которые ведут к патологическим изменениям как в самом сердце и сосудах, так и в других органах и системах и сопровождаются расстройствами, ограничивающими жизненную активность больного. Распространенность ХСН в России составляет 5,5% (исследование ЭПОХА-ХСН) и отличается крайне неблагоприятным прогнозом. ХСН является частым осложнением артериальной гипертензии и ИБС. [ 1 ] Но немаловажен тот факт, что к факторам риска развития является сахарный диабет.

Сахарный диабет (СД) — одно из самых распространенных в развитых странах заболеваний. Распространенность СД среди населения различных стран колеблется от 2 до 4%. Число больных СД 2-го типа в 2000 году составило около 147 млн. человек, а прогнозы к 2010 году были до 215 млн. человек. На основании эпидемиологических исследований, проводимых в мире, можно утверждать, что представленные цифры, касающиеся распространенности СД 2-го типа, занижены: минимум треть больных СД не подозревают о наличии у них заболевания и не получают адекватной терапии. [ 2 ] Этот факт представляет собой серьезную медико-социальную проблему и требует обязательного проведения скрининга населения в целях выявления нарушений углеводного обмена, особенно в группе риска (артериальная гипертензия, ХСН, избыточная масса тела, высокий индекс отношения окружности талии к бедрам). Около 75% больных сахарным диабетом хронически пребывают в состоянии декомпенсации, что ускоряет темпы развития, а также прогрессирующего макро- и микрососудистых осложнений, приводящих к снижению качества жизни, преждевременной инвалидизации и смерти пациентов. Смертность в 80% случаев обусловлена диабетическими осложнениями, в 1% случаев от самого СД. [ 3-4 ]

**Материалы и методы исследования:** Целью данного исследования явилось определение частоты развития ХСН у больных сахарным диабетом. В 2009 году в нашем терапевтическом отделении на 50 коек, их них 16 эндокринологических, было пролечено 575 больных, из них 153 больных с диагнозом сахарного диабета, что составило 26%, что соответствует профилю отделения. Среди больных СД у 35 больных отмечались признаки ХСН, что составило 6% от общего числа всех больных, пролеченных в отделении (соответствует статистическим данным).

**Результаты и их обсуждение:** Среди 35 больных страдающих СД с признаками ХСН женщины составили 24 человек (68,5%), мужчины 11 человек (31,5%). Возраст пациентов в среднем составил 54, 7± 12, 3 лет. Результаты исследования показали, что лица женского пола чаще болели СД. Женщины также чаще страдали ожирением, ИМТ 35±3кг/м<sup>2</sup>, у мужчин 28,5±4,6 кг/м<sup>2</sup>. Артериальной гипертензией тоже чаще страдали женщины. Из 26 пациентов страдающих гипертензией 18 человек женщины, из них АГ II степени у 11 человек, АГ III степени у 7 пациенток. Для определения степени тяжести ХСН на основании шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) по В.Ю. Марееву такие симптомы как одышка, сердцебиения, утомляемость установлены у всех больных с признаками ХСН. [ 1 ] Вынужденное положение в постели принимали 79% женщин и 49,1% мужчин. Влажные хрипы в легких у мужчин отмечены в 26, 5%, у женщин 31% случаев. Отеки на нижних конечностях появлялись у женщин в 53%, у мужчин 34,7%. Увеличение печени до 4-5см обнаружена у 5 женщин и 2 мужчин. На основании полученных данных мы убедились, что в силу конституциональных особенностей и сопутствующей артериальной гипертензии симптомы ХСН более выражены у женщин.

**Выводы:** Среди больных пролеченных в отделении у 6% отмечались признаки ХСН, что соответствует статистическим данным. Больные сахарным диабетом составили 26%, что соответствует профильности отделения. Женщины, страдающие СД, составили большую часть больных с явлениями ХСН (68,5%).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.Н.Беленков, В.Ю.Мареев «Методы оценки тяжести ХСН и оценки результатов лечения» 2002 г.
2. Ахметов А.С., Грановская-Цветкова А.М., Казей Н.С. Инсулиннезависимый сахарный диабет: основы патогенеза и терапии. – Москва, 1995.
3. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Руководство в 3-х томах, 1998г.
4. Справочник практического врача, 1 том, Издательство «Медицина», 2000г.

УДК 6167127- 005.4: 616.12- 008.331.1- 08: 615.217.24

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Г.Б. Калдыбаева*

*Жамбылская областная больница, г. Тараз*

#### ТҮЙІН

$\beta$ -адреноблокаторлар ишемиялық жүрек ауруын емдеу барысында аурусыздандыру әсерін дәлелдеді, тіл астына пайдаланатын нитроглицерин қажеттілігін азайтты. Жәніл және орта дәрежелі гипертензияда гипотензивті әсері анықталды және созылмалы жүрек жетіспеушілігінің симптомын бәсеңдетеді.

#### SUMMARY

$\beta$ -adrenergic antagonist at treatment elderly sick ischemia disease heart possesses the clinical significant antianginosus by effect, realistically reducing amount fit to angina pectoris's and need for sublanguage nitroglycerine and raising threshold tolerance to physical load.

$\beta$ -adrenergic antagonist possesses the hypotension by effect beside sick soft and moderate arterial hypertension and cause the improvement clinical symptom to warmhearted insufficiency.

**Введение:** В настоящее время  $\beta$ -адреноблокаторы являются препаратами выбора при артериальной гипертензии.  $\beta$ -адреноблокаторы применяются у всех больных ИБС (при отсутствии противопоказаний) с целью антиангинального эффекта, снижения риска развития инфаркта миокарда при нестабильной стенокардии, а в случае развившегося инфаркта уменьшения зоны некроза и риска фибрилляции желудочков, предупреждения внезапной смерти после перенесенного инфаркта миокарда. Актуальны вопросы целесообразности и обоснованности применения  $\beta$ -адреноблокаторов для нейрогуморальной разгрузки у больных с ХСН. [ 1 ] Как было доказано многочисленными исследованиями  $\beta$ -адреноблокаторы не просто снижают действие катехоламинов на сердце и периферические сосуды, но и вызывают целую гамму разнообразных эффектов: уменьшение, частоты сердечных сокращений, снижение потребления миокардом кислорода, противоаритмическое и антифибрилляторное действие, восстановление плотности и чувствительности  $\beta$ -адренорецепторов, нормализация барорецепторов, улучшение диастолической функции левого желудочка, блокада нейрогуморальных систем, играющих ведущую роль патогенезе ХСН, снижение токсического влияния катехоламинов на миокард. В настоящее время  $\beta$ -адреноблокаторы при отсутствии противопоказаний рекомендуется всем пациентам с систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса меньше 40%). Мета-анализ 16-ти рандомизированных исследований и целый ряд научных обзоров убедительно свидетельствует, что  $\beta$ -адреноблокаторы снижают смертность при ХСН, существенно улучшают отдаленный прогноз и повышают качество жизни больных. [ 2 ]

**Материалы и методы исследования:** Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности  $\beta$ -адреноблокаторов при лечении ишемической болезни сердца на фоне артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Обследовано 18 больных пожилого возраста, среди них 11 женщин и 7 мужчин, страдающих ИБС. Средний возраст больных составил  $68,5 \pm 5,4$  года. У 4-х больных диагностировано стенокардия напряжения II ФК, у 10 больных – стенокардия III ФК. Артериальная гипертензия диагностирована у 14 больных. Недостаточность кровообращения (по NYHA) I стадия выявлена у 10 больных; II стадия у 8 больных.  $\beta$ -адреноблокаторы (метопролол, бисопролол, небиволол) назначались в дозах с учетом индивидуальной чувствительности пациентов и клинического течения заболевания. Курс терапии составил 2 месяца.

**Результаты и их обсуждение:** Результаты исследования показали, что в течение недели лечения  $\beta$ -адреноблокаторами по сравнению до приема снизилось количество приступов стенокардии на 50% у 85% больных и уменьшилось потребность в сублингвальном нитроглицерине. Выраженность антиангинального

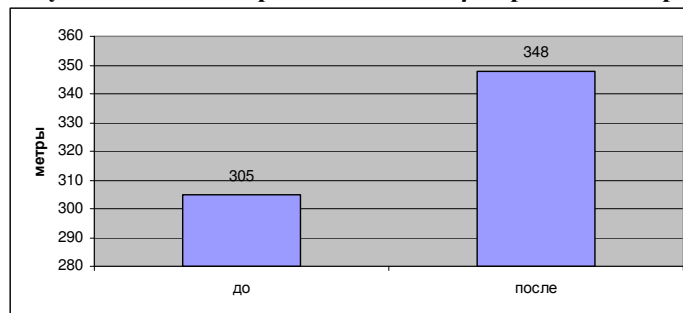
эффекта препаратов имела тенденцию к увеличению, и к 3-й недели терапии эти показатели увеличились и составили 11 больных, приступы уменьшились на 85%.

Прием  $\beta$ -адреноблокаторов повышал порог толерантности к физической нагрузке. Таким образом,  $\beta$ -адреноблокаторы обладают антиангинальным эффектом у больных со стенокардией напряжения ФК I – III. Антигипертензивный эффект препаратов был выявлен уже к четвертому-пятому дню терапии. Лечение  $\beta$ -адреноблокаторами в индивидуально подобранных дозах зависимости от клинической ситуации дало результат. К 4-й недели АД значительно снизилось в среднем от 170/90 мм.рт.ст. до 135/90 мм.рт.ст. Реакция АД на лечение была одинаковой во всех возрастных группах. Переносимость использованных лекарств была «хорошей» у 98% больных. Таким образом,  $\beta$ -адреноблокаторы обладают гипотензивным эффектом у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией. Оценка эффективности лечения  $\beta$ -адреноблокаторами сердечной недостаточности проводилось путем исследований показаний теста шестиминутной ходьбы. Для проведения этого теста необходимо измерить длину коридора, нанеся отметки с интервалом 1-2 метра и иметь часы с секундной стрелкой. Пациенту предлагается ходить по коридору, в течение 6 минут, пытаясь преодолеть максимальную дистанцию. Время на вынужденный отдых входит в отведенные 6 минут. В итоге врач получает информацию о функциональных возможностях пациента. [ 3 ] Оценивая физические способности больного в процессе наблюдения и лечения, врач получает возможность определить динамику его состояния.

В практической деятельности рекомендуют пользоваться следующими критериями соответствия ФК ХСН и дистанции шестиминутной ходьбы [ 4 ], представленными в таблице

Выраженность ХСН	Дистанция 6-минутной ходьбы (м)
Нет ХСН	$\geq 551$ м
I ФК ХСН	426-550 м
II ФК ХСН	301-425 м
III ФК ХСН	151-300 м
IV ФК ХСН	$\leq 150$ м

Динамика дистанции 6-минутной ходьбы в процессе лечения  $\beta$ -адреноблокаторами в течение месяца



Представленные данные показывают прирост дистанции ходьбы на 43 метра (12,4 %), что подтверждает клиническую эффективность  $\beta$ -адреноблокаторов в лечении ХСН. Результаты проведенного исследования показали, что прием  $\beta$ -адреноблокаторов к 3-й неделе вызвал улучшение клинических симптомов сердечной недостаточности у 70 % больных.

**Выводы:**  $\beta$ -адреноблокаторы при лечении пожилых больных ИБС обладает клинически значимым антиангинальным эффектом, достоверно снижая количество приступов стенокардии и потребность в сублингвальном нитроглицерине и повышая порог толерантности к физической нагрузке.  $\beta$ -адреноблокаторы обладает гипотензивным эффектом у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией и вызывают улучшение клинических симптомов сердечной недостаточности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А.К.Джусипов, В.Ш.Атарбаева, К.К.Айдарханова «Классификация хронической сердечной недостаточности» 2003 г.
2. Janssens W.J. et al. Animal pharmacology of NEBIVOLOL. Drug INVEST J991;3:Suppl. 1:13-24.
3. А.Л.Верткин, А.В.Тополянский, С.В.Зиц, О.Б.Талибов «Применение  $\beta$ - адреноблокатора Конкора в кардиологии» 2003 г.
4. Ю.Н.Беленков, В.Ю.Мареев «Методы оценки тяжести ХСН и оценки результатов лечения» 2002 г.

УДК: 616.075: 616-053:616.8

#### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕДСТВИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Э.Т. Накипбекова

Центральная районная больница, ЮКО, Ордабасинский район

## ТҮЙІН

Орталық жүйке жүйесінің гипоксиялық перинатальді зақымдалған 102 шала туылған балаларда комплекстік сәулелік зерттеу жүргізгеннен кейін, бас миының структуралық өзгерістер негізінде, балалардың церебральді паралич дамитын жоғарғы қауіп тобы (n=12) анықталды. Осы балаларда ЭЭГ жүргізгенде бас миының биоэлектрлік активтілігінің жағымсыз паттерндері анықталды. Балалардың церебральді паралич (БЦП) дамуының патологиялық клиникалық симптомдары өмірінің екінші жартысында дамыса, ол диагноз 1 жасқа толғанда қойылды. Осы өзгерістерді шала туылған балаларда ерте анықтау үшін, бас миының комплексті, нейровизуализация әдістерін қосып зерттеу қажет – нейросонография, компьютерлік томография, бас миының магнитті-резонансті томографиясы және ЭЭГ. Жоғары қауіп тобындағы БЦП балаларда анықтау болашақта алғашқы сатыларында комплекстік нейрореабилитация жүргізуге мүмкіншілік береді.

## SUMMARY

Complex X-ray examination was performed in 102 preterm neonates with hypoxic perinatal central nervous system lesion. Risk group of pediatric cerebral palsy CP (n=12) was selected on the base of early brain structural changes detection. EEG in these children showed unfavorable patterns of brain electric activity. Pathological clinical signs of CP forming appeared only after 6 months of life, and CH was diagnosed only in the age 12 months. This fact determines the necessity of more early determination of neonates from CH risk group by complex examination including neurovisualization methods: neurosonography, computer tomography and EEG. Early detection of CH risk group will permit early beginning of complex neurorehabilitation.

Церебральная ишемия у новорожденных детей наблюдается в 15-30% случаев, а у недоношенных детей могут составлять около 40% ,а у недоношенных детей могут составлять около 40% [1, 2]. Это определяет актуальность изучаемой проблемы, так как в дальнейшем эти поражения могут приводить к таким заболеваниям, такие как детские церебральные параличи (ДЦП), симптоматические формы эпилепсии, органические формы слабоумия, минимальные мозговые дисфункции и др. [3, 4]. Детский церебральный паралич (ДЦП), как пишут Л.М. Шипицина и И.И. Мамайчук [5], «объединяет ряд синдромов, которые возникают в связи с повреждением мозга». При этом заболевании наиболее четко выражены в раннем детском возрасте двигательные нарушения, а поражения других функциональных систем выражены слабее, и их последствия нередко отодвинуты во времени. Как следствие задержки развития отдельных психических функций происходит нарушение социализации ребенка по разным направлениям – снижение способности к обучению, общению, деятельности и др. Ранние признаки нарушения социализации также присутствуют в общей картине нарушений и недоразвития у ребенка до 3 лет. Без оказания помощи ребенку имеющийся у него комплекс нарушений приводит к инвалидности.

На сегодняшний день разработаны и внедрены в клиническую практику эффективные методы ранней диагностики поражений головного мозга у плодов и новорожденных, в первую очередь это методы нейровизуализации (нейросонография – НСГ, компьютерная томография – КТ и магнитно-резонансная томография - МРТ), позволяющие в самые ранние сроки выявлять структурные изменения в головном мозге, которые могут быть причиной различных форм неврологической патологии, в т.ч. отдельных форм ДЦП [6]. Однако, учитывая анатомо-физиологические особенности развития нервной системы недоношенных детей в постнатальном периоде, клинические симптомы формирования неврологической патологии начинают проявляться лишь во втором полугодии жизни [7]. Это обуславливает необходимость создания комплексной системы ранней диагностики неврологической патологии, в первую очередь для выявления группы риска по развитию ДЦП, основываясь не только на данных этапного лучевого исследования головного мозга и клинических показателях психомоторного развития, но и изучении показателей биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга в первые месяцы жизни, получаемых при помощи электроэнцефалографии (ЭЭГ) [8].

Целью настоящего исследования явилось разработка комплексного подхода для ранней диагностики неблагоприятных исходов перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей на основе клинических показателей, этапного использования методов нейровизуализации, изучения становления БЭА головного мозга с помощью ЭЭГ.

**Материалы и методы исследования.** Наблюдали 102 недоношенных детей (общая группа), перенесших церебральную ишемию в перинатальном периоде, из них 12 составили группу риска по формированию ДЦП. Исследование носило проспективно-ретроспективный характер (начиная с неонатального периода). Основной причиной формирования ДЦП во всех случаях явилась церебральная гипоксия-ишемия средней и тяжелой степени. Для верификации диагноза перинатальной церебральной гипоксии-ишемии использовали следующие данные: анамнез (течение беременности и родов, особенности неонатального периода), динамика неврологического статуса с объективизацией мышечно-постурального тонуса и рефлексов. У всех больных проводили динамическую НСГ, а после формирования группы риска по ДЦП (n=12), кроме НСГ, у 5-ти проведена КТ головного мозга. У 10 пациентов группы риска по формированию ДЦП на этапе пребывания в отделениях выхаживания и после выписки из стационара в возрасте от зачатия 36-40 нед. и 44 нед. (скорректированный возраст) проводили ЭЭГ-исследование. ЭЭГ регистрировали в режиме мониторинга физиологического дневного сна. Продолжительность записи составила от 25 до 54 мин.

**Результаты и обсуждение.** Все обследованные дети родились недоношенными, гестационный возраст варьировал от 29 до 36 нед., средняя масса тела при рождении составила 2100 г. Во всех случаях отмечен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матерей по хронической гипоксии. В остром периоде (первые 28 дней постнатальной жизни) клиническая картина синдрома угнетения ЦНС характеризовалась снижением спонтанной двигательной активности, мышечной гипотонией, снижением рефлексов орального и спинального автоматизма, угнетением сухожильных рефлексов. У 6 (50%) новорожденных групп риска отмечались неонатальные судороги, в то же время в остальной группе (n=72) их частота составила около 10% (7 детей). В связи с общей тяжестью состояния наличием синдрома угнетения ЦНС и синдрома дыхательных расстройств у 5 новорожденных групп риска (41%) проводилась искусственная вентиляция легких продолжительностью от 5 до 18 дней.

В восстановительном периоде (с 29-го дня постнатальной жизни) на фоне постепенного восстановления рефлексов орального автоматизма сохранялось снижение мышечного тонуса и объема спонтанных движений, оставались сниженными рефлексы спинального автоматизма и сухожильные рефлексы, наблюдался также низкий уровень психоэмоциональных реакций. При проведении комплексной этапной лучевой диагностики, начиная с неонатального периода, в головном мозге у всех детей группы риска выявлены структурные изменения диффузного и очагового характера. К наиболее частым структурным изменениям головного мозга, определяющим неблагоприятные исходы по формированию ДЦП, относились следующие: перивентрикулярная лейкомаляция и диффузные гипоксически-ишемические поражения (мультикистозная лейкомаляция), неблагоприятным исходом которых явились атрофические изменения головного мозга.

В табл.1 представлено соотношение типов ЭЭГ у 10 детей в скоррегированном возрасте от зачатия 36-40 нед. и 44 нед. с гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС и угрозой формирования ДЦП и исходов к концу 1-го года жизни. Среди этих обследованных детей у 7 сформировалась спастическая форма ДЦП.

Исходы в возрасте 12 месяцев	Исходы, предсказанные по данным ЭЭГ в возрасте 1-го месяца		
	III тип ЭЭГ-паттерна	IV тип ЭЭГ-паттерна	V тип ЭЭГ-паттерна
ПМР-норма	0	0	0
ПМР-норма, судороги	1	1	0
ДЦП	1	4	1
ДЦП, судороги	0	2	3

**Таблица 1** Соотношение исходов перинатальных поражений ЦНС с типом ЭЭГ-паттерна сна в скоррегированном возрасте 36-44 недели

Как следует из представленных данных, у всех детей с ЭЭГ V типа к концу 1-го года жизни имела место клиника различных форм ДЦП в сочетании с судорогами или без таковых. У всех с IV типом ЭЭГ также в подавляющем большинстве случаев имел место неблагоприятный исход перинатального поражения ЦНС. При динамическом клиническом наблюдении у всех детей группы риска по формированию ДЦП до 3-4-месячного возраста не отмечали выраженной спастичности в конечностях, а одними из первых клинических симптомов со 2-го месяца были повышение тонуса в мышцах-разгибателях спины и шеи при положении ребенка на спине и животе, а также отсутствие контроля за положением головы в вертикальной позиции. При вертикализации туловища мышечный тонус оставался низким. На 3-4-м месяце активировались рефлексы: ассиметрично-шейно-тонический (АШТР) и симметрично-шейно-тонический (СШТР), а также рефлексы орального автоматизма, что нарушало формирование как модулированного гуления, так и начального лепета. В возрасте 3-4 месяцев при вертикализации у детей стали появляться опора на пальцы стоп, постепенное повышение тонуса в мышцах конечностей, более выраженное в разгибателях ног и сгибателях рук, спонтанные клонусы стоп. Наличие этих патологических симптомов позволило нам выставить диагноз: «Последствия перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга, синдром двигательных нарушений – формирующаяся спастическая форма ДЦП» уже в возрасте 3-4 месяцев. К возрасту 7-8 месяцев 8 наблюдаемым детям был выставлен окончательный клинический диагноз ДЦП, спастической формы, 4 детям данный диагноз был установлен в возрасте 10-12 месяцев.

Объективными критериями для установления диагноза были следующие: 1) нарушения тонуса в мышцах туловища и конечностях по спастическому типу с оценкой по балльной шкале Ашворса в модификации (1987) от 2 до 4 баллов (норма – 0 баллов); 2) нарушение формирования произвольных мотивированных движений; 3) нарушение формирования возрастных цепных реакций с доминированием патологических рефлексов АШТР и СШТР и дистонических эпизодов после 3 месяцев; 4) наличие патологических рефлексов: рефлексорных синкинезий, клонусов, псевдобульбарных автоматизмов.

Таким образом, до 12 месяцев у всех наблюдаемых 12 детей группы риска был установлен клинический диагноз ДЦП, спастической формы. Всем наблюдаемым детям, начиная с неонатального периода, проводилось комплексное церебропротекторное лечение, направленное на борьбу с отеком мозга, судорогами, а в восстановительном периоде – на коррекцию нарушений психомоторного развития. Вместе с тем, сравнительная

объективная оценка эффективности восстановительного лечения могла быть проведена на этапе установления окончательного диагноза «Детский церебральный паралич, спастическая форма».

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенного изучения неблагоприятных исходов церебральной гипоксии-ишемии показано, что для их раннего выявления необходимо проведение раннего комплексного обследования с обязательным применением этапной лучевой диагностики – НСГ-КТ-МРТ, позволяющей выявлять структурные изменения головного мозга, детерминирующие формирование неврологических расстройств и развитие ДЦП. Клинические показатели психомоторного развития для недоношенных детей, перенесших перинатальную гипоксию, должны быть объективизированы показателями стандартизированных балльных шкал, а также крайне перспективным для прогнозирования исходов и объективизации нервно-психического развития является применение ЭЭГ. Среди клинических показателей, определяющих неблагоприятный исход, наиболее важными являются неонатальные судороги. Раннее выявление патологических паттернов IV и V типов на ЭЭГ коррелирует с неблагоприятным исходом – формированием ДЦП.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология: Национальное руководство. Под ред. Н.Н.Володина. М.:ГЭОТАР - Медиа, 2007.
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001.
3. Барашнев Ю.И. Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксически-ишемических энцефалопатиях. Акуш.и гинекол. 2000; 5:39-42.
4. Классификация перинатальных поражений нервной системы и их последствий у детей первого года жизни. Методические рекомендации. М.:ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2007.
5. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М.:Владос, 2004: 368.
6. Володин Н.Н., Медведев М.И., Горбунов А.В. Компьютерная томография головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002.
7. Volpe J. Neurology of Newborn. N.Y.: Ch.L., 2002:930.
8. Строганова Т.А., Дегтярева М.Г., Володин Н.Н. Электроэнцефалография в неонатологии. Под ред.Н.Н. Володина. М.:ГЭОТАР-МЕД, 2005.

УДК 615.85: 617.55

### СОЧЕТАНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ (ИРТ) С СУ ДЖОК ТЕРАПИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ЛХЭ) У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛГЕТИКИ

*Д. В. Цой*

*Городская больница №2, г.Тараз*

*ЛЦ «Эскулап», г. Тараз*

#### ТҮЙІН

Наркотикалық емес анальгетикарға аллергиялық әсер беретін наукастардың лапароскопия холецистэктомиялық (ЛХЭ) операциядан кейінгі жансыздандырудың тиімділігі Су Джок терапиясы мен классикалық ине рефлексо – терапиясының үйлесімінде.

Көрсетілген жұмыста наркотикалық емес анальгетиктердің аллергиялық әсер беретін 14 наукастарды лапароскопиялық холецистэктомиялық (ЛХЭ) операциядан кейінгі ауру сезімін жоюды Су Джок терапиясы мен классикалық ине рефлексо – терапияның (ИРТ) үйлесімі арқылы емдеуді қолданудың нәтижелеріне талдау жұмыстары берілген. Классикалық ИРТ жалпы қабылданған әдісі арқылы қолданылады. Су Джок терапиясы операцияға дейінгі және операциядан кейінгі алынған және алдын ала жасалынған диагностикадан кейін жүргізіледі. Акупунктуралық рецепт адам денесі қуатының кеңістігінің 6 элементтік жүйесі бойынша құрастырылған. ИРТ тиімділігінің созылуы магниттік стимуляторларды қолдану арқылы жеткізілген. Емделудің тәсілі мен жолдары берілген. Анальгетикалық тиімділігі визуалдық-аналогтық шкала (ВАШ) арқылы және клиникалық мәліметтері бойынша бағаланған. Аталған емдеу әдісінің тиімділігі анальгетиктерге аллергиялық әсер беретін наукастар ауруының асқинуына жол бермейді. ИРТ мен Су Джок терапиясының үйлесуі ауру сезімінің жоюлуына тиімді және операция барысында наркотикалық емес анальгетикарды көтере алмайтын наукастарға ұсынуға болады.

#### SUMMARY

Combination of classical acupunctural reflexotherapy with Su Jok therapy in post-operational pain-killing after laparoscopic cholecystectomy for the patients with allergic reactions to non-narcotic analgesics.

The given work demonstrates examples of 14 patients with allergic reactions to non-narcotic analgesics, afterwards the results of classical acupunctural reflexotherapy applied in combination with Su Jok therapy in post-operational pain-killing after laparoscopic cholecystectomy have been analyzed. Classical acupunctural reflexotherapy

was applied under common methods. Su Jok therapy was applied after preliminary diagnostics given before and after surgery. Acupunctural prescription was provided taking into account 6 elements of system for space body energies. Prolongation of effect of acupunctural reflexotherapy was reached through application of magnetic stimulators. Tactics and schedule of therapy were described.

Analgesic effect was estimated under visual-analogue scale and clinical data. Advantage of this method is absence of complications at patients with allergic reactions to analgesics. Combination of classical acupunctural reflexotherapy with Su Jok therapy provides good pain-killing effect and can be recommended for patients in post-operation period who are intolerable to non-narcotic analgesics.

Актуальной задачей в современной хирургии остаётся борьба с болью в период предоперационной подготовки, при оперативном вмешательстве, в послеоперационный период [6]. Частично эта задача решена с внедрением в последнее 20летие малоинвазивных эндовидеохирургических операций. В настоящее время показания к лапароскопическим операциям расширились, в том числе и к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). ЛХЭ явилась достойной альтернативой традиционной операции.

Снизилась: риск спайкообразования, вентральных грыж. В связи с меньшей операционной травмой послеоперационный период протекает легко, больные не нуждаются в наркотиках, сокращаются сроки пребывания пациентов в стационаре, больные быстро возвращаются к обычному образу жизни [1]. Но, несмотря на эти положительные стороны эффективное обезболивание в послеоперационном периоде все ещё представляет собой проблему не полностью решенную и до настоящего времени. [2,6].

В последние годы ИРТ широко используется в борьбе с послеоперационным болевым синдромом. Применение наркотических анальгетиков для купирования болевого синдрома по известным причинам стараются ограничить, а ненаркотические анальгетики не всегда оказываются эффективными [5], либо у больных имеется аллергия на эти препараты.

**Цель исследования:** Оценка эффективности классической ИРТ в сочетании с Су Джок терапией для лечения послеоперационного болевого синдрома после ЛХЭ у больных с аллергическими реакциями на ненаркотические анальгетики.

**Материал и методы исследования.** С 2007 по 2009 г. классическая ИРТ в сочетании с Су Джок терапией применялась в послеоперационном периоде после ЛХЭ у 14-и больных, не переносящих ненаркотические анальгетики. В анамнезе: эти больные на догоспитальном этапе принимали препараты (кетонал, диклофенак, кеторол, трамадол) при различных сопутствующих заболеваниях. Выше указанные препараты вызывали у больных тошноту, рвоту, зуд, бронхоспазм, появление сыпи, гиперемии и отека лица, шеи, верхних конечностей в различных соотношениях. 5 (35,7%) больных наблюдались и получали амбулаторное лечение у аллерголога. Возраст больных от 23 до 65 лет. Средний возраст – 44 года. Пол – женский. По экстренным показаниям прооперированы 4 (28,5%) больных. На операции был выявлен флегмонозный холецистит. По плановым – 10 (71,5%) больных. У всех больных до и после операции проводилась диагностика: сухожильно-мышечная, аппликационный метод «магнитной стрелкой», поиск болезненных точек соответствия желчному пузырю [3].

У 12 (85,7%) больных выявлена избыточность меридиана желчного пузыря (VB), (K). У 2 (14,2%) больных выявлена недостаточность меридиана желчного пузыря (VB), (K). В структуре меридиана (VB), (K) диагностировалась избыточность энергии холода (VI) у 10 больных, энергии тепла (II) у 4 больных. ИРТ применялась уже через 3 - 4 часа после операции. Точки воздействия подбирались в зависимости от операционного доступа, с учетом иррадиации боли от места швов. Использовались точки каналов, которые пересекались с точками вкола троакаров, с местом операции (ложе желчного пузыря) и точки общего воздействия [7]. Общее количество игл – 9 – 10. I тип тормозного метода введения. Длительность 40 минут. Повторное вращение игл через 10-15 минут сеанса.

Примененная рецептура F3, F13, VB24, VB25. VB38. I12 . Gi 4 E36 RP 6 справа [7]. Через 40 минут при уменьшении болевого синдрома после удаления игл подключалась Су Джок терапия на 30 минут.

Схема рецепта зависела от результатов предварительной диагностики. Учитывалась региональная диагностика по 6, 7 элементной системе пространственных энергий, а также женский тип циркуляции энергии [4]. Дополнительно проводилось воздействие на болезненные точки соответствия желчному пузырю, печени, спинному мозгу, выявленные до операции и перепроверенные после оперативного вмешательства [3].

После снятия игл на оставшиеся болезненные точки соответствия накладывались звездчатые магнитные стимуляторы (2-3 шт) желтого цвета на 6-8 часов для самостоятельной стимуляции [3].

Схема рецепта № 1. Торможение меридиана желчного пузыря (K) методом подчинения.  
1 K ↓ I, 2 K ↑ V, 3 V ↑ V, 4 F ↓ II, 5 J ↓ I

Схема рецепта №2. Торможение тепла в структуре желчного пузыря (K) при флегмонозном холецистите методом противоподчинения. 1 2 3 K ↓ II ↑ V ↓ I 4 J ↓ II [4].

Изучение анальгетического эффекта акупунктуры проводилось на основании клинических данных, оценки интенсивности боли по 10 балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Через 40 минут после начала сеанса у 11 (78,5%) больных отмечалось уменьшение болевых ощущений в области правого подреберья, послеоперационных швов.



Оценка боли по шкале ВАШ до сеанса  $5,1 \pm 0,7$  балла через 30 минут  $1,5 \pm 0,3$  балла. У 3 (21,5%) больных боль сохранялась до 2,5 баллов по ВАШ. После снятия игл подключалась Су Джок терапия на 30 минут.

Через 1,5 часа после сеанса у 13 (92,8%) больных отмечалась отсутствие боли в покое, незначительная боль появлялась при пальпации правого подреберья, движениях в постели, покашливании до 1,5 балла по ВАШ. У 1 (7,2%) больного боль сохранялась в пределах 2 баллов по ВАШ.

**Клинические данные.** Через 1,5 часа после сеанса отмечалось достоверное снижение АД на 6-7 мм.рт.ст.  $\pm 2,6$  по сравнению с показателями до сеанса. ЧСС на 5-6  $\pm 1,6$  ударов в минуту. ЧД снижалась на  $3-4 \pm 1,4$  в минуту. ДО увеличивался в среднем на  $14,8 \pm 2,4\%$  [5].

Через 3 часа после сеанса отмечалось возобновление болевого синдрома в покое у 5 (35,7%) больных, при движении, покашливании у 7 (50%) больных. Оценка боли по ВАШ 2,0 балла. Боли уменьшались при самостоятельной стимуляции магнитными звездчатыми стимуляторами, которые оставались ещё на 6-8 часов

На вторые сутки у всех больных отмечалось значительное уменьшение боли по сравнению с первым послеоперационным днем по ВАШ до 2,2 – 2,4 балла. У 2 (14,3%) больных боли были 1,2 балла по ВАШ. Им было рекомендовано самостоятельно продолжить стимуляцию болезненных точек в соответствии магнитным звездчатым стимулятором.

У 12 (85,5%) больных был проведен второй сеанс ИРТ в сочетании с Су Джок терапией, после проведенной предварительной мышечной диагностики. Через полтора часа после сеанса боль уменьшилось по шкале ВАШ до 1 – 1,2 балла у всех 12 больных. Для пролонгирования эффекта магнитные звездчатые стимуляторы оставлены еще на 6 часов для самостоятельной стимуляции. На 3-и сутки ИРТ не проводилась ввиду отсутствия надобности.

**Выводы:** Сочетание ИРТ с Су Джок терапией создает достаточно хороший обезболивающий эффект и позволяет отказаться от ненаркотических анальгетиков у больных с аллергическими реакциями на эти препараты. Воздействие магнитным звездчатым стимулятором пролонгирует эффект ИРТ.

Устранение болевого синдрома способствует ранней активизации больных и благоприятному течению послеоперационного периода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь А. А. Сравнительная оценка результатов лапароскопических и традиционных холецистэктомий при остром холецистите. Эндоскопическая хирургия. Стр. 10 №2 г. Москва, 2001г.
2. Малиновский И. Н., Лебедева Р. Н., Николаев В. В. Хирургия. №5. стр 30-35. 1996 г.
3. Пак Чже Ву Оннури Су Джок терапия. Том 2 стр. 212-227. стр 229, стр. 234-237, стр 263-268, стр. 251. Су Джок Академия г. Москва 1999 г.
4. Пак Чже Ву. Лекции по Су Джок акупунктуре. Часть 1 стр. 87-96. стр. 110-114. Су Джок Академия г. Москва 1994 г.
5. Сатвалдиева И. А., Акзамходжаев Т. С., Малютин Л. В., Шарипов Т. Т. Оценка эффективности акупунктурной анальгезии в послеоперационном периоде у детей.
6. Анестезиология и интенсивная терапия. №1 стр. 108-110 г. Алматы – Стамбул. 1985 г.
7. Староверов А. Т., Барашков Г. Н., Игло-терапия в анестезиологии и реаниматологии. стр. 4, стр 180. г. Саратов. 1985 г.
8. Цибуляк В. Н. Рефлексотерапия в клинической анестезиологии. Стр. 110-112. Медицина г. Ташкент 1985г.

УДК 617.55: 615.85: 617.54

#### СУ ДЖОК ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Д. В. Цой*

*Городская больница №2, г.Тараз*

*ЛЦ «Эскулап», г. Тараз*

#### ТҮЙІН

Мақалада құрсақ қуысына лапароскопиялық операциядан кейінгі жауырын үсті ауырған 42 науқасты Су Джок терапия арқылы емдеуге талдау жұмыстары көрсетілген. Су Джок терапиясының емдеу тәсілінің әдісі мен жолдары көрсетілген. Акупунктур рецепті алғашқы диагностиканың негізінде құрастырылған. Емдеу негізгі және салалы қуаттың деңгейінде жүргізілген. Жансыздандыруды ұзаққа созудың нәтижесі магниттік белсенділікке дейін жеткен. Анальгетикалық нәтиженің бағасы клиника мәліметтерінің негізінде жүргізілген, ауру сезімінің күшею бағасы визуалдық-аналогтық шкала (ВАШ) бойынша жүргізілген. Зерттеу жұмысының нәтижесі Су Джок терапиясы құрсақ қуысына лапароскопиялық операциядан кейінгі жауырын үсті ауруын наркотикалық емес анальгетиктарсыз жоюға болатынын және ауру сезімін жоятынының тиімділігі көрсетілген.

## SUMMARY

The article contains analysis on Su Jok therapy underwent by 42 patients with subacromial pain syndrome after laparoscopic operations on organs in abdominal cavity. Tactics and schedule of treatment are described herein. Acupunctural prescription was based on preliminary diagnostics. Treatment was conducted at the level of basic and branch energy. Prolongation of pain-killing effect was reached by magnetic stimulation. Estimate of analgesic effect was performed based on clinical data, appraisal of pain intensity in accordance with visual-analogue scale. Research results revealed that Su Jok therapy provides good pain-killing effect and enables to refuse from non-narcotic analgesics in pain-killing of subacromial pain syndrome in post-operation period.

В настоящее время с внедрением новых технологий показания к лапароскопическим операциям значительно расширились. С расширением спектра хирургических вмешательств увеличилось и количество осложнений. Одним из таких осложнений в послеоперационном периоде является плечелопаточный болевой синдром. Он возникает в 15-17% оперируемых при максимальном внутрибрюшном давлении (ВБД) больше 16 мм. рт. ст. и только 2,8% при минимальном давлении 3 – 6 мм. рт. ст. по данным различных авторов [1].

Послеоперационная боль в плече является следствием раздражения диафрагмы углекислым газом (СО<sub>2</sub>) или быстрого её растяжения при инсуффляции. Клинически она проявляется от умеренной до сильной боли в плече, надплечье, шее с иррадиацией в лопаточную и подключичную области. Движения в плечевом суставе и глубокий вдох усиливают боль.

Болевой синдром приводит к увеличению симпатикотонии вегетативной нервной системы, к ухудшению показателей гемодинамики и дыхания. Поэтому устранение болевого синдрома, снятие психоэмоционального напряжения и улучшение функций жизненно-важных органов и систем, способствует благоприятному течению послеоперационного периода. Применение наркотических анальгетиков для купирования болевого синдрома после лапароскопических операций ввиду малой травматичности ограничено, а ненаркотические обезболивающие средства не всегда оказываются эффективными.

**Цель исследования.** Оценка эффективности Су Джок терапии в лечении плечелопаточного болевого синдрома после лапароскопических операций на органах брюшной полости.

**Материалы и методы исследования.** Су Джок терапия применялась с 2005 по 2009 г. у 42 больных с плечелопаточным болевым синдромом после лапароскопических операций на органах брюшной полости. У 20 больных выполнена холецистэктомия, у 10 – удаление кист яичников, у 5 – сальпингэктомия у больных с внематочной беременностью, у 4 – сальпингоовариолизис, у 3 – удаление эндометриоидных очагов яичников и брюшины.

Су Джок терапия плечелопаточного болевого синдрома проводилась на 2-й послеоперационный день. Боль была от слабой до умеренной от 2 до 4,5 балла по 10-и балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). У 30 (71,4%) больных – 4 - 4,5 балла; У 12 (28,6%) больных – 2,5 – 3,0 балла.

Локализация боли: справа у 32 (76,2%) больных, слева у 5 (11,9%) больных, с двух сторон у 5 (11,9%) больных. У всех больных проводилась диагностика: сухожильно-мышечная, аппликационный метод «магнитной стрелкой», поиск болезненных точек соответствия желчному пузырю, матке, яичникам, спинному мозгу. [2]

У 20 (47,6%) больных диагностирована избыточность каналов желчного пузыря (К) и спинного мозга (J). У 22 (52,4%) больных был избыточен только канал спинного мозга (J). В структуре этих каналов выявлены избыточность энергий сухости (V) и холода (VI).

Лечение проводилось с учетом женского типа циркуляции энергии по шести, семиэлементной системам пространственных энергий тела человека [3]. Проводилось торможение основной (А) энергии меридианов К и J. На уровне структуры проводилось торможение энергий сухости (V) и холода (VI).

Пример №1 Торможение меридиана желчного пузыря (К) методом противоподчинения.

К ↓ I, К ↑ IV, Е ↑ IV, G ↓ VI, J ↓ I

Пример №2: Торможение сухости в структуре спинного мозга методом подчинения.

1 2 3 J ↓ V ↑ II ↓ VI, 4 Y ↓ V [4].

При локализации боли справа лечение проводилось на правой кисти, слева - на левой кисти, с двух сторон – на обеих кистях. Дополнительно проводилось воздействие на болезненные точки соответствия желчному пузырю, матке, яичникам, спинному мозгу.

Длительность сеанса 30 – 40 минут. Оценку анальгетического эффекта Су Джок терапии проводили на основании оценки интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и на основании клинических данных.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Через 30 минут у 4 (19,5%) больных боль прошла полностью, у 32 (76,2%) больных боль уменьшилась с 4,5 до 1 балла по ВАШ., у 6 (14,3%) больных боль уменьшилась до 2-х баллов. Последним 6-м больным дополнительно проведен поиск болезненных точек соответствия и на них установлены магнитные звездчатые стимуляторы [2]. Через 30 минут боль уменьшилась до 1-го балла.

**Клинические данные:** Через 1 час после Су Джок терапии АД – снижалось на 6 мм.рт.ст. ± 3,2 по сравнению от начала сеанса. ЧСС – снижалась на 5 – 6 ± 1,6 ударов в 1 минуту. ЧД – снижалась на 5-6 ± 1,8 в 1

минуту. Дыхание становилось более глубоким. Дыхательный объем (ДО) увеличивался на  $16,1 \pm 2,4$  %. Через 2 часа усиление боли не происходило. Все больные самостоятельно передвигались, откашливались, движения в верхних конечностях не вызывали боли. Таким образом, в результате исследования установлено, что Су Джок терапия создает хороший обезболивающий эффект при лечении болевого плечелопаточного синдрома в послеоперационном периоде после лапароскопических операций на органах брюшной полости.

**Выводы:** Метод Су Джок терапии достаточно эффективен, безопасен и позволяет отказаться от ненаркотических анальгетиков в лечении плечелопаточного болевого синдрома. Метод не влияет отрицательно на функции организма и способствует ранней активизации больных. Может рекомендован больным с аллергическими реакциями на ненаркотические анальгетики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов А. А. Осложнения карбоксиперитонеума во время лапароскопических операций и их профилактика. Эндоскопическая хирургия, стр. 23 №2. 2000г. г. Москва.
2. Пак Чже Ву Оннури Су Джок терапия том II стр. 212, 229, 234, 263, 251. Су Джок Академия г. Москва 1999 г.
3. Пак Чже Ву Оннури Аурикулярная терапия том III стр. 115-118. Су Джок Академия г. Москва 1998г.
4. Пак Чже Ву. Лекции по Су Джок акупунктуре. Часть I стр. 87 – 96. Су Джок Академия г. Москва 1994 г.

УДК 616.517

#### ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСОРИАЗА

*М.Б.Кыстаубаев*

*Кожвендиспансер Сайрамской ЦРБ Сайрамского района ЮКО с. Аксукуент*

#### ТҮЙІН

Псориаздың дамуында қауіп факторлардың қысқа шолуы келтірілген. Бақылауда 2009 жылы псориаз диагнозымен алғашқы анықталған 60 адам болды. Аурудың дамуында тұқым қуалаушылық бастапқы роль көрсетеді. Маңызды негізгі сөздер: қауіп факторлары, псориаз, тұқым қуалаушылық.

#### SUMMARY

There is the short view of the risk's factors in the development of psoriasis. Over the observation there were sixty the first time being revealed ill people with the diagnosis of psoriasis for 2009 year. It shows the leading role of the heredity in the development of this disease. Key words: risk's factors, psoriasis, heredity.

Чешуйчатый лишай, или псориаз Psoriasis vulgaris — хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процесса кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, изменениями в различных органах и системах. Около 3% человечества страдает псориазом. Дерматоз часто возникает в 10—25 лет, однако может впервые проявиться в любом возрасте: описаны случаи псориаза у детей 4—5 и 7 мес. у взрослых в возрасте 82 лет. Заболевание распространено во всех широтах земного шара, среди населения разных национальностей и рас. Псориаз одинаково проявляется у мужчин и женщин, однако среди детей он чаще встречается у девочек, а среди взрослых — у мужчин (60—65%). Клиническое описание болезни, сходное с псориазом, в литературе встречается с древнейших времен (в Библии, у Гиппократы, Цельса и др.). Однако лишь в 1841 г. Гебра выделил псориаз как самостоятельное заболевание.

Имеются данные о вирусной природе заболевания. Существует предположение о возникновении псориаза как инфекционно-аллергического заболевания, прослеживается связь развития псориаза с действием микробного фактора у одних больных, генетически обусловленной недостаточностью противомикробной защиты, нарушением систем регуляции обмена веществ у других, что дает основание выделить микробно-средовый и микробно-генетический варианты этиологии и патогенеза заболевания. В недавнем прошлом дискутировалось значение концепции инфицирования организма через миндалины, ибо после тонзиллэктомии наблюдается ремиссия псориаза, отмеченная рядом авторов. Известно также, что острому каплевидному псориазу, особенно у детей и подростков, часто предшествует развитие острой стрепто- или стафилококковой инфекции верхних дыхательных путей. Общеизвестно, что псориаз представляет собой системный процесс, формирующийся у больных не только с иммунными нарушениями, но и выраженными функциональными и морфологическими изменениями ряда органов и систем. У больных псориазом можно констатировать проявления нарушения функций центральной, периферической и вегетативной нервной системы, эндокринных желез, метаболические изменения, особенно выраженные при остром и распространенном псориазе. Причины столь сложных патологических процессов у больных псориазом недостаточно ясны. Однако, по мнению многих исследователей, эти изменения закодированы в структуре гена. Специальные генетические исследования, проведенные В.Н. Мордовцевым и соавт. (1977), установили мультифакториальный тип наследования с

неполной пенетрантностью генов. Показано, что антигены гистосовместимости В13 и В17 достоверно чаще встречаются у больных псориазом только с кожными проявлениями, а В17, В27, В33, В40 — у пациентов с кожными проявлениями в сочетании с артритом. У больных распространенным псориазом отмечено в крови повышение содержания антител к ДНК с преобладанием аутоантител к нативной ДНК, что способствует формированию аутоиммунного процесса.

На современном уровне знаний можно определить чешуйчатый лишай (псориаз) как генотипический дерматоз, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью и неравномерной проявляемостью. Псориаз — заболевание мультифакториальной природы: патогенными факторами являются изменения ферментного, липидного, реже белкового и углеводного обмена, эндокринные дисфункции и функциональные аномалии межзачаточного мозга в форме адаптационной болезни, сдвиги аминокислотного метаболизма, нередко сочетание с очагами фокальной инфекции, чаще хронического тонзиллита, гриппа и других инфекционно-аллергических заболеваний (в основном стрептостафилококковой и вирусной природы). На генетический аппарат клеток могут оказывать патогенное влияние фильтрующиеся вирусы, что влечет за собой нарушения контроля биохимических процессов (вирусно-генетическая гипотеза).

У больных псориазом выявлены изменения соотношения фракций гистоновых белков, которым принадлежит важное место в цепи регуляции пролиферативной активности и синтеза ДНК, составляющих большую часть хроматина (Л.И.Маркушева). Важную роль в развитии псориаза могут играть изменения активности лизосомальных ферментов и процессов свободно-радикального окисления (Ю.С.Акулов, М.М.Шегай). Среди разнообразных факторов риска выделяют следующие: 1) травмы; 2) бактериальные инфекции; 3) вирусы (включая ВИЧ); 4) стрессы; 5) медикаменты; 6) питание; 7) вредные привычки; 8) болезни ЖКТ.

На основании различных методов исследования в крупных научно-исследовательских институтах дерматовенерологии можно смело говорить, что алкоголь нарушает иммунный баланс и индуцирует изменения кожных капилляров, вызывая обострение псориаза и создавая неблагоприятный фон для его течения. Установлена ассоциация развития псориаза с курением. Сезонность течения, частое возникновение или обострение псориазического процесса после перенесенной ангины, гайморита, холецистита, гепатита и других заболеваний указывают на необходимость изучения роли хронических очагов микробной и вирусной инфекции и вызываемой ими сенсibilизации. Кроме того, описаны случаи возникновения или обострения псориаза вследствие приема некоторых медикаментов: противогрибковых препаратов, ингибиторов АПФ, анаболических стероидных гормонов, а- и р-интерферона. Общеизвестны нервно-психические расстройства, связанные с такими отрицательными психогенными факторами, как реакция больного на кожные изменения. Существенное воздействие псориаз оказывает на жизнь больных, и особенно часто от его внешних проявлений страдают женщины, что еще более отягощает течение псориаза. Представители обеспеченных групп населения меньше страдают психологически и социально от наличия болезни, нежели больные из бедных классов. Под наблюдением находились 60 больных (32 - мужчины, 28 - женщины) за 2009 год. Возникновение заболевания связывали с простудными или инфекционными заболеваниями 5 пациентов (8,3 %), с травмой - 1 (1,7 %), со злоупотреблением курения и алкоголя - 2 (3,3 %), со стрессами - 3 (5 %), остальные причину указать не смогли, однако 38 (63,3 %) из них сообщили о наличии дерматоза у ближайших родственников. 13 (43,3 %) указали на удовлетворительные социально-бытовые условия. 5 (16,7 %) состоят в близкородственных браках, 2 (6,7 %) страдают ожирением. Все 60 больных были обследованы лабораторно: общий анализ крови, биохимический анализ крови. У 15 (25 %) человек отмечалось умеренное увеличение СОЭ в общем анализе крови.

**Вывод:** проведенное исследование подтверждает роль факторов риска в развитии псориаза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айзятұлов Р.Ф., Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни. Веста дерматол 2001; 1 : 41-43.
2. Машкиллейсон А.Л., Бочарова Е.Н., Дмитриев Г.А. Современные представления о патогенезе и терапии псориаза : Обзор литературы. МРЖ дерматол и венерол 1994; 1 : 3-7.
3. Farber E.M., Nail L. Epidemiology : Natural history and genetics. In: Psoriasis. Eds. H.N.K. Roenig, H.I.Maibach. New York 1991; 209-260.
4. Мордовцев В.Н., Мушет А.Г. Псориаз. Кишинев 1991.
5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. М 1996; 2 : 170-179.
6. Федоров СМ. Псориаз. Консилиум 2001; 4:3:9-12.
7. Акышбаева Г.А. Некоторые аспекты эпидемиологии псориаза у детей в Казахстане, Новое в диагностике и лечении заболеваний, передаваемых половым путем, и болезней кожи : Тезисы докладов научно-практической конференции. М 1997; 1-2.
8. Шаропова Г.Я., Короткий Н.Г., Молоденков М.Н. Псориаз. М 1989.
9. Мордовцев В.Н., Рассказов Н.И. Лечение больных наследственными заболеваниями кожи и псориазом. Пособие для врачей. Астрахань 1996; 71-73.
10. Шилов В.Н., Сергиенко В.И. Новые подходы к изучению и лечению псориаза. Вестн. дерматол 1998; 3 : 49-52.

УДК 616.718.4-001.5-08

## О ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

Е.Т.Тулеев  
БСМП, г. Тараз

## ТҮЙІН

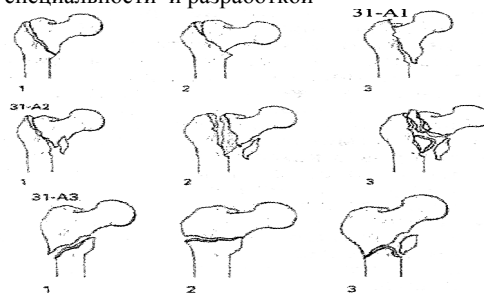
Санның ұршық сынығын емдеуде соңғы бес-жеті жылда айтарлықтай өзгерістер болды. Бұл жаққа бекітуді қолданғанда операция жасалған аяққа ерте жүктеме түсіндірмеуді және сынықты тұрақты бекіту нәтижесіне қол жеткіземіз. Қарапайым әдіс жедел медициналық жәрдем емханасының жаракат бөлімінде жақап нәтижемен қолданылып келеді.

## SUMMARY

Treatment of trochanteric femoral fractures has undergone significant changes over the past five to seven years. This is associated with new fixtures, enabling to achieve stable fixation of the fracture and allow early load on the operated leg. The modern method is introduced and applied with good results in traumatological department of a hospital ambulance.

Классификация. Переломы разделены на две большие группы: стабильные и нестабильные. Весь первый ряд - стабильные переломы, которые отличаются тем, что отсутствует заднемедиальный фрагмент, чаще представляющий собой фрагмент малого вертела. Средний ряд - нестабильные переломы, состоящие из двух и более фрагментов. Нижний ряд - подвертельные переломы бедра. Как все эпиметафизарные переломы, они отличаются способностью к достаточно быстрому сращению. Поэтому в нашей клинике, как и во всей стране, в течение многих лет методом выбора считали консервативный метод лечения. У относительно молодых и активных больных применяли скелетное вытяжение на шине или по плоскости кровати за верхний метафиз большеберцовой кости. Степень отведения определялась величиной смещения. Срок вытяжения в среднем 8-9 недель, а клиническим признаком возможности его прекращения являлась возможность оторвать ногу от плоскости шины или кровати без груза. После прекращения вытяжения больные вынуждены были пользоваться костылями с дозированной нагрузкой на ногу в течение 3-4 недель для предотвращения варусной деформации бедра.

У ослабленных пациентов, которые не в состоянии перенести длительное положение на спине, применяли функциональный метод лечения - максимально раннюю активизацию. Мы полностью отказались от применения любого вида стабилизаторов, ограничивающих наружную ротацию (гипсовый сапожок или домашний ботинок с фиксированными к каблучку стабилизаторами). Такие больные уже на следующий день с помощью инструктора лечебной гимнастики или персонала сидели со свешенными ногами по несколько раз в день. Постепенно продолжительность таких «сеансов» удлинялась, и уже через 5-10 дней они приступали к обучению ходьбе на костылях, либо в ходунках. Для корректировки укорочения на обувь наклеивалась дополнительная площадка в 3-4 см. При любом методе лечения переломы, как правило, срастались в среднем за 2,5-3 мес. При невозможности осуществления скелетного вытяжения у всех больных, имевших переломы со смещением фрагментов, отмечалась та или иная степень укорочения и наружной ротации. Показанием к операции в те годы служили вертельные переломы у больных молодого и среднего возраста, отказывающихся от длительной иммобилизации скелетным вытяжением и настаивающих на ранней активизации. Методом выбора в таких случаях в 1960-е и 1970-е годы являлся остеосинтез фиксатором Бакычарова или трехлопастный гвоздь с диафизарной накладкой, а позже - Г-образной пластинкой на винтах. В последние 5-7 лет тактика лечения таких переломов претерпела значительные изменения. Это связано с безусловным прогрессом в нашей специальности и разработкой



новых фиксаторов, позволяющих достичь стабильной фиксации перелома и допускающих раннюю нагрузку на оперированную ногу. Одним из них является фиксатор DHS. Методика остеосинтеза динамическим винтом DHS. Репозиция перелома производится на ортопедическом столе. Как правило, она удаётся в положении некоторого отведения, достаточного вытяжения и в положении нейтральной ротации. Разрез около 10 см по наружной поверхности верхней трети бедра с обнажением скапа большого вертела и части диафиза. Представляем этапы остеосинтеза межвертельного перелома бедра на схемах.

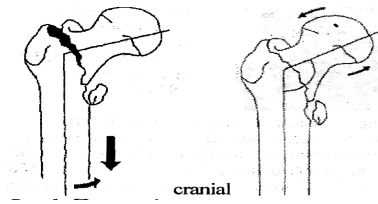


Рис. 2 Введение по направлятелю центральной спицы

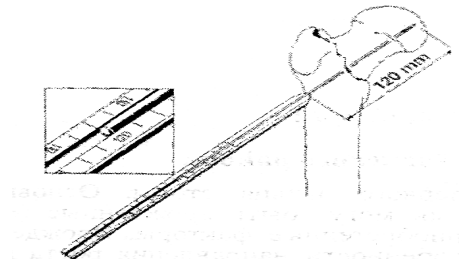


Рис. 3. Измерение длины будущего винта

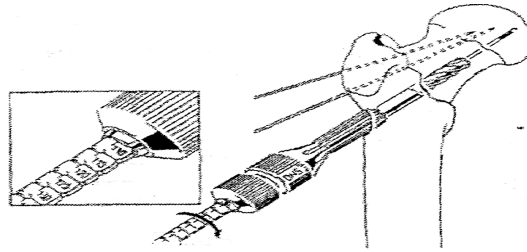


Рис. 4. Рассверливание по введенной спице канала для винта

Под контролем ЭОП при помощи специального направляющего устройства из подвертельной области в центр шейки вводится спица, которая продвигается до субхондрального слоя головки бедра (рис. 2).

Специальным измерителем АО определяется необходимая длина винта. Из полученного расстояния вычитается 0,5-1 см (рис. 3). На рис. 4 показано рассверливание по введенной спице канала для винта. Для этого на сверле устанавливается ограничитель длины, равный измеренному расстоянию. Следующий этап: рассверливание по всей длине нанесенного канала в шейке при помощи конусовидного метчика. По окончании этого этапа рукоятка метчика должна располагаться по длиннику бедра (рис. 5). Дальнейший этап может выполняться в двух вариантах. Первый скользящий винт вводится в канал шейки до субхондральной зоны, так, что его дистальный конец оказывается в наружном отверстии канала на уровне наружного кортикального слоя кости, затем он соединяется с втулкой бедренной части фиксатора. Иногда для этого приходится применять импактор. Еще раз обращаем ваше внимание на положение рукоятки отвертки: она должна быть строго параллельна длиннику бедра, иначе соединить конструкцию не удастся.

Диафизарная часть фиксируется к диафизу кортикальными винтами. При помощи стягивающего винта осуществляется натяжение динамического (шеечного) винта (рис. 7).

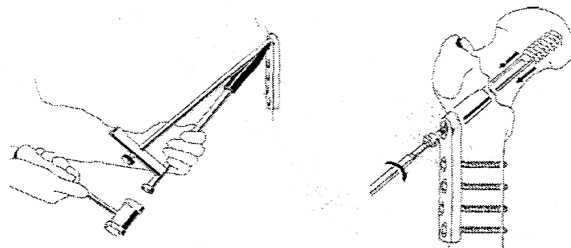


Рис. 6 Диафизарная часть надета на хвостовую часть винта

Рис.7 Диафизарная часть фиксирована винтами

Этапы фиксации наружной пластинки при оскольчатом переломе вертела. Через нее в шейку параллельно динамическому винту вводится еще один винт в верхний квадрант головки бедра. Через отверстия в проксимальной части пластинка может дополнительно крепиться к большому вертелу винтами. При таком

раздельном способе введения винта и втулки диафизарной части иногда возникают затруднения в соединении этих двух составных частей DHS. Поэтому удобнее скользящий винт вводить в шейку уже в собранном виде.

В тех случаях, когда большой вертел расколот, может быть применен второй вариант-специальный комбинированный фиксатор, диафизарная часть которого состоит из двух частей (более длинная фигурная наружная часть надевается на внутреннюю, уже фиксированную к диафизу). Этот современный метод оперативного лечения вертельных переломов внедрен и с очень хорошими результатами применяется в травматологическом отделении БСМП. Его преимуществами являются безгипсовое введение и ранняя разработка суставов и реабилитация больных. К современным методам стабильного остеосинтеза вертельных переломов, позволяющим раннюю, полную нагрузку на ногу, относятся остеосинтез гамма-гвоздем (GN-gamma nail) и фиксатором PFN (proximal femoral nail).

С целью успешного проведения операции проводится интубационный наркоз с предварительной подготовкой больного, с готовым флаконом эритроцитарной массы. В последующем контроль показателей красной крови. У пожилых больных наиболее приемлемый вид анестезии - это передуральная анестезия, которая обеспечивает длительное обезболивание в послеоперационном периоде, что наиболее важно для больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. С.Г.Гиршин «Клинические лекции по неотложной травматологии». Москва, 2004 г.
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л., «Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения». Москва, 2002 г.

УДК 616.71-001.5-08

#### БИОС - НОВЫЙ СТАНДАРТ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

*Е.Т. Тулеев*

*Врач травматолог БСМП г. Тараз*

#### ТҮЙІН

Ұзын түтік тәрізді сынықтарды емдеуде жаңа стандарттарды қолдану операцияның келесі күнінде ауруларға тіземен, сирақ-табандық және жамбас-сан буындарына белсенді және пассивті жұмыстар орындағады. Емханада орта емделу уақыты 15-17 күн. Остеосинтезді жілікшікті блоктауға «Үштік» (Германия) емдеу басқа дәрігермен салыстыруға оңтайлы болып табылады.

#### SUMMARY

Using the new standards in the treatment of long bone fractures allows patients the next day after surgery to begin the development of active and passive movements of the knee, ankle and hip joints. The average duration of treatment in the hospital is 15-17 days. Blocking the tibia osteosynthesis with the help of the rod "Troy" (Germany) is the best in comparison to other types of osteosynthesis.

Произведен БИОС длинных трубчатых костей у 26 пациентов, из них 11 с переломами бедренной кости и 15 с переломами голени. В 4 (15,4%) случаях осуществлено вскрытие места перелома, в 22 (84,6%) случаях без вскрытия зоны перелома. Во всех случаях произведена статическая блокировка стержня, в 85% случаев использован универсальный набор навигатора, в 15% случаев метод свободной руки. Ключевые слова: переломы, БИОС, «Троя», навигатор.

Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) применяется в мировой практике в последние 10-15 лет. Использование интрамедуллярного остеосинтеза (ИМОС) в травматологии связано с именем Кюнчера, который впервые предложил использование профильных металлических стержней в лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей. В последующем дизайн и структура стержней менялись, авторы совершенствовали недостатки стержней (деформация стержня во время остеосинтеза, растрескивание кости из-за несовпадения диаметра костного канала и стержня, ротационные и угловые смещения изогнутых стержней, которые повторяли наружные контуры трубчатых костей. Бедренный стержень получил антекурвацию, стержень большеберцовой кости верхний изгиб для сохранения суставной поверхности, но развитие стержня идет по пути внедрения новых прочностных условий [1]. Дополнительные отверстия для блокировки в проксимальной и дистальной части стержня в нескольких плоскостях повышают стабильность, позволяет проводить шурупы в наиболее «безопасных» анатомических зонах. Блокируемый остеосинтез возник как способ дополнительной стабилизации интрамедуллярного стержня. В настоящее время БИОС - это самостоятельный вид остеосинтеза, часто применяемый в тех случаях, когда применение других способов остеосинтеза (ВЧКДО, накостный остеосинтез) исчерпаны. Блокирование выполняется утолщенными винтами, способными выдержать осевую нагрузку взрослого человека [2]. В настоящее время при переломах длинных трубчатых костей БИОС применяется почти во всех Европейских странах, в Америке и в России.

**Материал и методы.** С 2009 года успешно применяется БИОС длинных трубчатых костей продукцией фирмы «Троя» (Германия). БИОС обеспечивает стабильную фиксацию отломков диафиза трубчатых костей. Нами использовались блокирующие стержни бедренной и большеберцовой костей. Место перелома стабилизируется: а) Статическая стабилизация применяется при многооскольчатых переломах, когда отсутствует осевая стабильность прилегающих костных отломков. Для статического блокирования дистальные и проксимальные части кости фиксируются по 2 винта. б) Динамическая стабилизация применяется в случае хорошего кортикального контакта костных отломков (поперечные, косые и ложные суставы). При этом используются два отверстия в дистальной части и одно продольное в проксимальной части стержня. Динамическая стабилизация способствует осевой нагрузке и при этом создается физиологический импульс для создания костной мозоли и её трансформации в костную ткань. в) Динамическая стабилизация с компрессией (компрессионное соединение). При этом используется компрессионный винт с осевым ввертыванием во внутренний канал стержня в его проксимальной части с целью оказания компрессии внутри стержня.

Показания к применению БИОС: - косые, поперечные, фрагментированные диафизарные переломы; - многооскольчатые диафизарные переломы; - патологические переломы; - ложные суставы, после остеосинтеза. Операции проводились по стандартной методике с рентгеновским контролем при помощи ЭОП. Нами оперировано 26 больных с использованием БИОС в отделении травматологии. Виды оперативных вмешательств: БИОС бедра с антеградным введением - 11 больных, средний возраст  $37 \pm 1,5$  года, БИОС голени - 15 больных, средний возраст  $41 \pm 1,2$  года. Во время остеосинтеза в 4 (15,4%) случаях осуществлено вскрытие места перелома, в 22 (84,6%) случаях без вскрытия зоны перелома.

Во всех случаях произведена статистическая блокировка, для блокировки в 85% случаев использован универсальный набор навигатора, в 15% случаев метод свободной руки. Продолжительность операции 40-90 минут.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные на следующий день после операции начали активную и пассивную разработку в коленном, голеностопном и тазобедренном суставах. Начало нагрузки на конечность зависело от вида характера перелома. Средний срок лечения в стационаре  $15 \pm 1,2$  дня (включая предоперационную подготовку). В дальнейшем амбулаторное наблюдение в сроки от 3 мес. и выше. У всех наблюдаемых нами больных наступило сращение места перелома с хорошими и удовлетворительными результатами.

**Приводим клинический пример:** Больной А., 22 лет, поступил в отделение после падения на левую голень, в результате получил косой перелом средней трети левой голени со смещением отломков. Обследован, в плановом порядке проведен блокирующий остеосинтез голени стержнем «Троя» (Германия).

Послеоперационное течение гладкое, рана зажила первичным натяжением, выписан домой в удовлетворительном состоянии, 8 к/д. Осмотрен через 2 месяца, ходит самостоятельно без дополнительных средств иммобилизации. Результат оценен как «хороший».

**Выводы:** Таким образом, применение БИОС при переломах длинных трубчатых костей скелета является наиболее оптимальным по сравнению с другими видами остеосинтеза. Преимуществами его являются малоинвазивность, биологичность и функциональность. Мы считаем, что на современном этапе БИОС является «золотым стандартом» в остеосинтезе диафизарных переломов длинных трубчатых костей скелета.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беренштейн М. БИОС - научный и технический прогресс. // Остеосинтез. - М., 2008. - №2(3). - С. 23-24.
2. Неверов В.А., Хромов А.А. и соавт. Основные принципы блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза: его преимущества и недостатки. // Остеосинтез. - М., 2008. - №2(3). - СД 5-16.

УДК 615.9- 099: 543.544.74

#### ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОИЗВОДНЫХ АМФЕТАМИНА МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Н.А. Ким

Жамбылский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, г.Тараз

#### ТҮЙІН

Амфетаминдер тобының дәрі-дәрмектері орталық жүйке жүйесін ынталандырушы болады және психотропты ынталандырушыларға жатады. Негізгі өкілдері амфетамин (фенамин) және метамфетамин (первитин). Фенамин және первитин есірткі дәрі-дәрмектеріне жатады және есірткі заттарының заңсыз айналымында жиі кездеседі. Заңсыз айналымда фенамин және первитиннен басқа олардың көптеген түрлері бар. Сондықтан осы дәрі-дәрмектерден улану жиі кездеседі. Оларды айқындау және ұқсастыру үшін жұқа кабатты хроматография қолданады. Жұқа кабатты хроматография әдісі ең жедел, аса сезгіш және нақты болады.



## SUMMARY

The preparations of group amfetamin are means stimulating the central nervous system and concern to psixotrop stimulatory. The basic representatives are amfetamin (fenamin) and metamfetamin (pervitin). Fenamin and pervitin are narcotic preparations and often meet in an illegal revolution of narcotic substances. Exscert for fenamin and pervitin in an illegal revolution there are many more derivative. Therefore rather often there are poisonings with the given preparations. For their detection and identification is used toncosloinaya xromatografiya. The method of application toncosloinaya xromatografiya is fastest, more sensitive and exact.

Амфетамин (АМФ), метамфетамин (МАФ) а также метилендиокси-аналоги АМФ (МДО-АМФ) – стимуляторы центральной нервной системы. При обычных условиях основания данных соединений являются бесцветными или слабоокрашенными маслянистыми жидкостями, их соли кристаллическими веществами белого или серого цвета.

Все они запрещены для применения на людях. Использование данных веществ обусловлено их нейротоксическим действием, выражающимся подъемом эмоций и восприятия происходящего. Наиболее распространённая форма препаратов это таблетки с различными насечками (логотипами), также порошки и капсулы. Данные вещества обладают высокой толерантностью, при длительном употреблении веществ группы амфетамина доза необходимая для достижения желаемого эффекта составляет порядка 500 мг, что чаще всего и приводит к летальному исходу. Токсическими эффектами являются нарушения деятельности работы сердца, гипертермия. А также психическая зависимость различной степени, частая смена настроения, бред величия, симптомы навязчивого состояния, снижение или отсутствие чувства опасности, психозы. Такое влияние на центральную нервную систему как следствие приводит и к различным несчастным случаям, дорожно-транспортным происшествиям и др.

Особую популярность в настоящее время приобретает систематический токсикологический анализ с использованием инструментальных методов анализа (ГЖХ, ВЭЖХ, МС), так как данный способ позволяет с высокой степенью надежности детектировать одновременно множество токсикологически важных веществ в биологических образцах. Несмотря на то, что инструментальные методы вытесняют используемые ранее традиционные методы исследования, для обнаружения и идентификации веществ используется тонкослойная хроматография.

Наиболее оптимальным для изолирования амфетаминов является изолирование полярными растворителями при реакции среды 11 (величина рКа амфетамина и метамфетамина соответственно равны 9,9 и 10,1). Так наиболее частым образцом исследования по определению наличия веществ данной группы является моча, предлагается следующая схема анализа.

Экстракция: В коническую колбу помещают мочу, добавляют равное количество 1М раствора гидроксида натрия, двойное количество дистиллированной воды и хлороформ в 2<sup>х</sup> кратном количестве по отношению к объему полученной смеси. Колбу закрывают и встряхивают 5-10 минут, далее смесь центрифугируют и верхний водный слой отбрасывают. При необходимости для лучшей очистки необходимо провести реэкстракцию 0,15М раствором серной кислотой. При выпаривании растворителя во избежание потерь из-за летучести свободного основания производных амфетамина необходимо соединение перевести в солянокислую соль. Это достигается добавлением к экстракту спиртового раствора соляной кислоты (50 мкл смеси спирта (желательно метанол) с концентрированной соляной кислотой 9:1).

Приготовление растворов свидетелей: Анализируемые соединения выделяют из водных растворов измельченных таблеток (желательно после обработки в ультразвуковой бане в течение 15 минут и фильтрации). Экстракцию проводят по той же методике, что и изолирование из мочи описанной выше. При испарении растворителя для перевода веществ в форму кристаллических гидрохлоридов осторожно, небольшими порциями добавляют спиртовый раствор концентрированной соляной кислоты. Затем готовят растворы, содержащие 1 мг вещества в 1 мл этанола или этилацетата. В качестве свидетелей наносят на ТСХ пластинку по 5 мкл. Экстракт мочи выпаривают досуха в пробирке, сухой остаток растворяется в спирте. Весь экстракт наносится на хроматографическую пластинку при помощи капилляра.

Исследование в тонком слое сорбента: Пластинки должны быть предварительно высушены при комнатной температуре, в сушильном шкафу при 120° в течение 10 минут.

Системы растворителей: ТА (по Кларку) Метанол-25% раствор гидроксида аммония 100:1,5 и система ТЕ (по Кларку) Этилацетат-метанол- 25% раствор гидроксида аммония в соотношении 85:10:5. Далее необходимо удалить все следы гидроксида аммония.

В качестве реагента использовать два раствора: раствор А: 1% раствор Черного прочного К в воде (хранить не более 3<sup>х</sup> дней). Раствор Б: 1М раствор гидроксида натрия.

Опрыскивать пластинку вначале раствором А, подсушить, отметить полученные окрашенные зоны. Вторичные амины, метамфетамин и некоторые из метилендиокси-аналогов (МДЕ- метилендиоксиамфетамин «Еve», МДМА – метилендиоксиметамфетамин «Ectazy» Adam, ESSENCE, ХТС) дают сразу же пятна оранжевого цвета. Затем пластинку опрыскать раствором Б, высушить пластинку. Первичные амины: амфетамин и другие замещенные производные амфетамина, такие как метилен-диоксиамфетамин (МДА), метокси-метилендиоксиамфетамин (ММДА), диметокси-метиламфетамин (ДОМ), бромодиметоксиамфетамин

(ДОБ) и другие дают окрашенные в фиолетовый цвет пятна. Если после подсушивания пластинку повторно опрыскать раствором А, цвет пятен усиливается. По литературным данным предел обнаружения для амфетамина и метамфетамина составляет 0,1 мкг и 0,05 мкг соответственно.

При проведении исследований рекомендуется использовать в качестве «холостого» образца извлечения из однотипных объектов (в данном случае моча не включающая каких-либо наркотических и лекарственных соединений), что позволяет исключить влияние биогенных соэкстрактивных веществ.

Следует также иметь в виду, что помимо производных амфетамина данный реагент дает различные окрашивания с некоторыми другими веществами. Бромгексин, амантадин, доксицилин, мескалин и другие дают оранжево-красное окрашивание. Амитриптилин, кетамин, метопролол, нортриптилин, парацетамол, фуросемид, хлорпротиксен дают фиолетовое, азалептин синее окрашивание.

Черный прочный К может быть использован в качестве одного из реагентов для обнаружения производных амфетамина, а также для скрининга веществ основного и нейтрального характера.

**Вывод:** Препараты группы амфетаминов являются средствами стимулирующими центральную нервную систему и относятся к психотропным стимуляторам. Основными представителями являются амфетамин (фенамин) и метамфетамин (первитин). Фенамин и первитин являются наркотическими препаратами и часто встречаются в незаконном обороте наркотических веществ. Кроме фенамина и первитина в незаконном обороте встречается еще много производных. Поэтому довольно часто встречаются отравления данными препаратами. Для их обнаружения и идентификации используется тонкослойная хроматография. Метод применения тонкослойной хроматографии является наиболее быстрым, более чувствительным и точным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Clarc C.R.; DeRuiter J., Noggle F.T. // J Chromatogr. Sci. С 167-177.
2. Руководство по химико-токсикологическому анализу наркотических и других одурманивающих средств/ Под редакцией Изотова. М-1993.
3. «Химико-токсикологический анализ веществ, вызывающих одурманивание». Москва 1989 г.

УДК 616.366-003.7-07-08

#### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Б.Д. Сексенбаев, Ж.Ж.Баймухамбетов, Г.Д.Сексенбаева, Г.Р.Исакулова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областная клиническая больница г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан Облыстық Емхана жағдайында бауыр-өт жолдары патологияларының кездесу жиілігі анықталған. Зерттеу барысында жүргізілген өт-тас ауруының алдын алу, және бастапқы кезеңдерінде емдеу жолдары осы мақалада жарық көріп отыр.

#### SUMMARY

Article is devoted diagnostics and treatment of initial forms of a stone cholecystitis, as a result of the spent researches at base of Regional Clinical polyclinic. Article published results of studies on the diagnosis and treatment of early forms of calculus cholecystitis.

В последние годы наблюдается дальнейший рост частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ), причем все чаще встречаются осложненные формы. (1,2) Поэтому диагностика и лечение ранних форм ЖКБ является одной из актуальных проблем гепатологии.

В последней классификации ЖКБ (III съезд Научного общества гастроэнтерологов России, 2002г) билиарный сладж (БС) отнесен к I (начальной) стадии ЖКБ.

Билиарный сладж по литературным данным в 24-55% определяется у лиц с жалобами, характерными для так называемой диспепсии билиарного типа (3).

К развитию БС приводит перенасыщение желчи холестерином, в результате чего она приобретает литогенные свойства. Факторы, способствующие формированию БС, те же, что и при холецистолитиазе, перенасыщение желчи холестерином, снижение сократительной функции желчного пузыря и нарушение динамического равновесия между активностью ряда белков.

При хорошей сократительной функции желчного пузыря все агрегировавшие частицы выбрасываются в двенадцатиперстную кишку. При начальных формах ЖКБ выявляются различные варианты функциональных нарушений. Холелитиазу способствует билиарная дисфункция в виде гипотонии желчного пузыря и гипертонуса сфинктера Одди. Так как желчный пузырь обладает большой концентрационной функцией, снижение эвакуаторной функции желчного пузыря при сохранении его концентрационной функции способствует формированию БС, а затем и желчных камней. От 8 до 20% у больных БС образуются желчные камни, что также говорит о том, что БС является начальной стадией ЖКБ.

Мы при амбулаторном обследовании в поликлинике Областной клинической больницы за 2005 – 2009гг (415 пациентов) у 38,5% обнаружили явления билиарного сладжа. Эхографическую картину при УЗИ принято делить на 3 варианта .

Микролитиаз - взвесь гиперэхогенных частиц в виде точечных, единичных или множественных, смещаемых гиперэхогенных образований, не дающих акустической тени, выявляемых после изменения положения тела пациента.

Эхонодородная желчь с наличием различной плотности сгустков, смещаемых не дающих акустической тени, или в редких случаях с эффектом ослабления за сгустком.

Сочетание замазкообразной желчи с микролитами. При этом микролиты могут быть одновременно как в составе сгустка замазкообразной желчи, так и в полости желчного пузыря.

При помощи УЗИ изучалось состояние стенки желчного пузыря – наличие воспаления или холестероза, что говорит о формировании БС. При биохимическом исследовании желчи выявлялось снижение холатахолестеринового коэффициента и повышение индекса насыщения холестерином.

Из клинических признаков чаще всего при БС проявлялись симптомы билиарной диспепсии (3). Прежде всего это были боли в правом подреберье, горечь во рту.

Литературные данные (3,4,5) и наши исследования подтверждают, что БС при отсутствии лечения приводит к дисфункции сфинктера Одди, острому холециститу, билиарному панкреатиту, холангиту.

Поэтому актуальным является своевременное устранение причин, способствующих формированию БС и развитию осложнений.

Для лечения БС в настоящее время применяют препараты урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан), которые тормозят синтез холестерина и улучшают реологические свойства желчи. Кроме того Урсосан тормозит всасывание холестерина в кишечнике, образует жидкие, растворимые кристаллы с холестерином.

Неронов В.А. соавторами (5) проведя 3-х месячное лечение урсодексихолевой кислотой, показали достоверное улучшение всех изученных параметров: устранение гипертонуса сфинктера Одди, снижение вязкости пузырной и печеночной желчи, повышение холата –холестеринового и фосфолипидно - холестеринового коэффициентов, ликвидацию сладж – синдрома и микроэлементов во всех порциях желчи с уменьшением ее литогенных свойств.

Урсосан назначали в виде постепенного повышения дозы до эффективной -15мг на 1кг массы тела, 1 раз в сутки на ночь, через 1 час после ужина. Продолжительность лечения от 1 до 6-8мес. в зависимости от выраженности клинической картины и данных УЗИ.

В результате лечения у 90% больных отмечалось купирование симптомов билиарной диспепсии, уменьшались или исчезали боли в правом подреберье, а биохимические показатели крови нормализовались. УЗИ картина содержимого желчного пузыря также показала, что на фоне лечения урсосаном быстрее исчезают явления БС и восстанавливается эвакуаторная функция желчного пузыря. Побочных эффектов не было.

Таким образом с помощью УЗИ можно диагностировать ЖКБ на начальной стадии (БС), до формирования желчных камней. При клинических проявлениях БС необходима консервативная терапия препаратом урсосан.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вихрова Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение. Автореф.дис.канд.мед.наук. М.,2003.
2. Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клиническое значение билиарного сладжа. Consilium medicum / приложение / гастроэнтерология №2/ 2005.
3. Буевров А.О. Возможности клинического применения урсодезоксихолевой кислоты. Consilium medicum Том 07/№6 / 2005. с.44-46.
4. Неронов В.А., Максимов В.А., Чернышев А.Л. Внешнесекреторная функция печени у больных вирусными гепатитами, диагностика и подход к лечению // Доктор. Ру.- 2007.- №3. – с.6-10.
5. Журнал «Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии» № 6, 2004 год А. Р. Рейзис, доктор медицинских наук, профессор ЦНИИЭ МЗ РФ, Москва.

УДК 616.33-002.44:616.342]-07

#### АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*М.М.Рысбеков, М.Х.Бигалиев, М.Р.Есиркепов, Т.С.Шауенов.  
Международный Казахско-Турецкий университет им. Ясави.г.Шымкент  
Больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент.*

#### ТҮЙІН

Шымкент қалалық медициналық жедел жәрдем ауруханасына 2001-2007 жж. арасындағы асқазан және он екі елі ішек жарасының тесілгендегі асқинуын емдеуде жіберілген қателіктер туралы баяндалады.

SUMMARY

This article is informed on errors made at treatment of punching of an ulcer of duodenum and stomach during the period 2001 on 2007 y. in the Hospital of the first help of Shimkent city.

Прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки относится к одним из опасных и грозных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Если учесть, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки распространенное заболевание среди 8-10% взрослых жителей, причем болезнь нередко возникает в молодом трудоспособном возрасте от 20 до 40 лет (70-88%).

Мужчины в 10 раз чаще, чем женщины заболевают язвенной болезнью, причем язвой двенадцатиперстной кишки часто страдают люди в возрасте 20-40 лет, а язвой желудка в возрасте 50-60 лет и старше. В настоящее время доказано, что в этиологии язвенной болезни желудка и ДПК имеет значение и инфекционный фактор. Выявлена корреляционная зависимость между степенью обсеменения *Helicobacter pylori* слизистой и воспалительным процессом в кратере язвы и окружающих тканях (Исаков В.Т, Аруин А.И, 1996; Брискин Б.С, 1996 г; Изатуллаев Е.А.2000).

Одними из осложнения язвенной болезни являются кровотечение и прободение язвы в свободную брюшную полость. Такие осложнения как пенетрация, малигнизация и стеноз выходного отдела желудка встречаются реже, чем предыдущие.

Опасность и тяжесть перфораций язв для больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки связано с возникновением распространенного перитонита. По-видимому, играет роль и инфекция *Helicobacter pylori*, поступающая в брюшную полость вместе с содержимым желудка и двенадцатиперстной кишки, ведь острый перитонит терминальной фазы может наступить у одних больных за короткое время, например у поступивших через 24 часа после перфораций язвы в свободную брюшную полость и в то же время, у других пациентов поступивших после суток и более от начала заболевания нередко расценивается как токсическая фаза перитонита.

Перфоративная язва продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которая составляет 5,0-17,9% и достигает 46,7% в группе больных с послеоперационным перитонитом. Также показатели летальности связаны с прогрессированием перитонита, развитием несостоятельности швов и септическими осложнениями.

В БСМП г.Шымкента в 2001-2007 гг. поступили в экстренном порядке 404 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них умерли 19 пациентов, что составило 4,7%.

По возрасту умершие распределились следующим образом: в возрасте 29-40 лет – 4 (21%); 41-50 лет – 1(5%); 51-60 лет – 4 (21%); 61-70 лет – 3 (15%); и старше 71 года – 7 (37%) больных, то есть в пожилом и старческом возрасте умерли 53%. По локализации: язвы желудка- 7, язвы двенадцатиперстной кишки- 12. По полу: мужчин – 15, женщин – 4.

По срокам госпитализации умерших больных : до 6 часов от начала заболевания -2, до 24 час – 7, до 72 час – 5 и свыше 3-х суток -5. Причины летальных исходов представлены в таблице.

Таблица 1. Причины летальных исходов больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки

№	Причина летального исхода	Количество больных	%
1	Полиорганная недостаточность при терминальной стадии перитонита	8	42,1
2	Декомпенсированные кардиологические патологии	6	31,5
3	Тромбоэмболия легочной артерии	3	15,7
4	Цирроз печени	2	10,5
	Всего	19	100

Как видно из таблицы имело место полиорганная недостаточность как следствие терминальной стадии перитонита в более трети наблюдений и тяжелые сопутствующие заболевания приведшие к декомпенсации с летальным исходом.

Приводим эти наблюдения. Больной Л., 31 г., поступил через 28 часов от начало заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту,резкую слабость. При поступлении состояние тяжелое, пульс нитевидный, АД 60/40 мм. рт. ст., при пальпации живот резко болезнен, положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу. Ранее в лечебно-профилактических учреждениях не наблюдался. С диагнозом: “ Прободная язва желудка, разлитой перитонит “ в условиях операционной внутривенно введены солевые и растворы глюкозы в общем количестве 1600 мл, стабизол 500,0 мл , дофамин 0,5%-200 мг и преднизолон 90 мг. После стабилизации АД под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия, обнаружена прободная язва передней стенки двенадцатиперстной кишки осложненной разлитым гнойно-фибринозным перитонитом терминальной стадии. После ушивания прободной язвы, санации и дренировании брюшной полости больной не выходя из состояния шока умер через 24 час после операции. Больной Ш. 53 г., поступил в больницу через 4 суток от начала заболевания – появления резких болей в эпигастральной области, тошнота, рвота, беспокоили сухость и горечь во рту. Состояние

тяжелое, пульс 106 уд в/мин, АД 100/60 мм.рт.ст., на обзорной рентгенографии брюшной полости обнаруживается свободный газ, выставляется диагноз прободная язва желудка. При лапаротомии обнаруживают гнойный выпот в брюшной полости около 900,0 мл и прободная язва двенадцатиперстной кишки размером 1,5х 1,0 см с отверстием 0,3 х 0,4 см. Последнее ушито двухрядными швами капроном и назогастральный зонд проведен в двенадцатиперстную кишку.

Послеоперационный период протекал тяжело с явлениями пареза кишечника и интоксикации. Через 4 сут релапаротомия в связи с нарастанием интоксикации и картиной перитонита. Несостоятельности швов ушитой прободной язвы не обнаружено, а зонд продвинут до трейцевой связки. Причиной интоксикации и пареза кишечника явилось вялотекущий перитонит. Через 2 сут при ревизии раны выделилось кишечное содержимое. Произведена релапаротомия, обнаружена полная несостоятельность швов ушитого дефекта язвы. После санации брюшной полости произведено повторное ушивание прободного отверстия и декомпрессия тонкого кишечника. Через день повязка обильно пропиталась желчью и поэтому больной взят на повторную релапаротомию, во время которой обнаружена полная несостоятельность швов ушитой прободной язвы. Произведена пластика язвы круглой связкой печени и холецистостомия. Однако, через 4 сут наступила полная эвентрация и обильно стало выделяться содержимое двенадцатиперстной кишки через рану, которое постоянно аспирировалась водоструйным отсосом и рана тампонировалась между дренажных трубок.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось и наступила смерть. При анализе летальных случаев у 8 больных летальный исход был связан с полиорганной недостаточностью при терминальной стадии перитонита, у 6- декомпенсированной кардиологической патологией, у 3- тромбозом легочной артерии и у 2 - декомпенсированный цирроз печени.

Проведенный анализ умерших показывает в необходимости уделении более пристального внимания в диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в ЛПУ г.Шымкента.

Следует проводить адекватную терапию сердечно-сосудистых заболеваний, проводить профилактику тромбозов легочной артерии с использованием современных низкомолекулярных гепаринов.

Необходимо проводить разъяснительную работу среди населения с целью ранней диагностики и своевременной консервативной терапии больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Е.А.Изатуллаев, М.А.Алдиярова, М.А.Атабекова. Значение инфекции *Helicobacter pylori* в патологии желудка и ДПК. Алматы, 2000. С 120.
2. С.М.Луценко. Клиническая характеристика и хирургическое лечение с прободными язвами желудка и ДПК. Клиническая хирургия.1989.№4 С 12-14.
3. С.В.Лохвицкий, В.В.Дарвин, А.В.Прошин и др. Оценка результатов хирургического лечения язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Вестник хирургии им. И.И.Грекова.1998.№2.С 18-20.
4. В.В.Семенов, В.И.Спиратов, С.В.Зиновьев. Результаты хирургического лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия.1989.№10.С94-98.
5. Анализ отдаленных результатов ушивании прободных пилородуоденальных язв и факторов, влияющих на течение болезни. Ю.С.Чекмасов. Автореф. дис. канд. мед. наук. 2007.С-Петербург.

УДК 616.3-008.14-07-08

#### ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨТ ТАС АУРУЫН ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ

*М.Б. Аймағамбетов*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

*Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы.*

#### РЕЗЮМЕ

В этой статье указана тактика лечения желчнокаменной болезни у людей пожилого и старческого возраста, а также значимость ухода при соответствующей патологии.

#### SUMMARY

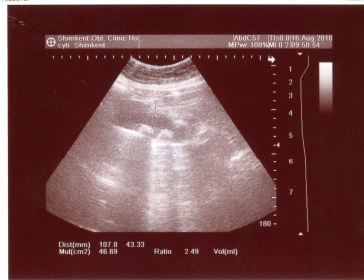
In this article the authors show own practice of the treatment cholelithiasis at the patients of old age. The speciality of this catheter is was of concurrent diseases, and that's why they need individual treatment (tactic).

Өт- тас ауруымен ауыратын сырқаттар деңгейі соңғы он жылдықта күрсақ қуысы ағзаларының ішінде айтарлықтай жоғарлаған. Егде және қарт жастағы науқастардың әртүрлі қосарланған ауруларымен бірге жүретіндігі қазіргі таңға дейін маңызды сұрақтар қатарында келеді. [1,2,3,4,5].

**Мақсаты:** өт-тас ауруларын емдеу нәтижесін жақсарту.

**Материал және әдістер:** Оңтүстік Қазақстан облысы клиникалық аурухананың бірінші хирургия бөлімінде кейінгі 2006-2009жылдар аралығында өт -тас ауруымен емделген 400 науқастың емдеу нәтижесін сараптадық. Олардың ішінде 62 науқасқа өт жасалынған. Жастық көрсеткіштері 60-90 жас аралығында.

Олардың арасында әйелдер 42ж (67,7%), ерлер 20ж (32,3%). Науқастардың барлығында әртүрлі қосарланған сырқаттар табылған. Жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары (гипертониялық аурулар, ЖИА, инсульт) және тыныс алу ағзаларының аурулары. (созылмалы бронхит, бронхиалды астма, созылмалы пневмония т.б.).78% науқастарда кездескен. Асқазанның жара аурулары 12 елі ішектің және асқазан ішек трактілерінің аурулары 23 %, несеп тас аурулары 13%, қан диабеті 8%, науқастардың барлығы оперативті емге дейін УДЗ, ЭКГ, өкпе рентгені, өт жолдарын периаральды тамыршілік контраст препараттары ЭФГДС биохимиялық сараптамалары т.б. тексеру тәсілдерінен өткізілген. Қорытынды және талқылау: өт – тас ауруымен зардап шеккен науқастар ұзақ уақыт (5 жылдан жоғары). Олардың ішінде оперативті ем жасалынған. 40-64% науқаста өт-тас ауруының өршу сатысында стационарлы және амбулаторлы бірнеше рет емделген.(1-сурет).



Сурет №1

Консервативті ұзақ уақыт емдеу барысында әсіресе литогенді препараттарды қолданғанда асқинуларға алып келетіндігі байқалған. Бауырды зақымдап асқазан асты безін және бауыр ішілік магистральды өт жолдарын, өт арқылы кішкентай тас сегменттері жалпы өт жолына түсіп жаңа тастың түзілуіне өт – тас ауруының асқинуы механикалық сарғаюға алып келеді.

Холангит, сарғаю болған жағдайда бауырды калпына келтіру мақсатында оперативті ем жүргізілді. Лапароскопиялық холецистэктомия (27), традициялық (23), трансдуоденалды папилосфинктертомия жалпы өт жолын дренаждау (4), өт жолында гипертензия болғандықтан егде жастағы адамдарда оң жақ қабырғасында ауырсыну белгісі тұйық өтеді. Сондықтан бұл адамдарда жүректің айнуы, ауызынан ащы дәмнің келуі, эпигастри аймағы ауырлайды. Метеоризм іш қату, кей жағдайда көз склері сарғайады. Егде жастағы қарт науқастарды емдеу барысында 3 жағдайда абдоминалды инфаркт миокард белгілері байқалған. өт ұстамасында, ЭКГ сараптау нәтижесінде, жүрек тұсының қатты ауырсынуында.

Егде және қарт жастағы науқастарды операция жасау барысында операция ішілік диагностиканың рөлі зор. 12 елі ішек асқазан асты безі, бауыршілік өт жолының операция ішілік Холонгиография әдісін кеңінен пайдаланады. Сондай-ақ бұл көп жағдайда традициялық холецистэктомия өт жолынан тас алған жағдайда және өт жолын №2-5 нөмірлі зондпен тексерген жағдайда диагностикалық маңызға ие. Егде және қарт 60жастан жоғары науқастарда қосарланған ауру бірге жүреді. Сол себептен операциядан кейінгі кезеңде науқастарға ерекше көңіл бөлген тиімді. Көбінесе кездесетін қосарланған сырқаттар атеросклероз, кардиосклероз, пневмосклероз осы сырқаттарды алдын-алу мақсатында қан айналу қызметін жақсарту үшін жүрек гликозидтері аз дозада беріп, қан ұйғыштығын бірнеше күн бақыланады. Қарт жастағы науқастардың созылмалы холециститтің ағымды сатысында консервативті ем жүргізіледі. Холециститтің өршу сатысында екінші реттік панкреатит болған жағдайда оперативті ем кеңінен қолданылады. Өт - таспен ауырған егде жастағы науқастарда қосарланған сырқат бірге жүретіндіктен операциядан кейінгі кезеңде асқинулардың алдын алу үшін емдеу, тыныс алу гимнастикаға көңіл бөлген жөн және егде қарт жастағы адамдар жеке күтімді қажет ететіндігі тиімді .

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Хожибаев А.Ш. Диагностика и хирургическое лечение холедохолитиаза у пациентов пожилого и старческого возраста. // Ан.хир.гепатол., 2007, т.12 №3. с.120.
2. Шторин С.Г., Абеуов М.Е., Жумакаева Г.К. Лечение острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста. // Ан.хир.гепатол., 2006, т.11 № 3, с.129.
3. Баширов А.Б., Асанов М.А., Алибеков А.Е. Профилактика послеоперационных осложнений у больных механической желтухой. // Вестн.хир.Каз., 2005, № 3, с.29-30.
4. Мукашев У.Н., Сергеев В.А., Сактаганов К.Е. и др. Лечение желчнокаменной болезни осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. // Вестн.хир.Каз., 2005, № 3, с.31-32.
5. Галперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.Медицина 1987г. 335стр.

УДК 616.12-07-08-082.

**ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ  
КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Г.А. Ахметова

Областной кардиологический центр, г. Шымкент

**ТҮЙІН**

Коронароангиография - коронарды арнаның барлық анатомиялық құрылысын анықтауға мүмкіндік беретін әдіс болып табылады. Зерттеудің мақсаты коронароангиографиялық зерттеулерден кейінгі әртүрлі ишемиялық жүрек аурулары бар емделушілердің жүргізуі тактикаларын анықтау болды. Біздің ишемиялық жүрек аурулары бар адамдарға коронарлық шунт кою тәжірибемізге сүйенсек, ишемиялық жүрек ауруы бар науқастарға коронарлық ангиография жүргізу нәтижесінде келесі қорытынды жасалды: науқастарға жасалған инвазивті және оперативті АКШ науқастардың өмір сапасын, аурудың болжамының жақсаруына, өлімнің төмендеуіне, ми инсультінің азайуына ғана алып келмей, нәтижесінде науқастардың қайта емделу жағдайын азайтады.

**SUMMARY**

Coronary angiography - is the only method that makes possible to examine the anatomic structure of the entire coronary channel. The purpose of the research was to define the tactics of conduct of the patients with different types of ischemic heart disease after coronary angiographic examinations. In the process of the examination 1181 patients were examined and as the result the following resume was made: invasive operations and coronary artery bypass grafting has beneficial effect not only in making their life better but also makes better the prognosis for a disease, decrease of the mortality.

Задача коронароангиографии – определить анатомическое строение коронарных артерий и степень обструкции их просвета [8]. Коронароангиография-единственный из существующих методов, который позволяет определить детали анатомического строения всего коронарного русла и является стандартом по сравнению с остальными [6,7].

Целью исследования является определение тактики ведения больных с различными формами ИБС после коронароангиографических исследований.

**Материалы и методы:** До проведения коронароангиографических (КАГ) исследований 1181 пациенту с различными формами ИБС определяли следующие показатели: коагулограмма, уровень общего холестерина и его фракции, уровень сахара в крови натощак, креатинин, электролиты, СРБ, маркеры вирусных гепатитов В и С, группа крови и резус фактор, АТ к ВИЧ, кровь на RW, проводили следующие инструментальные методы исследования: ЭКГ, трансторакальную ЭхоКГ, по показаниям суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенография грудной клетки, ЭФГДС, ВЭМ, тредмил с определением толерантности к физической нагрузке [1].

**Аппараты:** ЭХО-КГ «Vivid-3» GE (США), ВЭМ-проба («Erqoline 800» - Германия), Тредмил-тест («Нейрософт» - Россия), суточное мониторирование ЭКГ («Nihon Konden» - Япония), коронароангиография – на аппарате Arpellem, Axiom ARTIS dFC фирмы Siemens (Германия).

**Результаты:** В 2009 году под наблюдением врачей консультативно-диагностической поликлиники Областного кардиологического центра находился 1181 пациент.

Клиническая характеристика пациентов:

Таблица 1

Показатели	N	%
Количество больных	1181	
Мужчины	851	72
Женщины	330	28
Возраст (средний)	59 + 1,5 лет	
Сахарный диабет	331	28
Гиперхолестеринемия	1028	87
Артериальная гипертония	886	75
ОНМК в анамнезе	33	2,8
Ожирение	177	15
Курение	426	36

Из 1181 пациентов мужчин было 851 (72%), средний возраст 59 + 1,5 года. У 331 пациентов наблюдалось сахарный диабет ( что составило 28% ), гиперхолестеринемия у 1028 (87%). Факторы риска , такие как ожирение и курение имелись у 177 (15%) и 426 (36%) пациентов соответственно.

По результатам проведенных проб с физической нагрузкой под контролем электрокардиограммы выявлено 109 пациентов с высокой толерантностью к физической нагрузке, которым была продолжена

медикаментозная терапия: антитромбоцитарные средства,  $\beta$ - адреноблокаторы, ИАПФ, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, статины, антикоагулянты (АСС\АНА, 2007г)[2,3].

Больным с низкой толерантностью к нагрузке проведены коронарографические исследования – 1072 случая. Из них по результатам КАГ:

Таблица 2

Показано	проведено в
Коронарное шунтирование 365 пациентам (34,04%)	49,86%случаев (182 пациента)
Стентирование коронарных артерий 395 пац (36,84%)	90,88% случаев (359 пациентов)
Консервативное лечение 312 пациентам (29,1%)	43,26% случаев- ударно-волновая терапия (135 пациентов)

Как видно из приведенной таблицы, половине пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий (КА) проведена хирургическая реваскуляризация миокарда силами кардиохирургов ОКЦ, почти 91% пациентов в ангиокардиографической лаборатории ОКЦ проведены балонная ангиопластика с последующим стентированием пораженного участка коронарных артерий. При отсутствии гемодинамически значимых стенозов КА у 29,1% пациентов им показана дальнейшая консервативная медикаментозная тактика. 43,26% данных пациентов проведен курс экстракорпоральной кардиологической ударно-волновой терапии. Целью данной терапии является улучшение перфузии миокарда путем неонангиогенеза.

Сократительную способность миокарда оценивали с помощью трансторакальной эхокардиографии по общепринятой методике, рекомендованной Американским обществом эхокардиографии. Интегральным показателем сократимости ЛЖ принимали фракцию выброса ЛЖ.

Фракция выброса ЛЖ	
До хирургической реваскуляризации 48+1,5%	После 65+1,5%
До стентирования КА 52+1,5%	После 59+1,5%

Таблица 3

Исходя из полученных данных, можно с уверенностью отметить, что после применения чрескожных вмешательств или проведенного КШ наблюдается динамическое улучшение показателей ЭХОКГ (повышение фракции выброса), возрастает толерантность к физической нагрузке, что ведет к улучшению качества жизни пациентов с хронической ИБС.

Учитывая рост заболеваемости больных с ИБС, планируется во второй половине 2010 года открытие второй ангиокардиографической лаборатории и второй операционной, что позволит нам оказывать помощь больным не только с коронарной патологией, но и с врожденными и приобретенными пороками сердца, патологией аорты и периферических сосудов.

**Выводы.** Исходя из нашего опыта проведения КАГ больным с ИБС, мы пришли к выводу, что проведение инвазивных вмешательств и операции АКШ благоприятно сказывается на больных не только в плане улучшения качества их жизни, но и улучшения прогноза заболевания, снижения смертности, частоты мозгового инсульта, закрепляет хорошую приверженность к медикаментозной терапии, что в свою очередь сказывается на снижении повторных госпитализаций [4,5].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации, разработанные рабочей группой Европейского Общества Кардиологов и Европейского Совета по реанимации. Лечение острых сердечных приступов на догоспитальном этапе. Международный журнал медицинской практики, 2000, №7, с. 44-62.
2. Руководство по ведению пациентов с инфарктом миокарда с элевацией ST АСС/АНА. 2007
3. Руководство по ведению пациентов с нестабильной стенокардией/инфарктом миокарда без элевации ST АСС/АНА. 2007.
4. Диагностика и лечение больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Российские рекомендации ВНОК. 2007.
5. Рекомендации по ведению больных с острым коронарным синдромом. МЗ РК. Ассоциация кардиологов РК. 2008.
6. Острый коронарный синдром. Диагностика и лечение на этапах медицинской помощи. Методическое пособие. Абseitова С., Алипова Г., Ойларова Т., Басс Е, Шымкент, 2009.
7. Рентгеноэндоваскулярная хирургия ишемической болезни сердца. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов. НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН. Бокерия Л., Алекян Б.
8. Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда – современное состояние вопроса. Бокерия Л., Алекян Б. Москва, «Медицина», 2007.



УДК

## АНТРОПОГЕНДІ ГЕОХИМИЯЛЫҚ АЙМАҚТАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ БРУЦЕЛЛЕЗДЕ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖӘНЕ НЕСЕП БӨЛУ-ЖЫНЫС ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Б.С.Молдалиев, А.Е.Мамутова

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

Бүгінгі күні ауыл шарушылығымен белсенді айналысатын елдерде бруцеллез инфекциясының таралуы эпидемия деңгейіне жетіп отыр. Оның ішінде Қазақстан Республикасында мал шарушылығының жеке секторға өтуіне байланысты және де осы бағыттағы алдын-алу іс-шараларының жүйелі жүргізілмеуі бұл инфекцияның тұрғындар арасында кеңінен таралуына әкелуде [4-5].

Қазақстан Республикасының көптеген қалаларының ұзақ жылдар бойы өндіріс қалдықтарының көптеп жиналуынан антропогенді геохимиялық аймақ ретінде қалыптасуы және оның адам ағзасына әсері бірнеше ғылыми зерттеу жұмыстарының нәтижесінде белгілі [1.2.3].

Біздің зерттеуіміздің мақсаты: ауыр метал тұздарымен ұзақ уақыт улану жағдайындағы созылмалы бруцеллезде жүрек-тамыр және несеп бөлу-жыныс жүйесінің зақымдануларының ерекшеліктерін анықтау.

**Материалдар мен зерттеулер:** Ол үшін Кентау қалалық жұқпалы ауруханасында созылмалы бруцеллезбен 2006-2008 жылдары емделген 228 науқастың клиникалық-зертханалық мәліметтеріне талдау жасалынды. Олардың: 22-і (9,23%) «Біріншілік созылмалы бруцеллезбен», 216-ы (90,8%) «Екіншілік созылмалы бруцеллезбен», талдау жасалынған науқастардың бәрі Кентау қаласында көп жылдар бойы тұрғандар, олардың орта жасы  $43,3 \pm 14,6$ . Осыған орай науқастардың бәрі қоршаған ортаның зиянды әсерлерімен ұзақ уақыт байланыста болған, оның ішінде ауыр метал тұздарымен созылмалы уланған деп айтуға болады.

Созылмалы бруцеллезбен аурушандық жетілігі ерлер ( $46,2\% \pm 3,2$ ) мен әйелдер ( $53,8\% \pm 3,2$ ) арасында бірдей шамасында. Науқастарды жасына байланысты талдағанда: 21-30 жас ( $20,2 \pm 2,6\%$ ), 31-40 жас ( $14,7 \pm 2,3\%$ ), 41-50 жас ( $21,8 \pm 2,7\%$ ) құрады, яғни, көпшілігі еңбекке қабілетті жастағылар. Науқастардың Кентау қалалық жұқпалы аурулар ауруханасына жолдамамен «Бруцеллез» диагнозы қойылып келгенде, немесе Райт, Хаддлсон реакцияларының нәтижесімен, гемодакылдың бөлінуі анықталған жағдайда ғана жатқызылғанын айта кету керек.

25-36% науқастарда жедел үрдіс өткен соң бір жыл ішінде ошақты және жалпы көріністің пайда болуы екіншілік созылмалы бруцеллездің дамуын айғақтайды. Клесі кезеңде қайталаулардың бір жыл ішінде бірнеше дамуы созылмалы инфекцияның толқын тәрізді ағымын берді (декомпенсация).

2006 жылы жедел бруцеллезбен ауырған 107 науқастың 31-де (29%) бір жыл ішінде екіншілік созылмалы бруцеллез дамыса, ал 66-да (62%) алғашқы жылы ошақты және жалпы белгілер болды. Қорыта келе жедел бруцеллездің созылмалыға ауысуы 61-91% құрады.

2007 жылы жедел бруцеллезбен 94 науқас емделді. Олардың 24 (25%) бір жыл ішінде, 34 (36%) 3 жыл ішінде екіншілік созылмалы бруцеллез дамыды. Бірақ бұл сырқаттың клиникалық белгілері жедел бруцеллезбен ауырған кейін бір жыл ішінде байқалған. Біздің бақылауымызда жүрек-тамыр жүйесінің зақымдануы жүрек тұсының ауырсынумен, жүректің соғып кетуімен, жүрек аймағында жағымсыз сезімнің болуымен сипатталды 26 ( $10,9 \pm 2,0\%$ ). Физикалық тексеру кезінде ырғақ бұзылысы 3 ( $1,3 \pm 0,7\%$ ) науқаста, брадикардия 21 ( $8,8 \pm 1,8\%$ ) науқаста, тахикардия 28 ( $11,8 \pm 2,1\%$ ) науқаста, 39-да ( $16,4 \pm 2,4\%$ ) артериялық қысымның көтерілуі, 26-да гипотония ( $10,9 \pm 2,0\%$ ), жүрек тондарының әлсіреуі науқастардың жартысында, яғни ( $51,7 \pm 3,2\%$ ) байқалды. Барлық гипертония анықталған науқастар артериялық қысымының жоғары болуымен диспансерлік тізімді тұрады. ЭКГ-ның: Т тішесінің теріс болуы, Гис будасының толық емес блокадасы 64 науқаста ( $26,9 \pm 2,9\%$ ) болды. Аталған патологиялық өзгерістер бруцеллезбен ауырғанға дейін науқастарда анықталмаған. Жүрек қан-тамыр жүйесінің зақымдануының клиникалық көрінісі келесі кестеде көрсетілген. Несеп бөлу-жыныс жүйесінің зақымдалуы келесі 2 кестеде көрсетілген.

Кесте 1

## Созылмалы бруцеллезде жүрек - тамыр жүйесінің өзгерістері

Көріністері	Негізгі			
	Абс	М	±	m
Кардиалгия	26	10,9	±	2,0
Тондардың әлсіреуі	123	51,7	±	3,2
Аритмия	3	1,3	±	0,7
Брадикардия	21	8,8	±	1,8
Тахикардия	28	11,8	±	2,1
Гипертония	39	16,4	±	2,4
Гипотония	26	10,9	±	2,0
ЭКГ өзгерістері, Т тішесінің теріс, Гис будасының толық емес блокадасы	64	26,9	±	2,9

Кесте 2

## Созылмалы бруцеллезде несеп бөлу жүйесінің өзгерістері

Көріністері	Негізгі		
	Абс	М	± м
Дизурия	5	2,1	± 0,7
Протеинурия	32	13,4	± 2,0
Цилиндрурия	10	4,2	± 0,9
Орхоэпидидимит*	14	12,7	± 1,4
Дисменореа^	20	15,6	± 1,5
Ерте климакс^	5	3,9	± 0,6
Сальпингоофорит^	29	22,6	± 1,7
Өздігінен түсік^	5	3,9	± 0,6
Екіншілік бедеулік^	5	3,9	± 0,6
Ескерту:	* ерлер, ^әйелдер		

Біздің бақылауымызда несеп бөлу-жыныс жүйесінің зақымдануы несептің жалпы анализінің, бүйректің УДЗ нәтижелеріне және гинеколог дәрігерлердің қорытындыларына байланысты анықталды: 5 науқаста (2,1±0,7%) дизуриялық, 32 (13,4±2,0%) протеинуриялық, 10 (4,2±0,9%) цилиндруриялық белгімен байқалды. Ерлерде жыныс мүшесінің зақымдануы орхоэпидидимит түрінде кездесіп, ұманың ауырсынуына, дене қызуының жоғарылауына, аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюына шағымданып, алғашқыда урология бөлімшесіне түскен. Урология бөлімшесінде жүргізілген ем нәтижесіз, интоксикация сақталған, ХР және РР күдікті нәтижелерімен жұқпалы аурулар ауруханасына жолдама берілді. Әйелдерде жыныс мүшелерінің зақымдалуы: дисменореямен 20 (15,6±1,5%), сальпингоофоритпен 29 (22,6±1,7%), өздігінен үзілген түсікпен 5 (3,9±0,6%), екіншілік бедеулікпен 5 (3,9±0,6%) байқалды. Бұл мәліметтер науқастардың әйелдер кеңесі мекемесінде диспансерлік есепте тұрып, бірнеше емдеу шараларын қабылдағаны амбулаторлық карталарынан анықталды. Біздің зерттеу жұмысымызды қорыта келе келесі тұжырым жасауға болады: Антропогенді геохимиялық аймақтағы созылмалы бруцеллездің ағымында жүрек қан-тамыр жүйесінің зақымдануы кардиалгия, тондардың әлсіреуі, аритмия, брадикардия, тахикардия, гипертония, гипотония, ЭКГ өзгерістері, Т тісшесінің теріс, Гис будасының толық емес блокадасы көріністері шынайы басымдықпен көрініс тапты. Оның ішінде жүрек тондарының әлсіреуі ең жоғары жиілікте 51,7% науқаста кездесе, аритмия белгісі ең төмен 1,3 %-ды құрады. Созылмалы бруцеллездің клиникалық ағымында жыныс жүйесінің зақымдануы ер адамдарда орхоэпидидимит түрінде кездесіп 12,7%-ды құраса, әйелдерде жыныс мүшелерінің зақымдалуы ең жоғары жиілікте сальпингоофорит түрінде кездесті (22,6%). Несеп бөлу жүйесінің зақымдалуы екі жақта бірдей жиі протеинурия түрінде білінді.

Қорыта келгенде антропогенді геохимиялық аймақта ауыр металл тұздарымен тұрақты улану жағдайында созылмалы бруцеллездің клиникалық ағымында жүрек – тамыр және несеп бөлу-жыныс жүйелерінің зақымдалулары шынайы басымдықпен көрініс тапты, көп жағдайда бұл науқастардың соматикалық бөлімдерге түсіп диагностика және емдеу бағытында біраз қиыншылықтар тудыратыны айқын.

## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Акынов А.А., Некоторые аспекты накопления тяжелых металлов в биологических объектах геохимической провинции. В сборнике Вопросы гигиены окружающей среды. - Алматы. 1992. -С.73-77
2. Курманова К.Б., Жанкин А.А., Айтхожаева Л.Ж., Мустафина Т.М. Поражение сердечно-сосудистой системы больных бруцеллезом и их коррекция. Медицина №4. 2007. Б.38-40.
3. Куандыков Е.К. Комплексная оценка внешних факторов, определяющих здоровье детей и подростков промышленного центра Южного Казахстана, на примере города Кентау. Автореф. дис. канд., Алматы. 2008 с.
4. Ефимова А.А., Нежданова М.В., Сергеева Т.В., Состояние органов мочевой системы у детей, проживающих в загрязненном свинцом районе Педиатрия 1996. № 5. С. 71-73.
5. Карымбаев К.К., Сандыбаев А.Т., соавт. Кентау орталық клиникалық ауруханасы урология бөлімінде бүйрек-несеп жолдары инфекциясымен емделген науқастардың ерекшеліктері туралы: матер. респуб. конф. «Развитие здравоохранения в Туркестанском регионе. Распространенность основных заболеваний». – Туркестан, 2006.-С. 77-81.

УДК 616.24-002.2-053.2-037

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

К.А. Аскамбаева, А.Б.Пазыл, Б.К. Дауей, М.Ж. Кадырбаева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Областная детская клиническая больница, клиника «Дау-Мед» г.Шымкент

## ТҮЙІН

Барлық науқастар стандарт талабына сай мынадай тексеруден өтті: науқастардың жағдайлары анамнестикалық, клиника-лабораториялық, биохимиялық, ультрадыбыстық және рентгенографиялық тұрғыдан зерттеп, оның нәтижелерін былай бағаладық, яғни нәтижесінде балалардағы созылмалы өкпе қабынуы ауруларының болжамын ұйымдастыруға рұқсат етілді.

## SUMMARY

All patients passed standard inspection: an estimation of a condition sick by results анамнестических, the kliniko-laboratory, biochemical, ultrasonic and radiographic researches which results allow to predict formation of synchronisation of a long pneumonia at children.

**Актуальность.** Хроническая бронхолегочная патология до настоящего времени занимает одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний органов дыхания у детей [1, 2, 3]. В то же время, не влияя значительно на показатели летальности, данная патология характеризуется определенными трудностями в терапии, профилактике и реабилитации больных детей, что, безусловно, влияет на общее состояние их здоровья, процессы оптимального развития и социальной адаптации. [4, 5].

Несмотря на серьезную медико-социальную проблему значимости хронической пневмонии, вопросы ее ранней диагностики остаются еще не решенными, а болезнь, как правило, диагностируется на поздних стадиях.

Поэтому принципиально важным является прогнозирование хронизации затяжного течения острой пневмонии, что важно в составлении программы адекватного оздоровления, требующего разного подхода при выборе рационального лечения [6, 7].

**Целью исследования** явилось определение прогнозирования хронизации воспалительного процесса бронхолегочной системы у детей с затяжной пневмонией на основе результатов показателей клинико-функциональных и лабораторно-инструментальных исследований.

**Материалы и методы.** Обследовано 42 детей в Областной детской клинической больнице за 2007-2010 годы в возрасте от 1 года до 15 лет с рецидивирующим (1-я группа) и затяжным течением (2-я группа) острой пневмонии, а также хронической пневмонии (3-я группа) в периоде обострения и ремиссии. Все пациенты проходили стандартное обследование: оценка состояния больных по результатам анамнестических, клинико-лабораторных, биохимических, ультразвуковых и рентгенологических исследований. В мониторинге диагностики бронхо-легочной патологии определены также показатели легочной вентиляции и газового состава крови и кислотно-основного состояния (КОС) организма ребенка, определенными общепринятыми методами исследований в клинической практике.

С целью уточнения диагноза нами дополнительно была применена компьютерная томография, которую выполнили у 6 больных. На аппарате исследования проводили в положении больного на спине. Стандартная программа включала получение взвешенных изображений. Все измерения расстояний производили при большой степени увеличения на экране дисплея с точностью до 1мм.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ результатов клинико-функциональных и метаболических параметров при рецидивах и затяжного течения острой пневмонии показал, что воспаление легких у детей скрыло под видом проявления симптомов ОРИ, синуситов, назофарингитов, обострения хронического тонзиллита (у 16 больных). Это затрудняло диагностику начального этапа формирования хронизации пневмонии, что требовало подтверждения инфильтрации легочной ткани рентгенологически. Наблюдались признаки одышки (у 9), сухого кашля (у 6), кашля с одышкой (у 8), продуктивного кашля (у 11), классического симптомокомплекса: кашель + одышка + мокрота (у 15). А обструктивный синдром у всех детей появлялся на фоне снижения пиковой скорости выдоха у 22 (52.4%) больных.

Для II этапа хронизации воспаления легких (2-я группа пациентов) были характерны классические проявления заболевания в виде выраженной обструкции, снижения показателей пикфлоуметрии (у 59,5% больных). Напряжение кислорода в крови соответствовало чаще всего шунто-диффузионной недостаточности I степени (РаОг - 80-65 мм рт. ст.). Вентиляционная дыхательная недостаточность наблюдалась у 28,6% пациентов и в основном была гиповентиляционной I степени (РаСОг - 42-49 мм рт. ст.), что подтверждало развитие рестриктивных изменений в легких.

Изучение КОС в период разгара заболевания в большинстве случаев хорошо выявлялся компенсированный метаболический ацидоз (рН 7,29, ВЕ(-7,2), РаСОг - 30мм рт.ст.).

В III группе больных (21,4%) определялись резко выраженные снижения толерантности к физической нагрузке. Наиболее часто (66,7%) у больных регистрировалась гипоксемическая недостаточность II степени (РаОг - 64-51 мм рт. ст.). Вентиляционная недостаточность проявлялась гиповентиляционной I-II степени, а гипервентиляционная (РаСОг < 30 мм рт. ст.) была только у 11,1% больных детей с тяжелым течением. Определен часто (44,4%) суб- и декомпенсированный смешанный ацидоз [(рН до 6,91, ВЕ(-16,9))]. У 2 больных установлен также алкалоз, в основном субкомпенсированный, и только у 1 - декомпенсированный.

Оценка результатов внешнего дыхания у пациентов с вторичной хронической пневмонией с бронхоэктазами указывало на существенное снижение всех показателей. Так, на высоте заболевания хронических воспалительных заболеваний легких выявлены следующие изменения показателей функций

внешнего дыхания (ФВД): наблюдались уменьшения бронхиальной обструкции и показателей газов крови (табл. 1)

Выявлено выраженное увеличение продукции NO в крови больных детей при обострении затяжной и хронической пневмонии: концентрации метаболитов NO в крови увеличивались более чем в 2,5 раза ( $p < 0.05$ ) по сравнению с контролем, что является показателем высокой активности воспаления. В период ремиссии затяжной и хронической пневмонии у детей содержание метаболитов NO в сыворотке крови уменьшалось (до  $2,82 \pm 0,03$  ммоль/л), но не достигало контрольных значений, что согласуется с литературными данными [8, 9].

Показатели функциональной способности внешнего дыхания (в % к норме)	Улучшение		Ухудшение
	Первичное обследование	Повторное обследование	
ЖЕЛ	$76 \pm 2,4$	$82 \pm 4,8$	$68 \pm 1,2$
МОСвд (л/с)	$1,6 \pm 0,03$	$1,7 \pm 0,05$	$1,5 \pm 0,03$
PaO <sub>2</sub> , мм рт.ст	$64 \pm 0,8$	$69 \pm 0,7$	$60 \pm 0,5$
PaCO <sub>2</sub> , мм рт.ст	$42 \pm 0,5$	$36 \pm 0,6$	$46 \pm 0,7$
VE	$-(-9,8)$	$-(-6,8)$	$-(-10,2)$

Таблица 1 - Динамика показателей функции внешнего дыхания у больных детей с ХП с бронхоэктазами

При рентгенологическом обследовании выявлялись: деформация легочного рисунка по ячеисто-петлистому типу с уменьшением объема легочной ткани в очаге поражения, вздутие легочной ткани различной интенсивности, смещение границ сердца в сторону пораженного легкого. Повторные рентгенологические исследования повторно при ремиссии заболевания показали прежнюю локализацию изменений в легких. Таким образом, в диагностической скрининг-программе пневмонии у детей для объективизации этапов прогнозирования формирования хронизации воспаления легких необходима оценка показателей клинико-функциональных и метаболических параметров с решающим значением результатов лучевой диагностики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Рачинский С.В., Таточенко В.К., Волков И.К. Место хронической пневмонии и хронического бронхита в бронхолегочной патологии у детей. Педиатрия №1., 2004. – С. 58-62.
2. Байжанова М.М., Иманкулова К. Д., Маршалкина Т.В. Структура хронических заболеваний легких у детей. // III Конгресс евро-азиатского респираторного общества. Сб. трудов конгресса. Астана, 2007. С. 42.
3. Weissflog D., Matthys H., Virchow J.C. Epidemiology and costs bronchial asthma and chronic bronchitis in Germany. // Dtsch. Med., Wochenschr. – 2001. – V. 126. – N. 28-29. – P. 803-808.
4. Путов Н.В. Хронический бронхит: спорные и нерешенные вопросы. // Пульмонология, 1991, №1. – С. 9-15.
5. Астафьева Н.Г. Медико-социальная экспертиза подростков с хроническими заболеваниями легких. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, №6. 2003. – С. 22-28.
6. Розина Н.Н., Каганов С.Ю. Хроническая пневмония у детей. // В кн. Пневмония у детей (под ред. Каганова С.Ю., Вельтищева Ю.Е.). М., Медицина, 1995. – С. 233-256.
7. Таточенко В.К. Пневмония у детей: диагностика и лечение // Лечащий врач. Октябрь 2008, №8. – С. 5-9.
8. Азимов Р.К., Комарин А.С., Горбунов В.И. Патфизиология обмена монооксида азота. Методические рекомендации. // Мед. журнал Узбекистана, 2003, №2. – С. 65-67.
9. Сорокина Т.Е., Смирнова И.Е., Исаева Р.Т., Тыло О.В., Кучеренко А.Г. Оксид азота и интерлейкины при хронической бронхолегочной патологии. // Сборник материалов XI конгресса педиатров России. 2007. – С.634.

УДК: 616.13:615

#### АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

*В. В. Ким*

*Областная больница, г. Тараз*

#### ТҮЙІН

Антикоагулянттар - әсер ету механизмі қан ұюының алдын алуға арналған дәрілер тобына жатады. Антикоагулянттарды қолданған кезде дәрігерлер қан кету қауыптілігін есте сақтауы қажет. Бұл еңбек ауыз арқылы ішілетін антикоагулянттердің орны, төменмолекулярлы және бөлінбейтін гепариндердің қолдану әсерін және гепариннің адекватты дозасын анықтауға арналған.

#### SUMMARY

Anticoagulants is a group of medicine which effect is directed to prevent blood coagulation. Danger of bleeding provokes superfluous alert of doctors during using of anticoagulant therapy. The author analyze an adequate

scope of heparin indications, efficiency of administration of unfractionated and low – molecular weight heparins', as well as role of oral anticoagulants.

Антикоагулянты подразделяются на две основные группы: прямого и непрямого действий. К прямым антикоагулянтам относятся: нефракционированный гепарин (НФГ) и низкомолекулярные гепарины (НМГ) с молекулярной массой от 4000 до 6000. Д (дальтепарин, эноксапарин, надропарин кальций) представляющие собой фрагментированный стандартный гепарин. К антикоагулянтам непрямого действия или пероральным антикоагулянтам относятся производственные кумарина (варфарин, синкумар, дикумарин и т.д.) Нефракционированный гепарин состоит из смеси молекул разной величины. Молекулярная масса колеблется от 3000 до 40000 Д, в среднем около 15000 Д.

Антикоагуляционный эффект НФГ является трудно предсказуемым и зависит от целого ряда факторов, таких как возраст, пол, масса тела пациента, функциональное состояние почек и др. высокая частота осложнений при назначении НФГ послужила причиной поиска новых средств, имеющих более благоприятный спектр переносимости. Достойной альтернативой стали низкомолекулярные гепарины (НМГ). НМГ получают при помощи химической или ферментативной дегликозилирования НФГ, выделяемого из слизистой оболочки кишки свиней. НМГ состоят из смеси полисахаридов низкой молекулярной массы, которая колеблется в пределах от 1000 до 10тыс. да и составляет в среднем 4000-6000 Да (молекулярная масса составляет 12-16 тыс. Да). На практике используют в основном Дальтепарин натрия, Надропатин кальция и Эноксипарин натрия, которые имеют наиболее широкий спектр показаний. [4].

Преимущество НМГ перед НФГ заключается в том, что НМГ меньше связываются с тромбоцитами и тромбоцитарным фактором IV, поэтому вероятность развития аутоиммунной тромбоцитопении становится ниже. НМГ слабее влияют на проницаемость сосудов, с чем связано меньшее число кровотечений при их использовании. При применении НМГ реже отмечается развитие остеопороза за счет меньшего связывания препаратов с остеобластами, что имеет особое значение при применении у лиц старших возрастных групп. [5]

Непрямые антикоагулянты – эта группа представлена производными кумарина (синкумар, ацекумарол, варфарин) и производными индандиола (фениндион). Наиболее широкое распространение клинического использования не прямых антикоагулянтов (НАК) получил варфарин.

Наиболее широко применяются кумариновые производные, что связано с более предсказуемым их эффектом и меньшей частотой побочных эффектов.

**Цель исследования.** Антикоагулянты широко применяются в сосудистой хирургии, но несмотря на это нет никакой согласованности относительно их дозировки, способа введения и продолжительности применения. С целью внести вклад в этот вопрос мы делимся своими наблюдениями.

**Методы и материалы.** В период с января по декабрь 2009г. в нашем отделении было пролечено 830 пациентов с различной сосудистой патологией. 674 пациентам была назначена антикоагулянтная терапия, из них 422 с венозной патологией (флеботромбозы, тромбозы, хроническая венозная недостаточность), остальным 252 пациентам с заболеванием аорты и ее ветвей (облитерирующий атеросклероз аорты и сосудов и нижних конечностей, облитерирующий эндартериит, артериальные тромбозы и эмболии). В лечении использовали гепарин, фраксипарин, клексан и варфарин. С лечебной целью назначали гепарин по 5 тыс. Ед через 4 часа подкожно, фраксипарин 0,6×2р, клексан 0,8×2р подкожно, с профилактической целью гепарин по 5 тыс. Ед через 6 часов подкожно или по 5 тыс. Ед через 8 часов, фраксипарин по 0,3;0,6×1р, клексан 0,4;0,8×1р, с учетом массы тела, тяжести состояния, возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний. Лечебные дозы назначались пациентам с острой сосудистой патологией. 182 с тромбозами поверхностных вен, 140 с флеботромбозом глубоких вен, 43 пациентам с тромбозом артерий. Остальным 309 пациентам антикоагулянты назначались в профилактических дозах. При применении гепарина проводили ежедневный контроль, времени свертываемости крови. При лечении НМГ лабораторного контроля не проводили.

Гепаринотерапию с лечебной целью проводили в течении 5 -7 дней, оценивая объективный статус пациентов, затем переводили на профилактические дозы. Продолжительность профилактической гепаринизации – 10-12 дней, за 3-4 дня до отмены гепаринов больным назначали не прямой антикоагулянт варфарин в дозировке 2,5×2р в день, под контролем международного нормализованного отношения(МНО), не более 2,0.

Больным, перенесшим венозные и артериальные тромбозы, имеющих хроническую артериальную недостаточность, мы рекомендовали пожизненный прием варфарина с ежемесячным контролем МНО.

**Результаты и обсуждения.** Кровотечения являются основными осложнениями антикоагулянтной терапии, поэтому дозировки, способы введения и продолжительность применения должны быть ясными, обоснованными и контролируруемыми. Наш опыт применения антикоагулянтов показал:

Применение терапевтических доз гепаринов под соответствующим контролем свертывающей системы крови не привело к осложнениям. НМГ характеризуются более предсказуемым ответом, по сравнению с НФГ и не требовало проведения строго лабораторного мониторинга при назначении в терапевтических дозах. Скорость ингибирования факторов свертывания не одинаковая, в связи с этим антикоагулянты прямого и непрямого действия использовали совместно не менее 3-4 дней.[1]. Знание антидотов при передозировке гепаринов важное звено в антикоагулянтной терапии.

**Выводы:** Таким образом применяемые нами терапевтические дозы антикоагулянтов позволяют нам успешно бороться с тромбозами в сосудистой хирургии и предупреждать тромбоэмболические осложнения. Использование НМГ освобождает медперсонал от ежедневного мониторинга гепаринотерапии. Применение новых антикоагулянтов, лишенных отрицательных свойств предшественников, позволяет эффективно и безопасно использовать их в широкой практике.

Антидотом гепарина является протамин сульфат натрия при передозировке гепарина, мы назначаем его из расчета на 1мл введенного гепарина– 5мл протамин сульфат натрия, при передозировке НМГ, свежемороженную плазму, струйно.

Самым простым и наиболее распространенным методом снижения существенно удлиненного МНО является отмена варфарина и затем ожидание возврата МНО в допустимый терапевтический диапазон. После этого варфарин назначается вновь, часто в сниженной дозе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кириченко А. В. Антитромботическая терапия: Пособие по гемостазу для практических врачей. Часть II. Москва 2007г.
2. Покровский А. В. Клиническая Ангиология. Руководство в 2-х томах. Т.2.М.: ОАО Издательство «Медицина», 2004г.
3. Метелица В. И. Справочник по клинической фармакологии. Сердечно – сосудистые лекарственный средства. 2-е издание М: Бином С.П.Б. Невский диалект, 2002г.
4. Моисеев В. С. Низкомолекулярный гепарин. Клиническая фармакология. 2000;9:1.

УДК 618.3.:616.13

#### ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ

*В. В. Ким*

*Областная больница, г. Тараз*

#### ТҮЙІН

Бұл еңбекте созылмалы көктамырлық жеткіліксіздігі бар 17 ауруға жасалған эндоскопиялық диссекциялау тәжірибесі талданады. Осы әдісті қолдану операция уақытын қысқартуға, операция қолданған кезде оның жарақаттауын қысқартты. Сондай ақ асқынулардың алдын-алу жолдары қаралады. Барлық аурулардың операциядан кейінгі уақытта жағдайлары жақсарады.

#### SUMMARY

The paper presents the experience of endoscopic dissection of perforans veins in 17 patients with chronic venous insufficiency. Particular features of the technique and prevention of possible complication are given. The use of the given technique made it possible to minimize the time of operation to decrease traumatic injury of intervention due to the exclusions of incisions in the area of trophic disorders. All patients demonstrated regression of venous insufficiency signs in postoperative period.

Ведущим фактором в патогенезе декомпенсированных форм варикозной болезни (ВБ) является сброс крови из глубоких вен в поверхностную венозную систему через несостоятельные перфорантные вены голени. При хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей полная ликвидация рефлюкса по недостаточным перфорантным венам считается обязательным компонентом радикального вмешательства и признается сегодня практически всеми флебологами. Сохранение перфорантной недостаточности, по мнению ряда авторов [1-3], является причиной рецидива заболевания от 15 до 47% наблюдений после комбинированных флебэктомий. Перевязка несостоятельных перфорантных вен в основном осуществляется из надфасциальных или субфасциальных доступов, которые многократно модифицировались. Несмотря на радикальность, подобное вмешательство имеет ряд существенных недостатков. Широкие надфасциальные или субфасциальные доступы операций (Линтона–Фельдера, Коккета), особенно в зоне трофических расстройств, в 20- 30% случаев осложняются краевыми некрозами кожи. Хирургическая травма требует длительного периода медико-социальной реабилитации. Немаловажное значение имеет и грубый послеоперационный рубец, который значительно снижает косметический эффект операции и качество жизни у большинства пациентов. Локальная перевязка перфорантных вен из малых разрезов возможна только при точной топической диагностике недостаточной перфорантной вены и отсутствии трофических нарушений кожи в области предполагаемого доступа.

Бурное развитие эндоскопических технологий привело к внедрению малоинвазивных методов и для ликвидации низкого вено-венозного сброса при ВБ. В первую очередь это относится к субфасциальной эндоскопической хирургии перфорантных вен.

**Цель исследования.** Цель настоящей работы показать преимущества субфасциальной эндоскопической хирургии перфорантных вен перед операцией Линтона-Фельдера у больных с декомпенсированными формами ВБ.

**Материалы и методы.** Видеоэндоскопическая коагуляция перфорантных вен голени (ВКПВ) выполнена нами у 17 больных (15 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 45 до 70 лет. Причина хронической венозной недостаточности (ХВН) у 11 больных была обусловлена ВБ, а у 6 – реканализованной формой посттромбофлебитической болезни. У всех больных отмечалась гиперпигментация кожи в нижней трети голени липодермасклероз с трофической язвой в анамнезе у 5 из них, а у 3 больных имелась активная трофическая язва. Во всех случаях была выявлена несостоятельность перфорантных вен заднемедиальной группы, являющихся наиболее значимыми в патогенезе трофических расстройств. Диаметр несостоятельных перфорантных вен колебался от 2,5 до 6 мм и в среднем составил 4,2 мм. В предоперационном периоде больным проводили курс медикаментозной терапии и физиотерапии, местное лечение трофических нарушений, соответствующую компрессионную терапию. Непосредственно перед операцией с помощью ультразвукового ангиосканирования (УЗ АС) варикозные вены, подлежащие удалению, и несостоятельные перфорантные вены маркировали на коже. Всем больным наряду с эндоскопической коагуляцией несостоятельных перфорантных вен были выполнены комбинированные оперативные вмешательства на поверхностных венах. Операция выполнялась под комбинированным наркозом или с использованием одного из видов проводниковой анестезии.

**Методика операции.** В работе использовали операционный эндоскоп и инструменты, выпускаемые фирмой «K. Storz». Операционный доступ производили обязательно проксимальнее зоны трофических расстройств. Разрез кожи фасции протяженностью до 2 см выполнялся по медиальной поверхности голени, отступя на 1,5 – 2 см кзади от линии Линтона. Фасция мануально тупо отделяется от мышцы, в образовавшееся пространство вводится операционный тубус с эндоскопом, которым фасция тупо отслаивается от мышцы в направлении перфорантных вен, в дистальном направлении к позадилодыжечному пространству. После обнаружения, перфорантная вена выделяется из окружающих тканей на протяжении 1 – 1,5 см. Нами внедрен способ субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантов голени. Согласно способу, мы не накладывали клипсы на вену перед ее пересечением. Для этого пользовались крючком – каутером. Сначала каутером прикасались к наружной поверхности стенки вены и добивались образования в просвете сосуда тромба, обтурирующего просвет. После этого крючком захватывали сосуд и, нажимая на педаль каутера, пересекали его. При необходимости концы пересеченной вены дополнительно коагулировали.[4] Операция завершилась ушиванием фасции и кожи. При уверенности в гемостазе дренирование субфасциального пространства не проводили.

**Результаты и обсуждения.** При выполнении эндоскопической диссекции в исследуемой группе не было интраоперационных угрожающих жизни осложнений и летальных исходов. Инфекционных осложнений со стороны кожных швов не выявлено. Количество перфорантов, обнаруженных и подвергнутых эндоскопической коагуляции, колебалось у разных пациентов от 2 до 5 и зависело от выраженности заболевания и объема ревизии субфасциального пространства. Продолжительность эндоскопического вмешательства составляла в среднем 40 минут и была наименьшей у больных без индурации и рубцово-язвенных изменений тканей. Ревизия позадилодыжечного пространства у пациентов с выраженным фиброзом в субфасциальном пространстве представляет большие трудности, так у 2 пациентов она было невозможна в связи с большим риском повреждения заднего большеберцового сосудисто-нервного пучка. Больным разрешали ходить на следующий день и выписывали на амбулаторное наблюдение на 4 – 6 сутки. Средний срок пребывания больного в стационаре составил 5 дней. Для оценки эффективности устранения низкого венозного сброса после ВКПВ всем пациентам перед выпиской выполняли УЗАС. Во всех случаях рефлюкс крови в подкожную венозную систему не обнаружен.

Лечение пациентов с открытой венозной трофической язвой является наиболее сложным. Препятствием для выполнения открытого хирургического вмешательства у этих больных является большой риск гнойно-септических осложнений. Эндоскопическая коагуляция перфорантных вен голени у больных с открытыми язвами позволяет избежать этих осложнений и добиться достаточно быстрого заживления трофических язв.

**Выводы:** Эндоскопическая коагуляция недостаточных перфорантных вен является одним из компонентов комбинированного хирургического лечения декомпенсированных форм ХВН. За счет снижения операционной травмы, возможности дистанционной травмы, возможности дистанционной коагуляции перфорантных вен, уменьшения риска гнойно-некротических осложнений эта методика позволяет расширить радикальность хирургического вмешательства у пациентов с наиболее тяжелыми формами ХВН и открытыми трофическими язвами.

Высокая эффективность, простота выполнения коагуляции и низкая частота осложнений повышают практическую ценность ВКПВ при лечении ХВН.

ВКПВ выгодно отличается от операции Линтона малой травматичностью вмешательств, значительным снижением гнойно-некротических и других видов осложнений, уменьшением сроков госпитализации, возможностью амбулаторного применения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Яблоков Е. Г., Кириенко А. И., Богачев В. Ю. Хроническая венозная недостаточность. М. Берег. 1999;125.
2. Кириенко А. И., Богачев В. Ю., Золотухин И.А. Флебология. Руководство для врачей. Под редакцией В. С. Савельева. М. Медицина. 2001;664.
3. Покровский А. В. Клиническая Ангиология, Руководство в 2-х томах. Т.2.М.: ОАО Издательство «Медицина», 2004г.
4. Сейдалин А. О. Венозные язвы голени пособие для врачей. Алматы. 2001г. 70-71.

УДК 618.3.:616.13

## ОРГАНОСОХРАНЯЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В. В. Ким

Областная больница, г. Тараз

## ТҮЙІН

Бұл еңбекте консервативтік және хирургиялық емдеу тәсілдерінің акушерлік қан кету кезінде орынды қолдану жолдары қарастырылады. Ағза сақтау шараларын қолдану жатырды сылып тастау операциялар санын азайтты. Мықын артериясын байлау – босанғаннан кейінгі қан кетуін тоқтатудың таңдаулы әдісі болып саналады.

## SUMMARY

This paper describes the sequence of both conservative and surgical measures of obstetrical hemorrhages. Application of organopreservation interventions is reduces quantity of hysterectomis. Ligation of internal iliac arteries is method of choise in postpartum hypotonic hemorrhages.

Высокие показатели материнской смертности сопряжены с акушерскими кровотечениями. От осложнений беременности и родов ежегодно в мире умирают более 500 000 женщин, ¼ из них – от кровотечений. Кровотечения были и остаются самыми драматическими среди urgentных осложнений в акушерстве. Это связано с их интенсивностью, быстрым нарастанием объема кровопотери вплоть до критического, стремительным истощением компенсаторных механизмов организма и неизбежным финалом общего патофизиологического процесса ДВС синдрома. Отрицательное влияние на гемостаз оказывают неудачные программы инфузионно – трансфузионного лечения и введения больших объемов холодных сред, приводящих к гипотермической коагуляции и гемодилюции. Развитию критической стадии, как правило, предшествует управляемая ситуация, поэтому основным резервом, позволяющим снизить внезапность процесса, являются адекватное прогнозирование и профилактика.

Основными причинами кровотечений при беременности в родах являются предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ее плотное прикрепление и приращение, травма тканей мягких родовых путей, гипотония матки, нарушения гемостаза. В структуре акушерских кровотечений именно кровотечения в послеродовом периоде лидируют по частоте в последние годы, которая не имеет тенденции к снижению.[2]

**Цель исследования:** внедрение органосохраняющих вмешательств остановки кровотечений в акушерскую практику.

**Методы и материалы.** Интенсивная терапия акушерских кровотечений требует интеграции деятельности высококвалифицированных специалистов различного профиля, таких как акушер - гинеколог, трансфузиолог, сосудистый хирург, гематолог и др., но родильные дома, как правило, работающие изолированно от других видов стационаров испытывают трудности в организации специализированной помощи. Остановка кровотечения проводится в 2 этапа. Необходимо строго соблюдать последовательность основных этапов лечения послеродовых кровотечений. На первом этапе проводятся мероприятия направленные на:

I. Сокращение матки при ее атонии: введение утеротоников; ручное обследование матки, бимануальная компрессия матки. II. Ушивание разрывов при травме. III. Коррекция гемостаза. На втором этапе осуществляется лапаротомия (кровопотеря 1000 мл и продолжается). При наличии возможности первоначально производится перевязка внутренних подвздошных артерий, при отсутствии эффекта – гемостатические компрессионные швы на матку. При отсутствии возможности перевязки внутренних подвздошных артерий, при отсутствии эффекта – гемостатические компрессионные швы. При отсутствии эффекта от перевязки сосудов осуществляется гистерэктомия. За период с января 2009г. по декабрь 2009г., в роддоме №1 было родоразрешено 2430 женщин. В 107 случаях (4,4%) имело место атоническое кровотечение, в 14 случаях для остановки кровотечения вызывался сосудистый хирург и выполнялась перевязка внутренних подвздошных артерий с обеих сторон. В одном случае проведенные мероприятия были неэффективны и при продолжительных кровотечениях была проведена экстирпация матки. Во всех других случаях эффект от хирургического гемостаза положительный.



**Результаты и обсуждения.** В настоящем сообщении мы постарались оценить различные методы остановки кровотечений, основываясь на личном опыте, базирующемся на органосохраняющей тактике даже в случае хирургического компонента. Консервативные методы, если они эффективны, позволяют в случае успеха остановить кровотечение, в спокойной обстановке оценить величину кровопотери и выполнить программу инфузионно - трансфузионной терапии. Если же эффекта нет, то многочисленные манипуляции ведут лишь к потере времени, и кровопотеря, равная 1,5% от массы тела, является основанием для перехода к хирургическому этапу остановки кровотечения. Довольно длительное время полагали, что продолжающееся кровотечение на фоне проведенных выше консервативных мероприятий является показателем к лапаротомии и экстирпации матки. Но, благодаря, внедрению органосохраняющих вмешательств, мы считаем, вышеуказанное утверждение показанием к лапаротомии, но не к удалению матки. Перед хирургическим этапом остановки кровотечения ставится фактически одна цель – достигнуть окончательного гемостаза в наикратчайшие сроки независимо от сократительной способности матки. [3]

Наиболее эффективным органосохраняющим вмешательством является перевязка внутренних подвздошных артерий. Данную манипуляцию выполняют сосудистые хирурги. Данный способ обладает максимально возможной на сегодняшний день эффективностью в остановке кровотечения при сохранении органа и применима при коагулопатической кровопотере и развитии ДВС-синдрома.

**Выводы:** Таким образом, использование современного подхода к остановке послеродовых кровотечений, внедрение в клиническую практику таких способов, как ишемизация матки путем наложения лигатур на сосуды, наложение гемостатических компрессионных швов на матку, перевязка внутренних подвздошных артерий позволяют значительно снизить количество органудаляющих операций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Репина М. А. Избранные вопросы акушерства и гинекологии.- Л. 1971г.
2. Фролова О. Т., Тоновна З. З., Королева Л. П. О понижении мер по снижению предотвратимых случаев материнской смертности: Методические рекомендации.-М. 2007г.
3. Материалы научных трудов научно-практической конференции „Здоровье беременных - здоровье общества“. (29-30 июня 2009г., г. Павлодар.
4. Покровский А. В. Клиническая Ангиология, Руководство в 2-х томах. Т.2.М.: ОАО Издательство «Медицина», 2004г.

УДК 616.3-007. 15-08-07.

#### АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

*Н.С.Жунусов, М.Б.Аймагамбетов, Б.А..Мендыбаев, В.В .Югай.  
Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г Шымкент  
Тюлькубасская райбольница ЮКО,с. Т. Рыскулова, ЮКО*

#### ТҮЙІН

Бұл статьяда автор тік ішек сызаттануы ауруларын амбулаториялық жолмен емдеуде электрокоагуляция әдісін 43 ауруға пайдалану тәжірибесімен бөліседі.

Емдеу нәтижесінде 34 ауру толық жазылып шыққан. Ал қалған 9 науқаста стационарға оперативтік ем алуы үшін жіберуге мәжбүр болған.

#### SUMMARY

In this article analyzed by strait rectum ills with ambulatory ways treatment of the electro-coagulation method used and divided by 43 practical ill patients.

The result of treatment 34 ill patients full recovery. Than, 9- ill patients will be treatment for health to sent of the operation stationary centre.

Анальная трещина представляет собой дефект стенки заднепроходного канала линейной или треугольной формы длиной 1 -2см. Заболевание встречается довольно часто и в структуре болезней толстого кишки по обращаемости занимает третье место после колитов и геморроя [1,2 ]. В проктологической заболеваемости анальные трещины стоят на шестом месте и составляют 5-7 %. Чаще страдают женщины, более трети больных находятся в трудоспособном возрасте.

Для клинической картины анальной трещины характерна триада симптомов: боль во время или после дефекации, спазм сфинктера и скудное кровотечение во время дефекации. Спазм сфинктера встречается почти у 60 % больных. Существуют различные методы лечения анальных трещин. Выбор метода лечения осуществляется врачом после обследования и зависит от состояния больного и стадии заболевания. [3,4,5 ].

Лечение анальных трещин, учитывая их патогенез, должно быть направлено в первую очередь на снятие боли и спазма сфинктера, а в дальнейшем на нормализацию стула и заживление самой трещины.

Успеха при консервативной терапии удается достигнуть примерно у 70% больных. Длительность заболевания не является решающим фактором при выборе лечебной тактики.

Бесперспективность консервативного лечения при трещинах с каллѐзными краями и наличием «сторожевого» бугорка, уплотнении гребешковой линии - пектеноза является показанием к оперативному лечению. При отсутствии выраженного спазма, каллѐзных изменений по краям трещины которые не дают возможности заживлению консервативными методами хорошие результаты даёт монополярная и биполярная электрокоагуляция анальных трещин под местной анестезией.

**Целью исследования** явилось - улучшение результатов амбулаторного лечения анальных трещин у больных

**Материал и методы.** Изучены результаты традиционного оперативного лечения анальных трещин в стационаре - иссечение анальной трещины со сфинктеротомией и без сфинктеротомии у 39 больных с хронической анальной трещиной в возрасте от 16 - до 65 лет, которые составляли контрольную группу. Из них 16-мужчин. и 23-женщин. Основную группу составили 43 больных с хронической анальной трещиной в возрасте от 19 - до 56 лет. Из них 14-мужчин и 29-женщин. Этим больным с 2006 по 2009гг применялась монополярная и биполярная электрокоагуляция анальной трещины аппаратом ЭХВЧ «МТУСИ-150». Из них задняя дозированная сфинктеротомия монополярной функцией аппарата 22-больным, тем больным у кого имелся средне-выраженный сфинктероспазм и болевой синдром, женщинам на глубину 0,2-0,3 см, мужчинам 0,3-0,4 см. Остальным у кого сфинктероспазм был умеренный и болевой синдром отсутствовал произведена дивульсия сфинктера ректальным зеркалом. Подготовка больных производилась амбулаторно, как на плановую операцию для иссечения анальной трещины. Всем больным применялась местная анестезия.

Техника: после обработки манипуляционного поля производилась местная анестезия под трещиной, затем в просвет прямой кишки вводилась ректальное зеркало, не производя дивульсии сфинктера с помощью моно- и биполярного пинцета коагулируются, и удаляются все рубцовые изменения, внутренний и наружный «сторожевой» бугорок, поверхность трещины освежается, далее если имеются сфинктероспазм и пектеноз, то производится дозированная сфинктеротомия монополярной функцией коагулятора, если же не имеются такие изменения, тогда ограничиваемся дивульсией сфинктера. Далее производится тщательный гемостаз трещины коагулятором, проверка на гемостаз, промывание трещины, осушивание, вводится мазевая турунда в анальный канал и наложение повязки. За один сеанс можно пролечить у одного больного две небольшие анальные трещины, остальные же обычно в 2-этапа с интервалом 20- суток.

После лечения всем больным назначалось: амбулаторное наблюдение врача, соблюдение диеты, гигиенический режим, анальгетики при болях, антибиотики с целью профилактики гнойных осложнений, по показаниям гемостатики с целью профилактики кровотечения, мазевые повязки на 10-15 дней, осмотр проктолога на 1-2-е, 4-5-е и 10-е сутки, т.е. три раза.

Результаты лечения оценивались объективными и локальными данными, т.е. отсутствием жалоб у больных на болевой синдром, кровоточивость, отсутствие запоров и заживлением самой трещины, т.е. эпителизацией и рубцеванием трещины.

Отдаленные результаты прослежены у 43-больных. Полное выздоровление отмечено у 34, улучшение – у 6, рецидив произошел у 3х больных. Последние страдали устойчивыми запорами с детства, в связи с чем наступил рецидив анальной трещины, они в последующем прооперированы в стационаре. Результаты исследования контрольной группы показали выздоровление – у 35 больных, улучшение – у 3, рецидив – у 1.

Таким образом, данный метод лечения анальных трещин при правильном отборе больных не уступает стационарному лечению, в то же время сокращает сроки и стоимость лечения.

УДК: 616-002.525.2:616.1/4 (574.5)

### **ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ АУТОИММУННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*П.Т. Доскараева, Б.С. Шилмурзаев, Ж.Е. Садыкова, М.Б. Койбаков, С.К. Сеильханова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

#### **ТҮЙІН**

Жүйелі аутоиммунды ревматикалық ауру (ЖАИРА) кезіндегі жүрек зақымдалуының ішінде электрокардиограммада ең жиі тіркелетіні: жүрек шекараларының кенеуі, ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылысы, қан айналымының жетіспеушілігі белгілері болып табылады. Жүргізілген зерттеудің басты мақсаты болып электрокардиограмманың диагностикалық мүмкіншіліктерін пайдалана отырып ЖАИРА сырқаттарында және популяцияда кездесетін айырмашылықты анықтау.

## SUMMARY

The characteristic clinical form of defeat of heart is кардиосклероз with increase in the sizes of heart, arrhythmias, электрокардиографическими signs of infringements of a warm rhythm and conductivity, development of insufficiency of blood circulation. Studying of diagnostic possibilities and working off of threshold values of parametres of an electrocardiogram at patients САИРЗ and healthy faces was an objective of this research.

**Актуальность.** Внезапная сердечная смерть представляет собой важную медико-социальную проблему. По данным ВОЗ, частота внезапной сердечной смерти составляет 30 случаев в неделю на 1 млн. населения [1].

Степень риска внезапной смерти у больных аутоиммунными ревматическими заболеваниями неодинакова и с определенной долей вероятности может быть оценена на основании комплексного клинико-инструментального обследования, включающего: суточное мониторирование ЭКГ, нагрузочные тесты, эхокардиографию, электрофизиологическое исследование и т.д.

Пока не известно, какие ЭКГ маркеры полезны и доступны для объединения с параметрами, характеризующими вариабельность ритма сердца, рефрактерность и параметрами электрокардиографии высокого разрешения. Не определена приоритетность используемых критериев, их прогностическая значимость при комплексном использовании, при многофакторном анализе [2].

Характерной клинической формой поражения сердца является кардиосклероз с увеличением размеров сердца, аритмиями, электрокардиографическими признаками нарушений сердечного ритма и проводимости, развитием недостаточности кровообращения.

Крупноочаговый кардиосклероз может имитировать на ЭКГ «инфарктоподобные изменения». Развитие интерстициального миокардита приводит к появлению клинической симптоматики, фактически аналогичной кардиосклерозу.

Поражение эндокарда в области клапанного аппарата приводит к образованию склеродермического порока сердца, чаще недостаточности митрального клапана. У некоторых больных формируется пролапс митрального клапана. Возможно развитие перикардита, клинически слабо выраженного, но хорошо диагностируемого с помощью эхокардиографии (утолщение перикарда, небольшое количество жидкости).

Целью данного исследования было изучение диагностических возможностей и отработка пороговых значений параметров ЭКГ у больных САИРЗ и здоровых лиц.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 98 больных САИРЗ с поражением сердца (из них 45 больных системной склеродермией и 53 больных системной красной волчанкой).

Диагноз СКВ ставился в соответствии с критериями Американской Ревматологической Ассоциации (1988). Вариант течения и степень активности СКВ определялись согласно классификации В.А. Насоновой (1972). Среди 53 обследованных – все женщины, в возрасте от 15 до 64 лет (средний возраст составил 39,5 лет $\pm$ 0,18). Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет (средняя продолжительность 10,3 лет $\pm$ 0,7,  $p < 0,001$ ).

Диагноз всех больных с ССД, включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г. Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД. Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993). Все 45 больных – женщины, возраст их составил – от 21 до 58 лет (средний возраст – 39 лет $\pm$ 0,7). Длительность заболевания ССД составила от одного года до 18 лет (средняя продолжительность 9,5 лет $\pm$  1,57,  $p < 0,001$ ). Доверительный интервал для изменения: от – 69,38 до 70,38.

Контрольную группу составили 25 условно здоровых лиц, средний возраст которых составил 46,9 $\pm$ 5,4 года. Всем больным САИРЗ проводилось электрокардиографическое (ЭКГ) исследование и подбор базовой терапии. ЭКГ исследование включало: 12 канальную электрокардиографию на скорости 50 мм/час с расчетом скорректированных по ЧСС интервалов QTстах, QTсd. Запись осуществлялась в 12 отведениях: в 6 от конечностей (I, II, III, aVR, aVL, aVF) и в 6 - грудных (V1-V6). Измерение интервалов QT проводилось от начала комплекса QRS до конца зубца Т, на уровне изолинии TP.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе работы установлены достоверные отличия между больными САИРЗ с поражением сердца и здоровыми лицами в изучаемых параметрах ЭКГ.

По показателям количественного анализа параметров электрокардиографии, продолжительность комплекса QRS (TotQRSF) и низкоамплитудных сигналов (менее 40 мкВ) в конце комплекса QRS(LAS40) были достоверно выше у больных, с установленным диагнозом ишемическая болезнь сердца по сравнению с контрольной группой и равнялись соответственно (82,6 и 12,0) мс ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе поздние потенциалы желудочков были зарегистрированы у 2-х больных из 25 обследуемых, в обоих случаях признаков органического поражения сердечно-сосудистой системы зарегистрировано не было.

У больных по сравнению с контрольной группой нарушение адаптационных механизмов ведет к симпатической гиперстимуляции, что проявляется значительным достоверным увеличением индекса напряжения (ИН) до 124,3 усл. ед.

Как видно из таблицы, у больных с поражением сердца отмечаются так же существенные изменения процесса реполяризации желудочков, что проявляется при сравнении с контролем, достоверным удлинением

интервала QT и в частности величины максимального значения длительности интервала QT, коррелированного с частотой сердечного ритма (QTmax мс (<0,001). Распределение параметров ЭКГ у больных и в контрольной группе

Показатель	Градация показателя	Контроль n=25	Больные САИРЗ n=98	P
Возраст, лет		46,9±5,4	39,5±0,18	>0,05
Пол		25(ж)	98(ж)	>0,05
ФВЛЖ, %		69,5±7,9	46,3±9,4	<0,001
TotQRSF, мс	< 97	88,0±4,1	17,4±4,7	<0,001
	≥98	12,0±7,2	82,6±6,9	<0,001
LAS40, мс	<37	84,0±5,3	39,8±4,1	<0,001
	≥38	16,0±2,8	60,2±5,8	<0,001
ИН, усл. ед.		21,1±4,2	124,3±118,1	<0,001
QTmax, мс1/2		290,0±12,0	395,1±31,0	<0,001
QTcd, мс1/2		28,1±5,4	50,0±17,0	<0,001

Полученные нами абсолютные значения TotQRSF, LAS40 согласуются с результатами ряда авторов, в работах которых проводилось сравнение показателей ЭКГ в группах больных и здоровых лиц [3].

Нами также зарегистрировано, что при остром перикардите у больных САИРЗ во многих отведениях происходит элевация сегмента ST, которая спустя несколько дней после назначенной адекватной терапии возвращается к изолинии, но может появиться инверсия зубца Т. Деформация зубца Т может сохраняться несколько недель, даже месяцев после острого перикардита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Г.Г. Поздние потенциалы желудочков у больных с различными формами ишемической болезни сердца: значение для отдаленного прогноза и оценки проводимой терапии//Кардиология. – 1998. – С.28-33.
- 2.Priori S.G., Aliot E. Blomstrom – Lundqvist C et al Task Forct on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology//Eur.Heart J., 2001; 22(16): 1374 – 1450.
3. Ethgen O., Reginster J.–Y. Degenerative musculoskeletal disease. Ann.Rheum. Dis., 2004, 63, 1, 1–3.

УДК 617.281 - 088.85:612.014.465

#### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА

*М.Б. Аймагамбетов*

*Южно – Казахстанская областная клиническая больница г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Мақалада авторлар 86 наукастың сепсисін емдеудің әртүрлі экстракорпаралды детоксикация әдістерімен бөлісті. Салыстырмалы аспекте детоксикацияның басқа түрлеріне қарағанда плацентасорбция тиімді болып шықты.

#### SUMMARY

In this article the authors share with experience of treatment 86 sick of people with sepsis of various kinds extra corporal intoxication. In comparative aspect placentasorbition has appeared more effectively, other kinds of intoxication.

Несмотря на многочисленные публикации, касающиеся лечения сепсиса, эта проблема остается актуальной, летальность остается на высоком уровне и достигает 60% [1,2]. Многие ученые считают, что диагноз сепсиса при наличии инфекционного очага не вызывает сомнений при положительных результатах посева гемокультуры. Лечение современными антибиотиками широкого спектра действия, иммунокоррекция, инфузионно — дезинтоксикационная терапия и другие методы не привели снижению летальности больных сепсисом. Известно, что ведущую роль в патогенезе сепсиса играет интоксикация, и от выбора методов лечения зависит исход данной патологии. [3,4,5]. Целью явилось улучшение результатов лечения сепсиса.

**Материалы и методы.** На базе реанимационного отделения областной клинической больницы города Шымкента уже в течение многих лет применяются такие методы экстракорпоральной детоксикации организма как гемо-, лимфо-, и плазмасорбция, плазмаферез, гемодиализ, ксеносорбция, плацентасорбция. При этом данные методики применялись у больных, как перенесших оперативное вмешательство по поводу острой патологии брюшной полости, так и у больных с гнойно - септическими состояниями, не обусловленными оперативным вмешательством. Анализируя лечение больных с сепсисом в возрасте от 12 до 88 лет, в том числе 53(62%) мужчин и 35 (38%) женщин, тяжелый сепсис имел место у 77 (89%) больных, токсико — септический шок у 9 (10%). Первичными очагами сепсиса явились гнойно — воспалительные заболевания мягких тканей,

острый гематогенный остеомиелит — 48 (55,8%), разлитой перитонит - 21 (23,7%), панкреонекроз с флегмоной забрюшинного пространства — 9 (10,4%), диабетическая гангрена— 7(8,1%), прочие 1(1,1%).

**Результаты.** Микроорганизмы в крови, были обнаружены у 52% больных, у 19 (22%) больных обнаружены септические метастазы: абсцессы флегмоны подкожной клетчатки, абсцидирующая пневмония, абсцессы печени, почек, поражения эндокарда. Среди выявленных из крови и первичных очагов микроорганизмов более часто встречались: золотистый стафилококк — 43%, кишечная палочка — 24%, синегнойная палочка — 9%, протей — 6%. Отмечено, что 76% микроорганизмов чувствительны к антибиотикотерапии цефалоспоринового ряда, 16% микроорганизмов резистентны к антибиотикам.

Нами в комплексном лечении сепсиса одновременно с массивной антибактериальной, инфузионной, иммунокорректирующей терапией были применены различные методы экстракорпоральной детоксикации у 46 (53,4%) пациентов, в том числе плазмаферез у 18 больных, гемосорбция у 3 больных, гемодиализ у 4 больных плацентосорбция у 11.

Плазмаферез (ПА) применялся центрифужным прерывистым (дискретным) методом на центрифуге.

У находящегося в горизонтальном положении пациента область локтевого сгиба и предплечья обрабатывалась спиртом. Периферическая (чаще кубитальная) вена пунктировалась иглой от одноразового пластикового контейнера для забора крови СРЕ - А 1 - 1) (Япония) ёмкостью 550 мл, имеющего контейнерспутник.

Одна операция плазмафереза предусматривала двукратный забор крови с последующей сепарацией. Таким образом, за один сеанс ПА у пациента производилось удаление в среднем 650-700 мл плазмы, а за весь 2600 - 2800 мл. Плазмозамещение производилось в объёме 800-1200 мл плазмозаменителями реополиглокин, рефортан и т.д.), свежесамороженной плазмой. У больных гнойно-воспалительными заболеваниями замещение проводилось растворами альбумина, протеина, свежесамороженной плазмы. За курс лечения проводили 4-5 сеансов ПА с интервалом 1-2-3 дня, всего за 12 - 14 дней.

Хороший эффект дает сочетание плазмафереза с ГБО. Нами проводилось ГБО в камере ОКА-МТ в е изопрессии 0,8 - 1,0 АТИ, которые проводились каждый день или через день. На одного больного проводилось в среднем 5 - 8 сеансов ГБО, продолжительностью 45 — 60 минут.

Также положительный эффект отмечался при септическом состоянии в сочетании плазмафереза, ГБО внутрисосудистого облучения крови аппаратом ОВК — 3м4, который обладает иммунокорректирующим действием, путем активации клеток крови.

Гемоплацентосорбция проводилась путем забора плаценты, ее отмывания, подключения сосуда магистральным сосудам больного, перфузии крови с помощью роликового насоса через отмытую плаценту последующим возвратом перфузируемой крови в сосудистое русло больного.

Для широкого применения биосорбентов (в частности, человеческой плаценты) при лечении гнойно - септических заболеваний, нами, были изучены возможности решения организационных проблем забора режима консервации, доставки материала, которое позволяют использовать плаценту не в экстерном плановом порядке у больных с явлениями сепсиса, интоксикации в качестве сорбента при экстракорпоральной детоксикации. Нами, для достижения этих целей, был разработан метод заготовки, отмывки и консервации плаценты на 12,24,48 часов после ее изъятия, с помощью различных растворов и консервантов. Для сравнительного анализа различных консервирующих растворов электронномикроскопическому исследованию был подвергнут гематоплацентарный барьер плаценты, состоящий из эндотелия сосудов хориона, его базальной мембраны, цитотрофобласта рыхлой волокнистой соединительной ткани, база мембраны трофобластического эпителия, цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. В качестве контроля использован 0,9% раствор NaCl + гепарин, а в исследуемой группе - консервирующие растворы «Трансвект» «Кустодиол», аналогичные раствору «Евро-Коллинз», используемые в клинической трансплантации консервации почек. Электронномикроскопическое исследование плаценты, а именно гематоплацентарного барьера плаценты, при консервации в различных консервирующих средах показало что консервация плаценты в физиологическом растворе недопустима даже в минимальные сроки консервации, безопасным временем нахождения плаценты в растворах «Трансвект» и «Кустодиол» является один час, через 24 часа предпочтение следует отдавать раствору «Трансвект», так как при консервации в «Кустодиоле» появляются признаки микроплазматоза эндотелиальных клеток кровеносных сосудов хориона, отражающие разрастание циркуляторной ишемии.

Анализ результатов лечения больных различными видами экстракорпоральной детоксикации показал что в группе, где проводилась плацентосорбция положительная динамика показателей крови достоверно наступала быстрее. Уже в первые сутки после проведения процедуры, на фоне снижения явлений интоксикации, отмечался достоверный рост содержания Т-хелперов, при неизменном содержании супрессоров. На седьмые сутки все основные показатели иммунитета приближались к нормальным. Окончательная нормализация функции иммунной системе наступала на 14 сутки. Это объясняется тем наряду с детоксикацией происходило поступление в кровь биологически активных веществ (цитокинов, гормонов и др. биостимуляторов), содержащихся в плаценте.

**Выводы.** Наряду с применением медикаментозной коррекции нарушений иммунитета при гнойного - септических заболеваниях необходимо использовать методы экстракорпоральной детоксикации, наиболее перспективной из которых является плацентосорбция, ввиду ее большей физиологичности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эфферентная терапия. (Под ред. А.Л. Костюченко). С-Петербург 2003 Калиев А.А., Жакиев Б.С., Карсакбаев У.Г. и др. Клеточный иммунитет при гемоплацентосорбции у больных с гнойно – септическими заболеваниями. Актуальные проблемы клинической хирургии. Материалы Республиканской научно-практ. конф.: Актобе-2006 С.125- 128
2. Гостищев В.К., Федеровский Н.М. Патогенетическое обоснование и основные принципы комплексной детоксикационной терапии гнойного перитонита. //Вестник АМИ СССР 1994; 8; 29-33.
3. Н.И. Изимбергенов, М.Х.Бегалиев, М.Н. Изимбергенов, Е.К.Кратаев. Программа комплексного лечения больных с абдоминальным сепсисом.
4. Н.И. Изимбергенов, Б.С. Жакиев. Гемоплацентоперфузия в хирургической клинике. Актобе, 2003г.

УДК 616- 006- 053.2- 07

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

У.К.Жумашиев

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова.  
Отделение детской онкологии КазНИИ онкологии и радиологии.

В Казахстане за 1997-2006 годы зарегистрировано 2951 больных детей со злокачественными опухолями, среди них выявлено опухоли ранней стадией (I-II) заболевания в среднем у  $29,8 \pm 2,7\%$  детей, по отношению ко всем заболевшим больным детского населения по республике. Относительно высокая доля опухоли у детей в ранней стадий, выявлена в Алматинской ( $34,6 \pm 2,7\%$ ), Кызылординской ( $36,0 \pm 3,3\%$ ), Павлодарской ( $38,9 \pm 3,5\%$ ) областях, и в г. Алматы ( $38,7 \pm 3,7\%$ ). При этом следует отметить, что самая высокая доля выявляемость злокачественных опухолей у детей установлена в г. Астаны ( $81,1 \pm 4,7\%$ ), где в последние годы были обеспечены современными оборудованьями для диагностики опухоли у детей. В остальных областях Казахстана, уровень ранней диагностики злокачественных опухолей у детей были относительно одинаковые, и колебалась с  $18,5 \pm 3,6\%$  до  $30,5 \pm 3,9\%$ , соответственно, в Атырауской и Западно-Казахстанской областей (рис.1.).

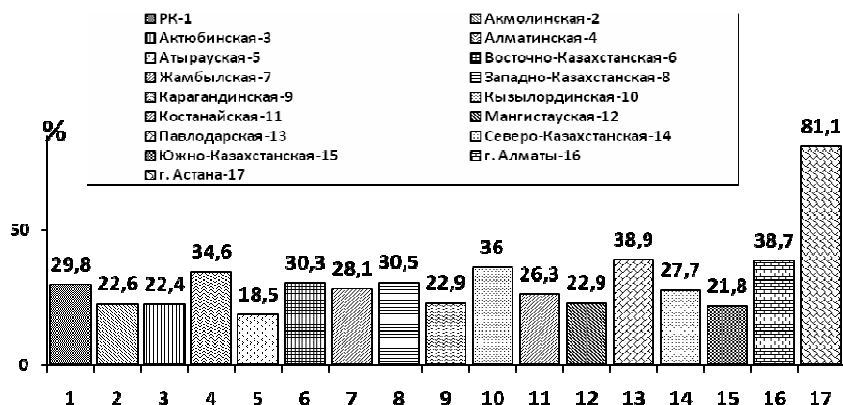


Рисунок 1. Среднегодовые экстенсивные показатели ранней диагностики злокачественных опухолей (I-II стадий) детского населения по областям Казахстана (1997-2006 гг.).

Все это свидетельствует о неритмичность профилактической работы по своевременному выявлению больных злокачественными опухолями детского населения, а также о низком уровне организационной противораковой борьбы среди населения по областям Казахстана [1, 2]. Так, удельный вес онкологических больных выявленных в ранней стадий опухоли у детей, все еще остается очень низким, а доля выявленных больных во время профосмотра детского населения фактически ничтожная и по данному вопросу во всех областях не осуществляется целенаправленный профосмотр детей. Эти данные способствует увеличению удельного веса запущенности, а последний показатель, как компоненты смертности влияет на общий уровень смертности от злокачественных опухолей у детей по областям республики. Данный показатель резко ухудшился, особенно в период перехода к рыночной экономике, особенно с введением платных услуг медицинского обследования населения. В изучаемой области, в связи с указанными положениями доля выявленных больных с ранними стадиями рака составила менее 1/5 всех больных зарегистрированных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных опухолей детского населения.

При оценке состояния онкологической службы в различных онкологических организациях существуют определенные показатели противораковой борьбы. Одним из важных показателей деятельности их является вычисление показателей заболеваемости населения злокачественными опухолями и ее отдельных форм. Этот показатель заболеваемости в свою очередь взаимосвязан с такими показателями, как абсолютное число больных зарегистрированных в течение года. Число онкологических больных, в свою очередь взаимосвязано с

такими показателями, как раннее и своевременное выявление больных злокачественными опухолями. При этом вопрос организации своевременного выявления онкологических больных тесно связан в свою очередь с эффективностью диагностики злокачественных новообразований, проводимой и организуемой онкологическими организациями.

Диагностика новообразований у детей, нередко, трудна из-за отсутствия жалоб со стороны ребенка, а так же трудности, связанные со сбором анамнеза у детей младшего возраста.

В связи с этим врачу приходится активно выявлять симптомы и синдромы, характерные для онкологической патологии. У детей преобладающими локализациями опухолей являются: ЦНС, средостение, забрюшинное пространство, шейные и надключичные лимфатические узлы, а так же мягкие ткани и кости. Следует помнить, что новообразования, расположенные в этих областях, могут расти длительное время, не вызывая субъективных ощущений, не приводя к видимым объективным изменениям. Постепенно опухоли, расположенные в труднодоступных областях увеличиваются в размерах и нередко обнаруживаются, когда становятся очень большими. Нередко их обнаруживает мать ребенка во время купания или одевания.

Иногда первичная опухоль определяется по уже имеющимся метастазам. Так для нейробластомы характерно развитие метастазов в область глазницы, мягких тканей, костей черепа и конечностей.

Нередко метастазы определяются в лимфатических узлах, поэтому необходимо всегда тщательно выяснять причину лимфоаденопатии. Поскольку под разнообразными неспецифическими лимфоаденопатиями могут скрываться первичные/вторичные опухолевые поражения лимфатических узлов. Поэтому показано обязательное их цитологическое и гистологическое исследование, позволяющее во многих случаях своевременно поставить диагноз.

В старшей возрастной группе необходимо учитывать стремление детей скрыть заболевание из-за боязни боли, нежелание госпитализации, а так же следует исключить аггравацию по другим мотивам.

Довольно часто новообразования у детей скрывается под разными «масками». Целый ряд физиологических процессов у детей раннего возраста могут своими проявлениями напоминать опухоль, так же как опухоль может приниматься за физиологический процесс или какое-либо неонкологическое заболевание.

Клиническая картина большинства опухолей у детей характеризуется преобладанием общих симптомов над местными.

В подавляющем большинстве случаев, для всех злокачественных новообразований характерны: бледность кожных покровов разной степени выраженности; похудание или остановка в прибавке веса изменение поведения; быстрая утомляемость; нарушение со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, запоры, поносы, боли); субфебрильная «беспричинная» температура; анемия, повышение СОЭ.

Поэтому врач, проводящий обследование ребенка, нередко останавливается на диагнозе широко известных в детском возрасте болезней, забывая об онкологическом заболевании. В связи с этим столь важна онкологическая настороженность по отношению к ребенку.

Для проведения диагностических исследований у детей необходимо анестезиологическое пособие. Обезболивание необходимо не только для того чтобы избавить ребенка от страха, неприятных ощущений и боли, но и позволяет получить качественную информацию во время осмотра или проведения манипуляций, повысить качество жизни пациента с онкологической патологией. При проведении анестезии необходимо получение максимального количества объективной информации (пальпации, ректального пальцевого исследования, пункции костного мозга, пункционной биопсии и т.п.).

Среднегодовой показатель запущенности от злокачественных опухолей в Казахстане составил 10,7±1,8%. Доля запущенность от злокачественных опухолей по областям были неодинаковыми. Среднегодовые экстенсивные показатели запущенной формы злокачественных опухолей детского населения были высокими в Кызылординской (18,2±2,6%), Карагандинской (16,3±2,4%), Мангистауской (15,2±4,6%), Павлодарской (14,7±2,6%), Жамбылской (14,1±2,9%), Костанайской (12,9±2,5%) и Восточно-Казахстанской (12,2±1,9%) областях. В то же время самые низкие данные запущенных форм злокачественных опухолей у детей выявлены в в Актюбинской (3,9±1,8%) области и в г. Астаны (2,7±1,9%). В других областях указанные показатели распределялись вокруг средних данных по республике.

Вопросы ранней диагностики детской онкологии являются важнейшими среди всех прочих. Врач-педиатр должен помнить, что за необъяснимыми симптомами, «нетипичным течением» заболевания у ребенка может скрываться новообразования, исключить которое надо в первую очередь. Врач должен проводить каждый осмотр ребенка с позиции онкологической настороженности, предусматривающей следующие моменты: знание ранних симптомов опухолей, наиболее часто встречающихся в детском возрасте (5 основных локализаций – опухоли ЦНС, лимфомы, опухоли забрюшинного пространство, мягкие ткани и кости); знание предраковых заболеваний и их выявление; скорейшее направление ребенка в специализированное учреждение; тщательное обследование каждого ребенка обращающегося к врачу любой специальности для выявления возможного онкологического заболевания.

Своевременное распознавание заболевания во многом зависит от раннего обращения родителей ребенка к врачу и от постоянной онкологической настороженности последнего. При этом сохраняется общепринятая установка, требующая при обследовании ребенка искать, а не исключать злокачественную опухоль во всех случаях затрудненной диагностики.

Раннее появление родителей у врача во многом определяется знаниями по проблемам здоровья ребенка в различные возрастные периоды. При этом они должны твердо знать, что у детей могут развиваться злокачественные опухоли, которые полностью излечиваются при своевременном обращении к педиатру. Поэтому ранний диагноз злокачественного новообразования у ребенка прямо связан с уровнем знаний населения о здоровье ребенка и возможных его изменениях. В связи с этим необходимо, чтобы врачи вели постоянную разъяснительную работу среди населения [3].

Ранняя и своевременная диагностика новообразований – основная задача, стоящая перед врачами-педиатрами на догоспитальном этапе. При ее решении важную роль играют онкологическая настороженность участковых врачей при проведении диспансеризации детского населения: выделение групп риска по онкологическим заболеваниям, более широкое использование, помимо традиционных клиничко-лабораторных, современных методов неинвазивной диагностики (УЗИ с доплерографией, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Врач-педиатр обязан помнить, что за необъяснимыми симптомами и «нетипичным течением» заболевания у ребенка может скрываться новообразование, исключить которое необходимо в первую очередь. При малейшем подозрении на опухоль ребенок незамедлительно должен быть направлен на стационарное обследование.

Следует помнить, что даже опытный специалист-онколог на основании только данных осмотра и пальпации опухоли не всегда может при первичном осмотре установить принадлежность образования к той или иной группе. Правильное лечение доброкачественных и злокачественных опухолей возможно только после гистологического исследования. При обнаружении опухоли ее идентификация должна быть проведена незамедлительно.

Клиническое обследование ребенка с подозрением/наличием новообразования начинают с общих методов обследования: расспроса ребенка и/или родителей (с обязательным акцентированием на семейном анамнезе), физикального исследования органов и систем (при синдроме «пальпируемой опухоли» у детей раннего возраста проведение пальпации живота под наркозом), целенаправленное исследование всех групп лимфатических узлов, определение антропометрических показателей ребенка, измерение температуры тела и артериального давления (обязательно!), общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (оценка функционального состояния печени и почек).

При проведении пальпации живота у детей с синдромом «пальпируемой опухоли» обязательно определяют размеры опухоли, локализацию, подвижность, консистенцию, болезненность, связь с окружающими тканями. Ощупывание рекомендуется проводить при различных положениях тела ребенка: лежа на спине, на боку, стоя, с наклоном туловища вперед. При больших опухолях обращают внимание на расширение подкожной венозной сети брюшной стенки, а при перкуссии – наличие асцита.

Полученные данные имеют значение не только для установления правильного диагноза заболевания, но они также необходимы для последующей оценки изменений функции отдельных органов и тканей, развивающихся вследствие проведенного противоопухолевого лечения.

Далее переходят к частным методам обследования, к которым относятся методы, применяемые в обязательном порядке всем детям с определенной формой злокачественного новообразования.

При выборе методов лучевой диагностики необходимо помнить об отрицательном действии рентгеновских лучей на растущий организм ребенка и поэтому «золотым стандартом» в первичной диагностике новообразований являются методы ультразвуковой диагностики заболеваний. Данный метод достаточно информативен, имеет широкий спектр определяемой патологии, рентабелен и редко требует медикаментозного обезболивания пациента.

Применение ультразвукового исследования позволяет определить характер образования (солидное или кистозное), размеры опухоли, ее локализацию, а также связь с окружающими тканями (при использовании доплерографии – связь с магистральными сосудами), наличие опухолевого тромба в полной вене. Рентгенография грудной клетки является обязательным методом исследования при любых новообразованиях, особенно, имеющих склонность к метастазированию в легкие (саркомы костей, нефробластома).

Рентгеновские снимки органов грудной полости должны (обязательно!) выполнены в двух проекциях – передней и боковой. Производятся они преимущественно в вертикальном положении во время задержки дыхания на высоте полного вдоха.

Рентгенографию костей скелета применяют для определения степени распространенности опухолей, имеющих тенденцию к метастазированию в кости (нейробластома, саркома Юинга). Обзорные снимки костей производятся при подозрении на наличие в них метастазов (боли, нарастающая анемия, появление деформации кости).

Рентгенография органов брюшной полости проводится при отсутствии в ЛПУ аппарата для УЗИ и для детализации топике и характера опухоли, особенно при наличии в ней кальцификатов. Обзорные рентгенограммы живота, так же необходимо выполнять в прямой и боковой проекциях.

В ряде случаев необходимо проведение экскреторной урографии для уточнения локализации и объема опухолевого образования. При этом обращается внимание на функциональное состояние почек – равномерность выделения контрастного вещества и его эвакуацию, а также на наличие морфологических изменений в верхних мочевых путях.



Наиболее достоверным и информативным в определении локализации, размера и формы различных опухолей являются компьютерная томография (КТ), ядерно-магнитная томография (МРТ).

КТ обеспечивает достаточный объем анатомической и функциональной информации. КТ с наличием или без дополнительного внутрисосудистого контрастирования позволяет выявить границу между опухолью и нормальной тканью, вовлеченность регионарных лимфатических узлов в опухолевый процесс. Метод КТ позволяет визуализировать опухолевую инфильтрацию окружающих тканей, сосудов, нижней полой вены и аорты.

МРТ имеет еще более высокие диагностические результаты с точки зрения информативности. Особую ценность имеет метод при распознавании распространения новообразования в магистральные сосуды, визуализации тромбоза крупных венозных стволов.

недостаткам компьютерной и магнитно-резонансной томографии относится высокая стоимость исследования, необходимость медикамент-озного обездвиживания маленьких пациентов.

На ранних стадиях опухолевого процесса злокачественные новообразования протекают под масками самых различных заболеваний, так часто возникающих у детей различного возраста. В связи с этим детям ставятся наиболее распространенные в педиатрической практике диагнозы, и назначается симптоматическое, антибактериальное, жаропонижающее, общеукрепляющее и пр. лечение, которое оказывается неэффективным. Один диагноз заменяется другим, одна схема лечения сменяется на другую и так продолжается до тех пор, пока состояние ребенка не становится тяжелым.

В педиатрической практике до сих пор остается распространенным назначение физиотерапевтических и тепловых процедур при локальном увеличении периферических лимфатических узлов, когда ребенку ставится диагноз реактивного лимфаденита или неспецифической лимфоаденопатии только на основании клинического осмотра. Лишь при отсутствии эффекта от назначенного лечения ребенку делается анализ периферической крови (в большинстве случаев, без подсчета общего количества тромбоцитов), назначается рентгенографическое исследование органов грудной клетки, и только при выявлении каких-либо изменений ребенок направляется на консультацию в специализированное учреждение или госпитализируется в общесоматическое педиатрическое учреждение. Все это занимает значительный промежуток времени (от нескольких недель до месяцев), способствует прогрессированию опухолевого процесса и установлению точного диагноза в поздние сроки.

Незыблемым правилом для врача должно стать проведение пункции увеличенного лимфатического узла, когда для гиперплазии нет достаточных оснований, не происходит его регрессии, несмотря на ликвидацию очага воспаления, и во всех сомнительных диагностических случаях.

Нередко проводится назначение ребенку (при наличии умеренной анемии, панцитопении и др.) кортикостероидных препаратов без предварительного исследования костного мозга, цитологического гистологического исследований увеличенных лимфатических узлов. При этом применяемая кортикостероидная терапия в течение нескольких суток может привести к нормализации показателей периферической крови, костного мозга (при его явном лейкозном поражении), нормализации размеров увеличенных лимфатических узлов. Хотя в данной ситуации «просматриваются» такие заболевания, как острый лейкоз, неходжкинская лимфома и т.д. В течение некоторого периода отмечается видимое клиническое благополучие.

Однако затем наступает резкое ухудшение с нарастанием клинико-гематологической симптоматики, что свидетельствует о прогрессировании онкологического процесса. Анализ врачебных ошибок позволяет считать, что именно отсутствие онкологической настороженности является частой причиной запоздалой диагностики злокачественных опухолей у детей.

Из-за отсутствия морфологической верификации отмечаются случаи, когда вместо злокачественной опухоли диагностируется доброкачественный процесс. Эта ситуация нередко встречается в хирургической и травматологической практике в отношении опухолей костей (саркомы Юинга, остеогенной саркомы), когда последние принимаются за остеомиелит.

Проводимое лечение, как правило, приводит к переходу локальной формы сарком в генерализованную. Во избежание подобных ошибок необходимо проведение биопсии (пункционной, инцизионной, эксцизионной) с последующим морфологическим исследованием (цитологический и гистологический методы).

Не менее важны ошибки, допускаемые врачами в общесоматических отделениях больниц, при неоправданном назначении гемотрансфузионной терапии детям при обнаружении снижения уровня гемоглобина и количества эритроцитов в анализе периферической крови. Эта ошибка усугубляется тем, что ребенку проводится переливание цельной крови (а не эритроцитарной взвеси), способствующей развитию изоиммунизации организма. Это вмешательство назначается также без предварительного исследования костного мозга и других дополнительных методов исследования, позволяющих в одних случаях диагностировать обычную железодефицитную анемию (при которой гемотрансфузии вообще не показаны), а в других установить диагноз острого лейкоза или аплазии кроветворения – заболеваний, требующих экстренных специальных методов лечения.

Таким образом, необходимость знаний особенностей детской онкологии поможет врачу в распознавании и лечении злокачественных новообразований у детей. Наличие онкологической настороженности в отношении к ребенку позволит врачу общелечебной сети (педиатру, семейному врачу,

детскому хирургу) целенаправленно обследовать ребенка, используя оптимальные методы диагностики, выбирая наиболее рациональные способы лечения.

Открытие новых лекарственных средств – цитостатиков и понимание того, что большинство детских злокачественных опухолей очень чувствительны к лекарственным воздействиям, привели к тому, что стало возможным излечивать т.е. благодаря интенсификации лечения – введения в практику детских онкологов высоких доз химиопрепаратов и метода пересадки стволовых клеток костного мозга и периферической крови – в настоящее время удается излечивать до 70,0% больных детей [4].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов Ж.Н., Позднякова А.П., Филипенко В.И. Состояние онкологической помощи населению Республики Казахстан в 1993-1997гг., Алматы. 1998, 68с
2. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Ж., Жумашев У.К. Проблемы в детской онкологии. В сб. научных трудов международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы онкологии» 15-16 октября 2003г. Алматы, 2003, с. 50-52.
3. Курмашев В.И. Возможности и пути ранней диагностики гемобластозов у детей // Лечащий врач. 1998. №2. с. 38-40.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения различных стран мира (мировой стандарт). GLOBOCAN, 2000. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1,0. JARC Cancer Base №5 Lyon.

УДК 616.8-009-053.2-085.851.8

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Р.Н. Даирова*

*Областная детская больница. г. Кызылорда*

#### ТҮЙІН

Балалар неврологиясында, әсіресе бір жасқа дейінгі балалардың жүйке ауруларын емдеуде қалпына келтіру емдеу шараларының жүйелілігі мен этапын емдеуде балалар арасында мүгедектікті азайтуда өте маңызы зор.

#### SUMMARY

Medical rehabilitation in childish neurology, especially of up 1 year children, succession and sequence of treatment is the general thing in impairment of infant disability.

В системе специализированной помощи детям неврологическая служба занимает одно из ведущих мест. Это связано с увеличением соматической патологии у женщин детородного возраста, рост анемии, вирусных, экстрара и интрагенитальных заболеваний у матери, увеличение асоциальных заболеваний, таких как табакокурение, злоупотребление будущими родителями алкоголя что, конечно, неблагоприятно влияет на течение беременности и ведет к увеличению патологии центральной нервной системы у новорожденных. Поражение центральной нервной системы, которое малозаметно в раннем возрасте в будущем существенно влияет на дальнейшее нервно-психическое развитие ребенка, вызывает школьную дезадаптацию, усугубляет течение соматических заболеваний, высокую степень инвалидизации и снижает качество жизни ребенка. По данным различных авторов в структуре детской инвалидности заболевания нервной системы составляют 60% - 70%. Из них перинатальная патология составляет 33%, эпилепсия – 20%, ДЦП – 27%, нейроинфекции – 10%, наследственные заболевания – 2%, последствия ЧМТ – 8%. Среди причин младенческой смертности первое место занимает патология перинатального периода, которые в свою очередь лежат в основе формирования ДЦП, эпилепсии, ЗППР, слабоумия формируя детскую инвалидность. За 2009 – 2010 года 326 детям с патологией нервной системы по городу Кызылорда и районам впервые оформлена инвалидность (из них – с диагнозом ДЦП – 124). В связи с увеличением заболеваний нервной системы у детей и необходимостью осуществления непрерывного, последовательного, преемственного лечения детей при областной детской больнице с 1.07.2003 года функционирует отделение восстановительной терапии на 30 коек. За этот период получило лечение около 6000 детей в возрасте от 2-х месяцев до 15 лет с различными патологиями нервной системы. Из них около 350 детей инвалидов. Реабилитация в детской неврологии занимает особое место, так как у данной категории больных заболевания переходили в хроническую стадию или поддаются лечению только при устранении остаточных явлений, компенсация которых происходит в результате целенаправленной и продолжительной реабилитационной программы. В отделении проводится медицинская реабилитация (медикаментозное лечение, электрофизиолечение, массаж, индивидуальные занятия с инструктором ЛФК и обучение родителей навыкам ЛФК, шариковый бассейн, парафино-озокеритовые аппликации). Проводится программа коррекции речи: оценка развития этих функций, логопедическая работа. Цель программы – терапия

дефектов речи, развитие способности к общению. Специалистом дефектологом проводится оценка уровня интеллекта, личностного развития и общих способностей. Проводится диагностика нарушений способности к обучению.

Цель программы – определение способности и потребности, помощь в решении индивидуальных психологических проблем. За 2008 – 2009 года в отделении получили восстановительное лечение 1917 детей из них детей из сельской местности – 703, что составляет 37%. Выявление патологий нервной системы у детей из сельской местности, особенно первого года жизни остается недостаточно качественной, вследствие отсутствия хорошо подготовленных врачей неврологов, низкой материально-технической базой физиотерапевтических кабинетов, нет подготовленных детских массажистов, инструкторов ЛФК. Вследствие чего нередко дети из отдаленных аулов поступают на лечение поздно, когда заболевание переходит в хроническую стадию. Ежегодно отмечается рост детей до 1 года с различной перинатальной патологией, получивших плановое восстановительное лечение. Если в 2008 году пролечено 223 ребенка до 1 года, что составило 24,42%, то в 2009 году – 283 ребенка, это уже почти 30%. По различным данным 85% детей до 1 года имеют тот или иной неврологический дефицит.

Среди причин, приводящих к неврологической патологии, выделяют основные:

1. Дети с низкой массой тела, среди которых 60% - 70% умирают в периоде новорожденности, до 20% характеризуются высокой частотой поражения ЦНС.
2. Наследственные нарушения обмена веществ.
3. Внутритрубные инфекции, поражение ЦНС, головного мозга.
4. Врожденные пороки развития нервной системы.

В структуре заболеваний среди выписанных больных 78% это дети с различной перинатальной патологией, последствия перенесенной нейроинфекции 2%, последствия ЧМТ до 10%. Впервые, каждый год выставляется диагноз ДЦП 4-5 детям, что составляет 0,5%, дети с врожденными пороками развития составляют 0,54% - 0,77%, отмечается их рост, если в 2008 году выявлено 5 детей, то в 2009 году уже 9. В основном диагностируются (по данным КТ головного мозга, МРТ) порэнцефалические и субарахноидальные кисты, случаи агенезии червя мозжечка, малые пороки развития в виде агенезии прозрачной перегородки. Отмечается рост детей с острым нарушением мозгового кровообращения, если в 2008 году был зарегистрирован 1 случай, то в 2009 году - 4 случая, что составило 0,38% от всех пролеченных детей.

Проблема детских инсультов определяется высокой степенью инвалидизации до 50% и смертности после перенесенного заболевания. Для диагностики заболеваний нервной системы в отделении используются такие обследования, как: нейросонография, электро-энцефалография, ЭхоЭС, осмотр глазного дна, рентгенография черепа. По показаниям проводится компьютерная томограмма. Из лабораторных исследований проводится определение КФК, ЛДГ при подозрении на нервно-мышечные заболевания детям 1 года жизни. При подозрении на внутритрубную инфекцию проводится иммунно-ферментный анализ (ИФА), иммуннограмма с дальнейшей консультацией иммунолога. Медикаментозное лечение детей и сроки пребывания в стационаре проводится в соответствии с утвержденными протоколами лечения.

**Выводы:** Восстановительное лечение в детской неврологии, особенно у детей 1 года жизни, преемственность и последовательность различных комплексов лечебных мероприятий имеют значение в вопросе снижения детской инвалидности.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. А.Н. Белова, О.Н. Щепетова (ред.) – М., 1998.
- 2.Врожденные пороки нервной системы.2001 г. М.М. Лепесова.

УДК 616.009.24-053.2-07

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ

*Р.Н. Даирова*

*Областная детская больница, г. Кызылорда*

#### ТҮЙІН

Фебрильді тырысуы бар балалардың ЭЭГ нәтижесі, ауруды диагностикалау, емдеу және болашақта ем жүргізуге аса зор маңызы бар. Патогенез, этиология және аурудың ерекше клиникалық анықталуы ЭЭГ көрсеткіштерімен бірге қаралуы тиіс.

#### SUMMARY

Electroencephalography statistics among the children with pyretic spasms have important meaning for diagnostic the treatment and prognosis for a disease. Electroencephalography indicants must be considered in the aggregate with pathogenesis, etiology and clinical aspects.

Элетроэнцефалография (ЭЭГ) – метод регистрации биоэлектрической активности головного мозга. В обследовании детей с судорожными состояниями, в том числе и с фебрильными судорогами важное диагностическое значение сохраняет электроэнцефалография, позволяющая выявить особенности функционального состояния мозга.

Немецкий психиатр Г. Бергер в 1929 году впервые произвел запись ЭЭГ. В дальнейшем методы записи ЭЭГ совершенствовались, внедрены новые методы ЭЭГ: суточное ЭЭГ – мониторингирование, картирование мозга, магнито-ЭЭГ. ЭЭГ у детей имеет ряд особенностей по сравнению с взрослыми.

Для правильной трактовки данных ЭЭГ у детей необходимо учитывать нормативные характеристики биоэлектрической активности разных отделов мозга в различных возрастных периодах. Патологические биотоки головного мозга обнаруживаются у 15-16% здоровых детей младшего возраста, эти изменения связывают с незрелостью мозга. У детей первых трех лет жизни с пароксизмальными состояниями изменения на ЭЭГ могут быть диффузными и очаговыми с межполушарной асимметрией. У 83,5% детей на ЭЭГ выявляются комплексы «пик – волна», «пики», гиперсинхронные медленные волны, у остальных детей выявляются медленные высокоамплитудные колебания, дельта волны, быстрые ритмы.

Изменение биотоков головного мозга зависит не только от возраста ребенка, очага поражения головного мозга, но и от причины вызвавшей судороги. Клинические симптомы у детей могут предшествовать изменениям на ЭЭГ. У детей раннего возраста изменения на ЭЭГ бывают, как правило, диффузными, что объясняется распространением возбуждения из эпилептического очага и вовлечением все новых клеточных элементов.

У детей, перенесших фебрильные судороги, на ЭЭГ регистрируются медленные диффузные волны, которые постепенно исчезают. У 5-20% детей в дальнейшем формируются патологические очаговые или диффузные изменения биоэлектрической активности.

У детей с фебрильными судорогами и пароксизмальными изменениями биотоков головного мозга эпилепсия в дальнейшем развивается в 27% случаев, а при отсутствии патологии на ЭЭГ только в 1,2% случаев. ЭЭГ при фебрильных судорогах у детей имеют прогностическую ценность, что указывает на необходимость проведения контрольных записей ее в динамике.

**Материалы и методы.** За 2010 год проведено ЭЭГ исследование у 26 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, из них мальчиков – 16, девочек – 10, которые обратились к детскому неврологу по поводу фебрильных судорог. Электроэнцефалография проводилась по системе расположения электродов 10-20 (Jasper H., 1958) в моно и биполярных отведениях. В качестве основных функциональных проб при проведении электроэнцефалографии использовались обычные стандартные пробы «открытие-закрывание глаз», гипервентиляцию.

**Результаты и обсуждения.** У 10 детей (6 мальчиков и 4 девочки) у которых имел место один эпизод простых фебрильных судорог на фоне повышения температуры тела от 38,0 °С до 39,5 °С. На электроэнцефалографии регистрировалась диффузная преимущественно медленная активность, альфа ритм нерегулярный, высокоамплитудный, межполушарная асимметрия не выявлена.

У 6 детей (3 девочки, 3 мальчика) было более трех эпизодов тонико-клонических судорог с потерей сознания на фоне повышения температуры тела от 37,5°С до 38°С. Они получали противосудорожную терапию. На электроэнцефалографии регистрируются в затылочных отведениях альфа активность с частотой в пределах 6-9 Гц, амплитудой до 150 мкВ. В передних и центральных отделах преобладают тета колебания частотой 8-14 Гц, амплитудой от 40 до 100 мкВ.

На этом фоне регистрировались очаговые острые волны «пик-волна», которые выявлялись отчетливее на фоне гипервентиляции (у детей старше 3 лет), выявлялась так же межполушарная асимметрия.

У 10 детей (6 мальчиков, 4 девочки) было не более трех эпизодов фебрильных судорог. На электроэнцефалографии выявлялась негрубая межполушарная асимметрия, в затылочных отведениях регистрируется нерегулярный альфа ритм частотой 7-9 Гц, амплитудой от 40 до 120 мкВ. В лобных отведениях бета - активность частотой больше 13 Гц, амплитудой менее 30 мкВ. В центральных отведениях тета – активность в виде высокоамплитудных ритмических колебаний. При гипервентиляции появление неритмичных медленных колебаний, наличие патологической активности в виде «острых волн», единичных билатерально-синхронных тета разрядов.

**Выводы:** Данные электроэнцефалографии у детей с фебрильными судорогами имеют существенное значение для диагностики проводимого лечения и прогноза болезни. Показатели электроэнцефалографии должны рассматриваться в совокупности с патогенезом, этиологией и особенностями клинического проявления заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.<< Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии>> Зенков Л.Р. – Таганрог, 1996 год.
- 2.<<Эпилепсия и судорожные синдромы у детей>> Темин П.А. с соавт. – М., медицина 1990 год.

УДК 616.211-002.1:615.036.8

**ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ СИНОМАРИН НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА***Л.М.Нуржанова**Центр амбулаторной хирургии, травматологии и гинекологии. г. Шымкент***ТҮЙІН**

Аллергический ринитпен ауыратын 20 ауру тексеріліп, синомаринмен емделді Қолданылған емнің жоғары клиникалық тиімділігі анықталды.

**SUMMARY**

Sinomarin clinical activity has been studied in 20 patients with allergic rhinitis. The findings confirm high therapeutic efficacy of Sinomarin, its good tolerance.

Рост нагрузки на верхние дыхательные пути в связи с загрязненностью, загазованностью окружающей среды промышленными отходами, не снижающийся уровень респираторных вирусных инфекций, снижение местного и общего иммунитета привело в возрастанию удельного веса хронических заболеваний ЛОР-органов, в частности аллергического ринита.

Данные эпидемиологических исследований показывают, что от 10-20% людей общей популяции страдают аллергическим ринитом [1,2].

Длительное применение сосудосуживающих капель в нос у больных с аллергическим ринитом неблагоприятно сказывается на состоянии слизистой оболочки, угнетается активность реснитчатого эпителия и снижается иммунный статус слизистой. В связи с чем правильный подбор лекарственных препаратов для местной терапии заболеваний носа остается актуальной [3].

В настоящее время уверенно заявляет о себе новое направление в лечении аллергических ринитов, как элиминационная терапия. Элиминационная терапия нашла свое воплощение в препарате Синомарин [4].

Синомарин раствор натуральной стерилизованной морской воды. Содержание NaCl составляет 23г/л. Содержит все активные минералы и ингредиенты натуральной морской воды. Не содержит консервантов. Прозрачная бесцветная жидкость без запаха со слегка солоноватым вкусом. Гипертонический раствор морской воды эффективно промывает и очищает носовую полость, разжижая и удаляя избыточное количество слизи, блокирующей носовые ходы, а также уменьшает отечность слизистой полости носа и носоглотки, оказывая противовоспалительное действие, облегчая носовое дыхание. Благодаря уникальной системе впрыскивания тщательно увлажняет и промывает все отделы носоглотки, активно очищая их от слизи, вирусов, бактерий и других загрязнений. Повышает местный иммунитет и сопротивляемость слизистой полости носа к болезнетворным вирусам и бактериям. Микроэлементы морской воды оказывают благоприятное воздействие на слизистую носоглотки, не вызывая дискомфорта при применении.

**Цель исследования** - изучение эффективности препарата Синомарин на фоне комплексной терапии аллергического ринита.

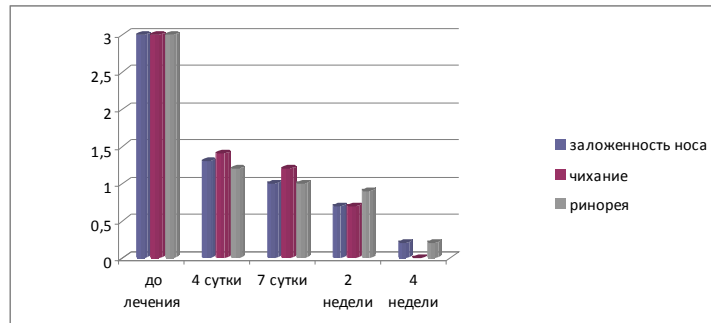
**Материал и методы исследования.** На базе ЦАХТ и Г применялся назальный спрей Синомарин. Для оценки эффективности были взяты две группы: 20 пациентов основной группы; 15 пациентов контрольной группы.

Оценивали симптомы аллергического ринита (зуд в носу, чихание, ринорея, заложенность носа) за сутки до обследования и после лечения в баллах: 0- симптомы отсутствуют, 1- слабо выраженные симптомы, 2- умеренно выраженные симптомы, 3- сильно выраженные симптомы. Обе группы продолжали лечение антигистаминными препаратами. Наблюдение проводили в течение 4 недель. К комплексной терапии основная группа получала Синомарин по 2-3 толчка в каждый носовой ход 3 раза в день.

**Результаты.** При анализе результатов обследования больных основной и контрольной групп было отмечено, что процентное соотношение мужчин и женщин, а также средний возраст до момента обращения к врачу были практически одинаковыми. Кроме того, основная и контрольная группы не различались по выраженности клинических симптомов на момент визита. Это позволило провести корректное сравнение результатов лечения в исследуемых группах пациентов.

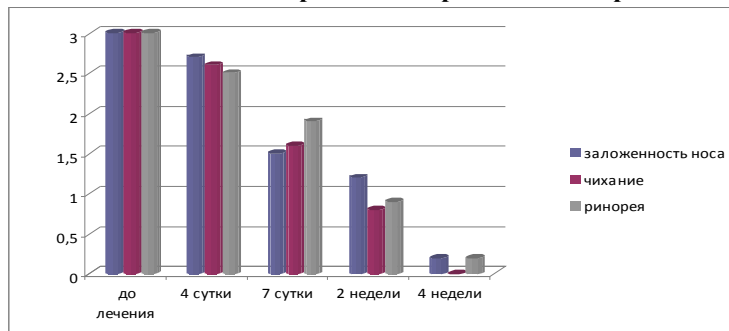
Оценка симптомов аллергического ринита у пациентов основной группы показала, что положительная динамика лечения проявлялась уже на 3-4 сутки (рис.1). Более редким становилось чихание.

Рис. 1. Динамика уменьшения симптомов аллергического ринита в основной группе



В контрольной группе уменьшение симптомов наблюдалось лишь на 6-7 сутки. Достоверное снижение клинических проявлений отмечалось на 2 неделю (рис.2).

Рис. 2. Динамика уменьшения симптомов аллергического ринита в контрольной группе



Пациенты основной группы отмечали уменьшение применения антигистаминных препаратов на 3-4 неделях по сравнению с началом лечения и отличную переносимость препарата Синомарин.

**Выводы.** Таким образом, исследование подтвердило действенность трехразового ежедневного применения Синомарина на фоне комплексной терапии при аллергическом рините. Эффективность и интерес в этом поддерживается значительным уменьшением применения антигистаминных средств пациентами, которые получали данную терапию по сравнению с контрольной группой, и отсутствием значительных побочных эффектов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.- Воронеж.- 1991.
2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З., Козлов В. С., Лопатин А. С. Заболевания носа и околоносовых пазух. - М.- 2003.
3. Марков Г. И. Транспортная функция мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа при воспалительных заболеваниях.// Вестник оториноларингологии.-1985.- №4.- С.36-37.
4. Рязанцев С. В. Морская вода в ринологии // Новости оториноларингологии 2009.- С. 1- 4.

УДК 616.216:615.036.8

#### ПРИМЕНЕНИЕ СИНОМАРИНА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

*Л. М. Нуржанова*

*Городская детская поликлиника №1. г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Риносинуситпен ауыратын 10 ауру және аллергиялық ринитпен ауыратын 9 ауру тексеріліп, синомаринмен емделді Қолданылған емнің жоғары клиникалық тиімділігі анықталды.

#### SUMMARY

Sinomarin clinical activity has been studied in 19 patients with rhinosinusitis (10), allergic rhinitis (9). The findings confirm high therapeutic efficacy of Sinomarin, its good tolerance.

Проблема эффективного лечения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух занимает ведущее место в оториноларингологии, что обусловлено значительной частотой и распространенностью данной патологии [1,2].

Растворы антибиотиков и антисептиков, которые назначают в виде капель в нос, растворов для промывания носовой полости и носоглотки устраняют инфекционный агент. Однако применение

антибактериальных препаратов неблагоприятно сказывается на состоянии слизистой оболочки, угнетается активность реснитчатого эпителия и снижается иммунный статус слизистой. В связи с чем, правильный подбор лекарственных препаратов для местной терапии заболеваний носа и носоглотки остается актуальной проблемой.

В настоящее время наиболее легко переносимыми и малораздражающими являются назальные промывания морской водой, которые щадяще действует на слизистую. Поэтому мы обратили внимание на препарат Синомарин, который представляет собой гипертонический раствор морской воды. Он эффективно промывает и очищает носовую полость, разжижая и удаляя избыточное количество слизи, блокирующей носовые ходы. Уменьшает отечность слизистой полости носа и носоглотки, оказывает противовоспалительное действие, облегчая носовое дыхание. Тщательно увлажняет и промывает все отделы носоглотки, активно очищая их от слизи, вирусов, бактерий и других загрязнений, благодаря уникальной системе впрыскивания. Повышает местный иммунитет и сопротивляемость слизистой полости носа к болезнетворным вирусам и бактериям. Оказывает благоприятное воздействие на слизистую носоглотки благодаря содержанию всего спектра микроэлементов, имеющихся в морской воде [3,4].

**Цель исследования** - изучение эффективности препарата Синомарин в детской оториноларингологии на фоне комплексной терапии риносинусита и аллергического ринита.

**Материал и методы исследования.** Нами применялся назальный спрей Синомарин. Для оценки эффективности лечения были взяты две группы больных. Возраст больных составлял от 2 до 15 лет. С риносинуситом – 10 детей, с аллергическим ринитом - 9 детей.

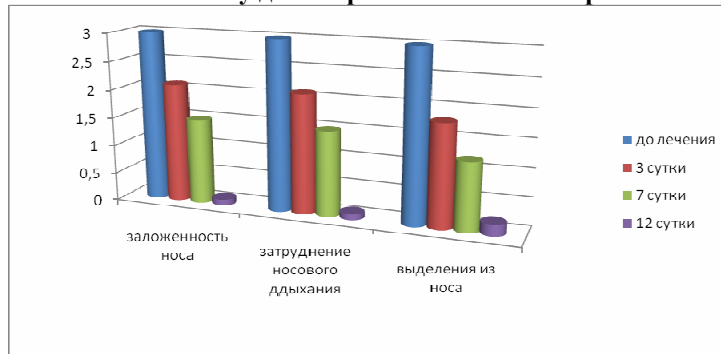
У всех детей отмечались выраженные симптомы воспаления - затрудненное носовое дыхание, выделения из носа. Риноскопическая картина при риносинуситах – отек, гиперемия слизистой полости носа, в среднем носовом ходу - наличие гнойной полоски. При аллергическом рините наблюдался отек и бледность слизистой полости носа.

В комплекс лечения при риносинусите включали антибактериальную терапию, при аллергическом рините добавляли антигистаминные препараты. К комплексной терапии основная группа получала Синомарин по 2-3 толчка в каждый носовой ход 3 раза в день.

Оценивали симптомы за сутки до обследования и после лечения в баллах: 0- симптомы отсутствуют, 1- слабо выраженные симптомы, 2- умеренно выраженные симптомы, 3- сильно выраженные симптомы. Наблюдение проводили в течение 2 недель.

**Результаты.** Эффективность препарата оценивались по клиническим данным. У всех детей положительная динамика наблюдалась на 3 сутки (рис.1). У детей с аллергическим ринитом, при риносинусите полное купирование симптомов отмечено на 12 день терапии (рис.1)

Рис. 1. Динамика уменьшения симптомов у детей при лечении Синомарином



Побочных эффектов, осложнений, аллергических реакций при использовании гипертонического раствора получено не было. Способ применения прост и удобен.

**Выводы.** Таким образом, ежедневное орошение носа гипертоническим солевым раствором Синомарина показало свою эффективность и перспективность в комплексном лечении воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шеврыгин Б.В. Синусит у детей и взрослых. – М. – 1998.- 256 с.
2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология.- М.- 2000.- 390 с.
3. Гаращенко Т. И., Ильенко Л. И, Гаращенко М. В. Элиминационная терапия слизистых оболочек верхних дыхательных путей в профилактике гриппа и ОРВИ // Российская оториноларингология. – 2003.-№ 3.- С.195-198.
4. Рязанцев С. В. Морская вода в ринологии // Новости оториноларингологии 2009.- С. 1- 4.

УДК 616.216.1-002:615.036.8

**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТАКСИМ-О ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ***Л.М. Нуржанова**Центр амбулаторной хирургии, травматологии и гинекологии. г. Шымкент***ТҮЙІН**

Гайморитпен ауыратын 28 ауру тексеріліп, Таксим-О мен емделді. Қолданылған емнің жоғары клиникалық тиімділігі анықталды.

**SUMMARY**

Taxim-O clinical activity has been studied in 28 patients with acute purulent maxillary sinusitis. The findings confirm high therapeutic efficacy of Taxim-o, its good tolerance.

Несмотря на очевидные успехи в лечении синуситов данное заболевание остается частым и по данным некоторых авторов составляет 25-30 % от всех оториноларингологических заболеваний среди стационарных больных [1,2].

В настоящее время одним из основных методов лечения острых гнойных гайморитов является пункция гайморовой пазухи. По данным некоторых авторов пункция верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход считается инвазивной, болезненной процедурой, опасной возможными осложнениями. Поэтому в последнее время в зарубежных клиниках основным направлением в лечении острых гайморитов является назначение антибиотиков широкого спектра действия новых поколений внутрь в течение 7-10 дней без проведения пункции гайморовой пазухи [3,4].

В этой связи представляет интерес появление в арсенале клиницистов нового антибактериального препарата Таксим-О.

Таксим – О является цефалоспорином 3-го поколения. Преимуществом данного препарата является широкий спектр антимикробного действия и высокая активность в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Действует бактерицидно, нарушая синтез клеточной стенки бактерий.

**Цель исследования** - изучение клинической эффективности препарата Таксим-О в лечении больных с острым гнойным гайморитом.

**Материал и методы исследования.** На базе ЦАХТиГ пролечено - 28 больных с острым гнойным гайморитом в возрасте от 15 до 40 лет (мужчин-12, женщин-16). Использованы следующие критерии отбора пациентов: 1. характерная клиническая картина гайморита (боль в области проекции гайморовой пазухи, гнойные выделения из носа, головная боль, затруднение носового дыхания), 2. рентгенологические признаки острого гнойного гайморита (снижение пневматизации гайморовой пазухи, уровень жидкости в гайморовой пазухе), 3. Отсутствие предшествующей антибактериальной терапии.

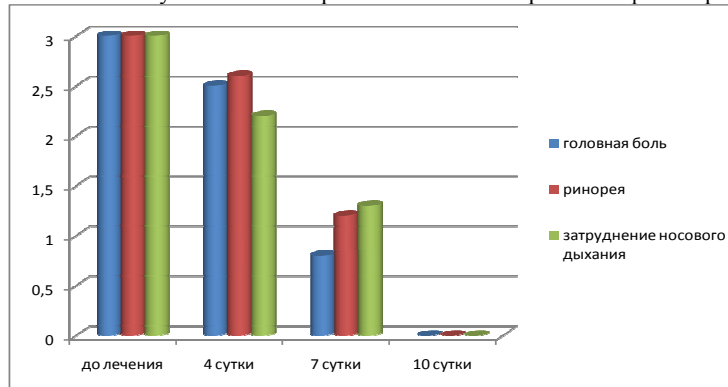
У всех больных производились посевы из полости носа на флору и чувствительность к антибиотикам. Были выделены: гемолитический стрептококк (25 %), золотистый стафилококк (14%), гемофильная палочка (30%), пневмококк (31%). Пациенты принимали препарат внутрь в дозе 200 мг через 12 часов в сутки. Всего 10 дней.

**Результаты.** Критериями эффективности проведенного лечения служили нормализация общего состояния, восстановление носового дыхания, купирование головных болей, улучшение риноскопического обследования.

Оценивали симптомы за сутки до обследования, и после лечения в баллах: 0- симптомы отсутствуют, 1- слабо выраженные симптомы, 2- умеренно выраженные симптомы, 3- сильно выраженные симптомы.

Выраженность основных симптомов острого гайморита и их динамика в результате применения Таксим-О представлены в рис.1.

Рис. 1 Динамика основных симптомов у больных с острым гнойным гайморитом на фоне терапии препаратом Таксим-О.



Как видно из рисунка 1 на 4 день от начала приема Таксим - О произошло ослабление выраженности основных симптомов заболевания.



По результатам нашего исследования у всех пациентов все симптомы заболевания купировались после 10 дневного курса приема данного препарата.

Результаты наших исследований свидетельствуют о высокой клинической эффективности. Отмечена хорошая переносимость препарата.

Хотелось бы подчеркнуть экономичность лечения. Стоимость лечения при этом снижается за счет отказа от инъекций.

**Выводы.** 1. Препарат Таксим – О весьма эффективен при остром гнойном гайморите, обладает широким спектром антибактериального действия.

2. Препарат удобен, экономичен, хорошо переносится больными и может быть рекомендован для лечения острого гнойного гайморита, как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шеврыгин Б.В. Синусит у детей и взрослых. - М. – 1998.- 256 с.
2. Насыров В.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А. Синусит в эксперименте и клинике. - Бишкек. - 2005. – 204 с.
3. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух. // Consilium medicum. - 2002.- № 4.- С. 32-39.
4. Балалалева Е.А., Аксенов В.М., Попадюк В.И. Новые подходы к антибактериальной терапии острых риносинуситов // Оториноларингология. Бас, мойын хирургиясы.- 2009.- №1-2. - С.37-39.

УДК: 616.36 – 002.1 – 053.2+612.112.91+577.152.313

#### КОМПЬЮТЕРНАЯ МОРФОДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

*А.Ж. Танирбергенова, Г.Г. Куттыкужанова, Ш.А. Балгимбеков*

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

#### ТҮЙІН

Мақалада 32 вирусты гепатитпен науқастанған және 9 сау баланың компьютерлік морфоденситометрия әдісімен «ДиаМорф» аппараты – бағдарламалық комплексе жүргізілген перифериялық қандағы нейтрофилдерінің цитохимиялық зерттеу нәтижелері берілген. Алынған мәліметтер вирусты гепатит кезіндегі балалардағы нейтрофилдердің сілтілі фосфатазаның ферментативті белсенділігінің өзгеруі туралы айқындайды.

#### SUMMARY

The results of cytochemical studies of peripheral blood neutrophils in 32 patients with viral hepatitis and 9 healthy children by computer morfodensitometrii on hardware – software complex package "DiaMorf". The data indicate significant changes of enzymatic activity of alkaline phosphatase in neutrophils inn children with viral hepatitis.

Исследованиями последних лет установлено, что морфоденситометрическая оценка цитохимической реакции клеток периферической крови дает возможность оценить дополнительно состояние макроорганизма в различные критические периоды [1, 2]. Наиболее полно модифицированная система распознавания образов и анализа изображений воплощена в программно-аппаратном комплексе «ДиаМорф», основанная на методе компьютерной морфоденситометрии (КМДМ).

Изучение ферментативной активности клеток периферической крови с помощью метода КМДМ является перспективным, открывающим новые возможности в диагностике заболеваний, оценки течения и тяжести болезни и прогнозировании исходов бактериальных и вирусных инфекций, интоксикации, аллергической реакции при вакцинации [3, 4, 5].

Использование метода КМДМ при таких широко распространенных формах патологии среди детей, как вирусные гепатиты, железодефицитные анемии и др., позволит получать ценные сведения для интегральной оценки состояния организма ребенка в момент обследования и прогнозирования течения болезни.

Целью настоящего исследования явилась оценка морфометрических и денситометрических параметров активности щелочной фосфатазы в нейтрофилах периферической крови у детей больных ВГ.

Цитохимические исследования нейтрофилов крови проведены у 32 больных ВГА детей методом КМДМ на аппаратно– программном комплексе «ДиаМорф» с вычислением морфометрических и денситометрических параметров. Обследованные дети были разделены на 2 группы: больные ВГА с сопутствующей железодефицитной анемией (ЖДА) и больные без анемии. Контрольную группу для цитохимических исследований составили 9 практически здоровых детей.

Для количественной оценки функционально-морфологических признаков объекта использовался интегрированный пакет прикладных программ «Cito», который позволяет произвести трехмерную реконструкцию измеряемого параметра по вектору сканирования нейтрофила (денситометрический профиль).

Морфометрические параметры включали количество (Count), площадь (Area), периметр (Perim) и диаметр депозитов (Dcirc) ферментативной реакции. Денситометрическая характеристика изучалась по таким параметрам как, средняя оптическая плотность (OD), средняя интенсивность (Grva), среднее оптическое пропускание (Trans) и интегральная оптическая плотность (IOD). Каждый из параметров характеризовался несколькими статистическими величинами – средней арифметической, модой, медианой и др.

Весь цифровой материал был подвергнут математической обработке общепринятыми методами вариационной статистики с использованием программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0. Для визуальной оценки морфоденситометрических показателей у больных с вирусным гепатитом, с вирусным гепатитом на фоне анемии, и у здоровых детей были построены категоризированные графики «Бокса-Вискера».

Результаты наших исследований, свидетельствуют о том, что нейтрофильные клетки у больных детей гепатитом А без сопутствующей анемии, по сравнению со здоровыми детьми, характеризуются достоверно меньшим количеством гранул щелочной фосфатазы (соответственно  $96,87 \pm 4,76$  и  $219,0 \pm 14,34$ ,  $p < 0,001$ ). Такие же изменения были обнаружены у больных ВГА на фоне ЖДА по сравнению с показателями у здоровых детей, однако достоверного различия в количестве гранул ЩФ между основной и контрольной групп больных детей не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Указанные отличия по данному параметру морфометрической характеристики нейтрофилов четко видны на графике Бокса-Вискера (рис.1). Так, из рисунка видно, что данные по количеству гранул ЩФ у здоровых детей значительно отличаются от данных детей больных ВГА. При этом наблюдается уменьшение площади депозитов ферментативной реакции с  $145,38 \pm 11,43$  усл.ед. (у здоровых детей) до  $94,47 \pm 10,94$  усл.ед. (у больных ВГА с ЖДА) и  $61,66 \pm 2,68$  усл.ед. (у больных ВГА без анемии).

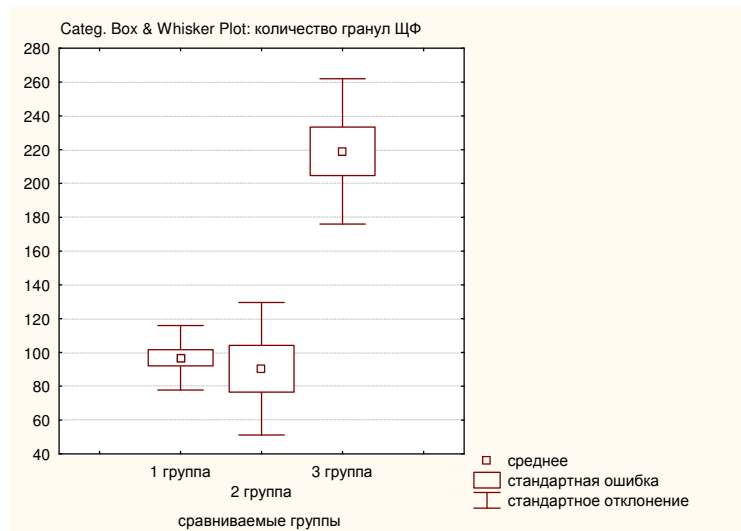


Рисунок 1 – Графики Бокса – Вискера по количеству гранул ЩФ

Несколько иная картина выявлена в показателях, характеризующих средние значения периметра и диаметра депозитов. Так, если у больных ВГА без анемии по сравнению со здоровыми детьми наблюдается снижение этих показателей (соответственно с  $60,64 \pm 3,25$  усл.ед. до  $36,55 \pm 1,23$  усл.ед. и с  $9,09 \pm 0,68$  усл.ед. до  $7,83 \pm 0,21$  усл.ед.), то у детей, больных ВГА на фоне ЖДА снижение показателя периметра было выражено несколько меньше (соответственно до  $43,75 \pm 2,96$  усл.ед.). Клетки здоровых детей характеризовались наибольшими показателями средней интенсивности –  $143,22 \pm 1,74$  усл.ед. У больных ВГА без анемии определялись низкие показатели средней интенсивности ( $66,84 \pm 3,69$ ), что по сравнению с показателями здоровых детей меньше на 53,3%. При наличии сопутствующей ЖДА у больных ВГА показатели средней интенсивности были несколько высокими –  $73,0 \pm 4,1$  усл.ед.

Построив категоризированные графики Бокса-Вискера, нам удалось убедиться в наличии особенностей по данному параметру оптической плотности депозитов ферментативной реакции нейтрофилов крови у детей больных ВГА (рис.2).

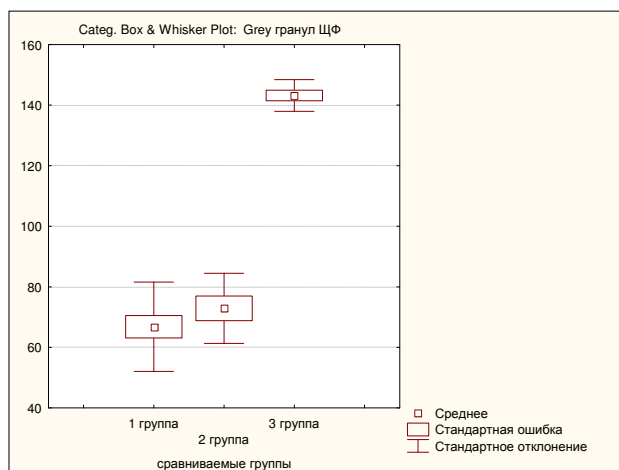


Рисунок 2 – График Бокса – Вискера по показателям Grey гранул ЩФ

Для больных ВГА были характерными также показатели среднего оптического пропускания (Trans): по сравнению со здоровыми детьми, у всех наблюдаемых больных гепатитом А отмечалось уменьшение данного параметра в пределах 2 раза ( $p < 0,001$ ). Следует отметить отсутствие достоверного различия между показателями среднего оптического пропускания у детей, больных ВГА с сопутствующей ЖДА –  $41,5 \pm 3,76$  усл.ед. и у детей без анемии –  $42,88 \pm 2,4$  усл.ед. ( $p > 0,05$ ).

Как известно, более высокие оптические показатели гранул щелочной фосфатазы отражают увеличение содержания в цитоплазме продукта цитохимической реакции. В этой связи наибольшую информативность представляют такие денситометрические показатели, как средняя и интегральная оптическая плотность. В группе обследованных нами больных детей с ВГА без анемии показатель средней оптической плотности составил  $46,9 \pm 3,88$  усл.ед. и интегральной оптической плотности -  $3167,87 \pm 264,2$  усл.ед.

У детей, больных ВГА на фоне ЖДА также наблюдалось увеличение показателя средней оптической плотности до  $43,15 \pm 3,12$  усл.ед., т.е. был примерно одинаковым с показателем предыдущей группы. Однако, показатель интегральной оптической плотности у больных с ЖДА оказался значительно выше ( $5068,62 \pm 715,6$  усл.ед.), по сравнению с показателем у детей без анемии -  $3167,87 \pm 264,2$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ).

Наиболее высокий показатель интегральной оптической плотности определялся в нейтрофилах у здоровых детей –  $7226,88 \pm 530,7$  усл.ед., что достоверно выше, чем у больных ВГА без ЖДА ( $p < 0,001$ ) и на фоне анемии ( $p < 0,05$ ).

На рис. 3, 4 и 5 представлены гистограммы распределения показателей среднего оптического пропускания (Transmis), средней оптической плотности (OD) и интегральной оптической плотности (IOD) гранул ЩФ нейтрофилов больного ребенка.

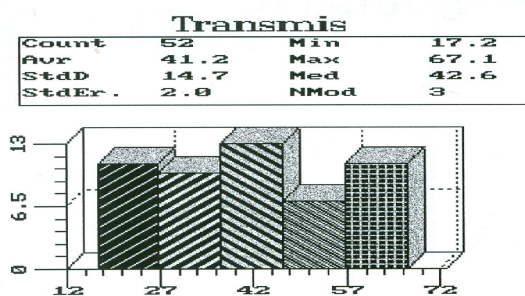


Рис. 3 Гистограмма распределения показателей среднего оптического пропускания

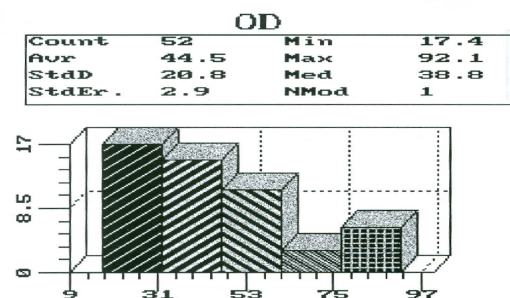


Рис. 4 Гистограмма распределения показателей средней оптической плотности

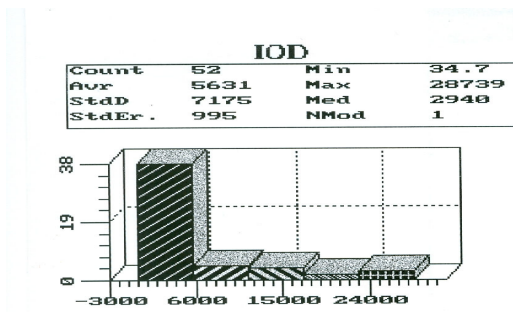


Рис. 5 Гистограмма распределения показателей интегральной оптической плотности

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о существенных изменениях ферментативной активности ЩФ нейтрофилов у детей при заболевании ВГ. Вероятно, эти изменения функционально-метаболической активности в нейтрофильных гранулоцитах детей связаны с повышенной чувствительностью нейтрофилов к воздействию вирусов. Высвобождение лизосомальных ферментов во внеклеточное пространство объясняет полученные данные падения активности ферментов в нейтрофилах у больных вирусными гепатитами. Угнетение основных компонентов вирулицидной системы приводит к нарушению фагоцитарной функции лейкоцитов. Следовательно, иммунный ответ организма при вирусных гепатитах ослабляется.

В целом, в результате проведенного цитохимического исследования нам удалось впервые изучить ферментативную активность ЩФ нейтрофилов у детей методом КМДМ при ВГА, протекающий на фоне ЖДА и без анемии. Созданная на сегодняшний день современная технология анализа изображения клеточных структур позволила нам получить достоверно высокие и информативные количественные данные, характеризующие цитохимические изменения при ВГ. Это позволило нам рекомендовать лабораторной службе инфекционных больниц исследование клеток периферической крови методом КМДМ в качестве дополнительного теста при обследовании детей, больных с ВГ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – Москва: Медицина, 1990 – 384с.
2. Nicolini C. Chromatin structure from nuclei to genes // *Anti – cancer Res.* – 1983. – Vol.3 – P.63-86.
3. Жукоцкий А.В. Компьютерная телевизионная морфоденситометрия нормальных и патологических структур клеток и тканей: дис. ... докт. мед.наук.– Москва, 1992. – 357 с.
4. Мационик А.Э., Самсоненко Г.И., Литвиненко А.Н., Павличенко А.Н., Зеньковский А.Я. Состояние и тенденции развития медицинских информационных систем для морфологических исследований // *Архив патологии.* – 1999. - №3. – С. 3-6.
5. Хелленов Э.А. Врожденные вирусные инфекции (факторы риска, клинические проявления, терапия и профилактика): автореф. ... докт. мед. наук. – Москва, 1993. – 42 с.

УДК 002.6:614.2(574)

#### УЧЕТ И ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ АККРЕДИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

*Ш.К. Оспанова, О. Т. Жужжанов, Ш. А. Булекбаева, А. О. Абдрахманова  
АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана*

#### ТҮЙІН

Мақалада көп салалы Республикалық балаларды оңалту орталығындағы аккредитация жүйесіндегі құжаттарды жүргізу мен есебі ережесі көрсетілген. Маңызды сөздер: іс қағаздардың номенклатурасы, іс қағаздарды жүргізу, аккредитация.

#### SUMMARY

The article reflects the rules of the account and documentation conduct for improvement of rehabilitation services quality in the versatile Republican children's rehabilitation centre.

Keywords: the nomenclature of affairs, documentation conduct, accreditation.

В условиях стремительного развития рыночных отношений в здравоохранении, внедрение системы аккредитации является одним из действенных и эффективных механизмов для осуществления регулирующей функции со стороны государственного органа при активном участии самих медицинских организаций как поставщиков медицинских услуг.

Процесс аккредитации требует системного подхода и определенного уровня подготовки всех участников процесса. Немаловажным моментом является и то, что для эффективного и успешного функционирования организации необходимы качественный учет и ведение документации.

Практика показывает, что при разработке системы менеджмента качества и подготовке к аккредитации в организации основное внимание рабочей группы и консультанта (если организация пользуется его услугами) направлено на подготовку документов организации.

Причем такая тенденция сохраняется и в отношении ведения документации. По-видимому, по этой причине на уровне подразделений исполнители (для клинических и параклинических отделений это заведующие отделениями и старшие медицинские сестры) достаточно четко знают и выполняют требуемые виды работ по ведению документации системы менеджмента.

Учет и ведение (далее - ведение) документации системы управления в подразделении осуществляют ответственные лица за ведение медицинской документации, ответственность за ведение медицинской документации фиксируются в их должностных обязанностях.

Основной задачей ответственного лица за ведение медицинской документации является обеспечение деятельности подразделения документами системы стандартизации и систем менеджмента организации. Ответственные лица за ведение медицинской документации организуют ведение документации, которое включает составление и ведение номенклатуры дел, получение, регистрация, распределение и ознакомление сотрудников с документацией на рабочих местах, изъятие утративших силу документов, учет, хранение и передачу документов в архив.

Номенклатура дел подразделения представляет собой список идентифицированных папок, в которых хранятся документы. Номенклатура готовится ответственными лицами за ведение медицинской документации с использованием перечня документов, которыми работники обязаны руководствоваться для качественного выполнения работы на всех рабочих местах. Перечень составляется руководителем при разработке «Положения о подразделении», на основании потребностей работников и с учетом специфики деятельности подразделения.

Номенклатура дел для подразделения включает: входящие документы - содержит документы, поступающие в данное подразделение; исходящие документы - содержит копии всех документов, которые выходят из данного подразделения. При малом объеме документов папки "Входящие...\*" и "Исходящие ..." могут быть объединены под одной обложкой, но при этом нумерация документов и порядок их расположения в папках должны быть разными; нормативные документы - содержит нормативные документы, которыми руководствуется подразделение в своей деятельности (законы РК, министерства здравоохранения РК и т. д.) технологические и рабочие инструкции - содержит технологические и рабочие инструкции для персонала, инструкции по обслуживанию оборудования и т.д.; положение о подразделении и должностные инструкции содержит положение о подразделении, должностные инструкции на всех работников подразделения, планы обучения сотрудников подразделения на планируемый год; приказы АО «РДЦ» по основной деятельности содержат внутренние приказы центра; годовой план работы отделения; журналы по основной деятельности, n-р журнал регистрации побочных действий лекарственных препаратов, журнал регистрации медицинских осмотров, журнал регистрации инфекционных заболеваний и т. д.

Оформление дел в составе номенклатуры включает: подшивку или переплет дела в папку скоросшиватель; нумерацию листов в деле; составление описи документов; внесение необходимых уточнений в реквизиты обложки дела.

При оформлении дел необходимо соблюдать следующие правила: включать в дело по одному экземпляру каждого документа, группировать в дело документы одного календарного года, дело не должно содержать более 250 листов.

На обложку дела (корешок) заносят название подразделения, название дела, его индекс, и срок хранения.

Полученные документы подлежат регистрации в день их поступления. Регистрация проводится с целью обеспечения учета документа, сохранности и возможности быстрого нахождения. При регистрации осуществляется запись названия и номера документа, присвоение ему регистрационного индекса, указываются дата поступления в подразделение и место хранения.

Документы, поступающие в подразделение, пронумеровываются и подшиваются в папки по принадлежности и по указанию руководителя, которому они были адресованы. Номер документа проставляется в правом верхнем углу первой страницы документа.

Выведенные из обращения листы и документы хранятся в подразделении отдельно от действующей документации, на них делается надпись «Аннулировано».

Для ознакомления сотрудников с документацией на рабочих местах руководитель подразделения определяет круг исполнителей и работников, которые должны быть ознакомлены с документами и изменениями к ним и проводит ознакомление работников подразделения под роспись (на документе или на листе ознакомления) с указанием даты.

Ответственный за ведение документации ежегодно пересматривает документацию системы менеджмента, используемую в подразделении, на предмет актуальности документов. При этом внимание обращается на установленные сроки действия или сроки пересмотра документа. В случае обнаружения их нарушения, своевременно информирует руководителя подразделения.

Изъятию подлежат все экземпляры аннулированной документации. Руководитель подразделения несет административную ответственность за использование в работе актуализированной документации.

Документация подразделения хранится в специально отведенном месте (помещении), обеспечивающего сохранность документов. С целью защиты документов от воздействия света следует хранить документы в папках, в шкафах и стеллажах закрытого типа.

Сроки и место хранения документации подразделения указываются в номенклатуре дел подразделения. В случае истечения срока действия документа, отмены или выведения его из пользования, по согласованию с руководителем подразделения, лицо, ответственное за ведение передает документ в архив, о чем делается соответствующая запись в журнале регистрации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. И. В. Ибрагимова, Е. А. Биртанов, В. И. Ахметов, М. К. Фалеева, С. А. Абдрахманова, Г. С. Кумисбекова - Руководство по внедрению, оценке и мониторингованию стандартов аккредитации.
2. В. И. Ахметов, Г. Н. Абишева, Г. О. Асылбекова, С. А. Абдрахманова, Г. С. Кумисбекова, М. А. Нурғалиева – Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи в Республике Казахстан – Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2005.- №37, стр. 18-21
3. В. Г. Версан. Тенденции развития СМК. Проблемы их результативности. – Менеджмент качества 2009 г. № 1- стр. 52-55
4. Б. А. Кембаев – Учет и ведение документации системы менеджмента в подразделении, Менеджмент качества, №1, 2008 г., стр. 18-20
5. Н. А. Абильдинова – Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи на основе новых методологических подходов. – Медицина, № 9, 2009 г., стр 2-3

УДК 613:614.2:615.33

#### АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХОБЛ

*К.С.Идрисов*

*Национальный научный медицинский центр МЗ РК,  
Международный казахско –турецкий университет им.Х.А.Ясави*

#### ТҮЙІН

ҚР ДСМ-нің Ұлттық ғылыми медициналық орталығының терапия бөлімшесінде 2007 жылы емделген өкпе қабынуына және өкпенің созылмалы обструктивті ауруына шалдыққан науқастардың қақырықтарының сандық микробиологиялық зерттеуі жасалды.

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруына шалдыққандардың қақырығынан бөлінген негізгі антибиотиктерге негізгі сезімтал қоздырғыштарды зерттеу бойынша жұмыстар *Streptococcus pneumoniae* штамдары рифампинге офлоксацинге, цефатаксимге, цефтриаксонге жоғары сезімтал екенін, ал *Moraxella catarrhalis* культуралары ими пинемге, цефтриаксонге, карбенциллинге, сизомицинге, цефепимге, меропенемге, гентамицинге, цефотаксимп жоғары сезімталдық деңгейін (90%-дан көп) көрсетті.

#### SUMMARY

It was carried out microbiological research of phlegm patients with CRD and the pneumonias, was on treatment of therapeutic department of National research medical centre of Ministry of Healthcare in 2007.

Research on studying of antibiotics sensitivity of main agent, which was defined from phlegm of patients of CRD showed that culture *Streptococcus pneumoniae* were sensitivity to rifampizin, oflaksazin, zefotaksim and zeftriakson, and the culture *Moraxella catarrhalis* had high level of sensitivity (more than 90%) to imipinem, zeftriakson, karbanzellin, sizomizin, zefipim, meropenem, gentamizim, zefoiaksim.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, что обусловлено загрязнением окружающей среды, табакокурением и повторяющимися респираторными инфекционными заболеваниями. В Азиатских странах ХОБЛ встречается у 6,2% населения [1]. Эксперты Европейского респираторного общества считают, что адекватное лечение может значительно улучшить качество и продолжительность жизни больных, страдающих этим заболеванием [2]. Ухудшение состояния и случаи смерти у людей, страдающих ХОБЛ, чаще всего связаны с обострениями данного заболевания. Во многих случаях обострение ХОБЛ развивается за счет бактериальной инфекции [3].

Данная работа посвящена изучению этиологической структуры и антибиотикорезистентности основных возбудителей ХОБЛ.

**Материалы и методы.** Проведено микробиологическое исследование больных с ХОБЛ, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Национального научного медицинского центра МЗ РК в 2007 году. Бактериологическому исследованию подвергалась мокрота данных больных. За этиологический фактор принимались только те виды микроорганизмов, которые выделялись из мокроты в количестве  $10^6$  КОЕ в 1 мл и выше. Микроорганизмы, после выделения чистой культуры и окраски по Граму, идентифицировали на микробиологическом компьютерном анализаторе «Микротакс». Определение чувствительности выделенных

чистых культур к широкому кругу антибиотиков проводилось на микробиологическом компьютерном анализаторе и методом бумажных дисков согласно методическому пособию «Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам», 2004 г. [4].

**Результаты и обсуждение.** За период 2007 года нами из мокроты больных с хронической обструктивной болезнью легких и пневмонией выделено 279 штаммов микроорганизмов. За этиологический фактор принимались только те виды микроорганизмов, которые выделялись из мокроты в количестве  $10^5$  КОЕ в 1 мл и выше.

Идентификация на микробиологическом компьютерном анализаторе позволила выявить 19 видов микроорганизмов, играющих этиологическую роль в возникновении воспалительных процессов дыхательных путей. Превалировали следующие виды: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

Сравнительный анализ спектра микрофлоры мокроты больных с ХОБЛ и пневмонией за 2007 год приведен в таблице 1.

При сравнительном анализе микробного пейзажа мокроты больных с ХОБЛ и пневмонией необходимо отметить более широкий видовой спектр микрофлоры мокроты больных хронической обструктивной болезнью легких по сравнению с видовым составом микрофлоры мокроты больных пневмонией. При ХОБЛ было выделено 19 видов микроорганизмов, а при пневмонии 11 видов.

По результатам наших исследований основными возбудителями ХОБЛ были следующие бактерии: *Moraxella catarrhalis* –  $27,3 \pm 3,3\%$ , *Streptococcus pneumoniae* –  $21,9 \pm 3,1\%$ , *Streptococcus viridans* –  $19,7 \pm 2,9\%$ , *Streptococcus pyogenes* –  $6,6 \pm 1,8\%$ , *Staphylococcus aureus* –  $3,8 \pm 1,1\%$ . Из мокроты больных с пневмонией нами в  $40,6 \pm 5,0\%$  были выделены *Streptococcus pneumoniae*, что превышает в 1,9 раза выделение аналогичных бактерий из мокроты больных с ХОБЛ.

Результаты исследований позволяют констатировать, что при ХОБЛ чаще встречается дисбактериоз верхних дыхательных путей, так как наблюдается выделение в этиологически значимых концентрациях условно-патогенных энтеробактерий и энтерококков. Так в мокроте больных с ХОБЛ выделялись энтерококки в два раза чаще, чем в мокроте больных с пневмонией (соответственно 7,0% и 3,1%). Такие представители условно-патогенных энтеробактерий, как *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*, *Pantoeae agglomerans*, *Proteus seracidae*, *Pseudomonas aeruginosa* вообще не высевались из мокроты больных пневмонией, в то время как в мокроте больных ХОБЛ данные виды бактерий были нами обнаружены.

Таким образом, результаты наших исследований по изучению микробного спектра мокроты больных с ХОБЛ, позволяют заключить, что основными возбудителями ХОБЛ были следующие бактерии: *Moraxella catarrhalis* –  $27,3 \pm 3,3\%$ , *Streptococcus pneumoniae* –  $21,9 \pm 3,1\%$ , *Streptococcus viridans* –  $19,7 \pm 2,9\%$ , *Streptococcus pyogenes* –  $6,6 \pm 1,8\%$ , *Staphylococcus aureus* –  $3,8 \pm 1,1\%$ , а также, что при ХОБЛ чаще встречается дисбактериоз верхних дыхательных путей, так как наблюдается выделение из мокроты этиологически значимых концентраций условно-патогенных энтеробактерий и энтерококков.

Обсуждая проблему этиологической роли тех или иных микроорганизмов в развитии воспалительных заболеваний респираторной системы нельзя не упомянуть о проблеме антибиотикорезистентности.

В связи с этим, представляются антибиотикограммы микроорганизмов, которые, по нашим данным, играли основную роль в этиологии ХОБЛ.

Таблица 1 - Сравнительный анализ спектра микрофлоры мокроты больных с ХОБЛ и пневмонией за 2007 г

Вид микроорганизма	ХОБЛ		Пневмония		Итого	
	абс	M±m	абс	M±m	абс	M±m
Staphylococcus aureus	7	3,8 ± 1,1	1	1,0	8	2,9 ± 0,9
Staphylococcus haemolyticus	2	1,0	1	1,0	3	1,1
Staphylococcus Epidermidis	3	1,6 ± 0,9			3	1,1
Streptococcus pneumoniae	40	21,9 ± 3,1	39	40,6 ± 5,0	79	28,3 ± 0,9
Streptococcus viridans	36	19,7 ± 2,9	13	13,5 ± 3,5	49	17,5 ± 2,3
Streptococcus pyogenes	12	6,6 ± 1,8	7	7,3 ± 2,7	19	6,8 ± 1,5
Streptococcus anhaemolyticus	7	3,8 ± 1,4	4	4,2 ± 2,0	11	3,9 ± 1,2
Moraxella catarrhalis	50	27,3 ± 3,3	25	26,0 ± 4,5	75	26,7 ± 2,6
Enterococcus faecium	5	2,7 ± 1,2	1	1,0	6	2,2
Enterococcus faecalis	2	1,0	2	2,1	4	1,4 ± 0,7
Enterococcus durans	6	3,3 ± 1,3			6	2,2
Escherichia coli	3	1,6 ± 0,9	1	1,0	4	1,4 ± 0,7
Klebsiella pneumoniae	1	0,5			1	0,4
Enterobacter aerogenes	3	1,6 ± 0,9			3	1,1
Pantoeae agglomerans	1	0,5			1	0,4
Proteus cepaciae	1	0,5			1	0,4
Pseudomonas aeruginosa	1	0,5			1	0,4
Candida albicans	1	0,5	2	2,1	3	1,1
Corynebacterium sp.	2	1,0			2	0,7
<b>ИТОГО</b>	<b>183</b>		<b>96</b>		<b>279</b>	

Результаты определения антибиотикочувствительности штаммов Streptococcus pneumoniae, выделенных от больных с ХОБЛ, представлены в таблице 2.

	Вид антибиотика	Всего изучено	чувствителен		Умеренно устойчив		устойчив	
			абс	% M ± m	абс	% M ± m	абс	% M ± m
Бета -лактамы								
1	Ампициллин	38	21	55,3 ± 8,1	4	10,5	13	34,2 ± 7,7
2	Бензилпенициллин	35	21	60 ± 8,3	3	8,6	11	31,4 ± 7,8
3	Цефотаксим	31	27	87,1 ± 6,0	-	-	4	12,9 ± 6,0
4	Цефтриаксон	35	30	85,7 ± 5,9	2	5,7	3	8,6
5	Цефалексин	34	19	55,6 ± 8,5	3	8,8	12	35,3 ± 8,2
Хинолоны								
6	Офлоксацин	35	32	91,4 ± 4,7	1	2,9	3	8,6
Макролиды								
7	Кларитромицин	35	21	60 ± 8,3	2	5,7	12	34,3 ± 8,0
8	Азитромицин	33	10	30,3 ± 7,9	6	18,2 ± 6,7	17	51,5 ± 8,7
9	Эритромицин	32	13	40,6 ± 8,7	3	9,4	16	50 ± 8,8
10	Рокситромицин	29	12	41,4 ± 9,1	3	10,3	14	48,3 ± 9,3
Линкозамиды								
11	Линкомицин	33	23	70 ± 7,8	-	-	10	30,3 ± 7,9
12	Клиндомицин	34	24	70,6 ± 7,8	-	-	10	29,4 ± 7,8
Гликопептиды								
13	Ванкомицин	36	36	100	-	-	-	-
Другие препараты								
14	Рифампицин	34	33	97,0 ± 2,9	-	-	1	2,9

Таблица 2 - Антибиотикочувствительность штаммов Streptococcus pneumoniae, выделенных из мокроты больных ХОБЛ (n = 38)

Из таблицы 2 видно, что абсолютную чувствительность культуры Streptococcus pneumoniae имели к ванкомицину. Также высокий уровень чувствительности данные штаммы проявили к рифампицину, офлоксацину, цефотаксиму и цефтриаксону (от 97,0 ± 2,9% до 85,7 ± 5,9%). К бензилпенициллину и ампициллину было чувствительно соответственно 60 ± 8,3% и 55,3 ± 8,1% выделенных пневмококков.



Наиболее низкий уровень чувствительности изолятов *Streptococcus pneumoniae* наблюдался к азитромицину -  $30,3 \pm 7,9\%$ .

Результаты определения антибиотикограмм штаммов *Moraxella catarrhalis*, выделенных от больных с ХОБЛ, представлены в таблице 3.

	Вид антибиотика	Всего изучено	чувствителен		Умеренно устойчив		устойчив	
			абс	% М ± m	абс	% М ± m	абс	% М ± m
Бета -лактамы								
1	Цефотаксим	41	37	90,2 ± 4,6	1		3	7,3
2	Цефтриаксон	41	39	95,1 ± 3,4	2	4,9		
3	Цефтазидим	40	30	75 ± 6,8	3	7,5	7	17,5 ± 6,0
4	Цефеперзон	40	35	87,5 ± 5,3	4	10	1	2,5
5	Цефепим	36	34	94,4 ± 3,8	1	2,8	1	2,8
6	Меропенем	42	39	92,9 ± 3,9	-	-	3	7,1
7	Имипинем	41	40	97,6 ± 2,4	-	-	1	2,4
8	Пиперациллин	38	30	78,9 ± 6,6	-	-	8	21,1 ± 6,6
9	Карбенциллин	43	41	95,3 ± 3,2	-	-	2	4,7
Аминогликозиды								
10	Гентамицин	46	43	93,5 ± 3,6	-	-	3	6,5
11	Тобрамицин	42	30	71,4 ± 7,0	-	-	12	28,6 ± 6,9
12	Амикацин	41	34	82,9 ± 5,8	1	2,4	5	12,2
13	Сизомицин	47	44	93,6 ± 3,6	-	-	3	6,4
Хинолоны								
13	Ципрофлоксацин	44	31	70,5 ± 6,9	3	6,8	10	22,7 ± 6,3
14	Офлоксацин	44	39	88,6 ± 4,8	1	2,3	4	9,1
15	Пефлоксацин	39	31	79,5 ± 6,5			8	20,5 ± 6,5
Тетрациклины								
16	Доксициклин	48	29	60,4 ± 7,8	2	4,2	17	35,4 ± 6,9

Таблица 3 – Антибиотикочувствительность штаммов *Moraxella catarrhalis*, выделенных из мокроты больных ХОБЛ (n = 48)

Из таблицы 3 видно, что для бактерии вида *Moraxella catarrhalis* характерна высокая чувствительность к большинству бета-лактамов и аминогликозидных антибактериальных препаратов. Высокий уровень чувствительности, (более 90%) культуры *Moraxella catarrhalis* проявили к имипинему, цефтриаксону, карбенциллину, сизомицину, цефепиму, меропенему, гентамицину, цефотаксиму. Наиболее низкий уровень чувствительности изолятов *Moraxella catarrhalis* наблюдался к доксициклину -  $30,3 \pm 7,9\%$ .

Таким образом, наши исследования по изучению спектра микрофлоры мокроты больных с ХОБЛ и её антибиотикочувствительности позволяют сделать следующие выводы:

1. Ведущими микроорганизмами, вызывающими ХОБЛ, являются *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*,

2. При ХОБЛ чаще встречается дисбактериоз верхних дыхательных путей, так как наблюдается выделение в этиологически значимых концентрациях условно-патогенных энтеробактерий и энтерококков.

3. Высокий уровень чувствительности (более 90%) культуры *Moraxella catarrhalis* проявили к имипинему, цефтриаксону, карбенциллину, сизомицину, цефепиму, меропенему, гентамицину, цефотаксиму, а штаммы *Streptococcus pneumoniae* были высокочувствительны к рифампицину, офлоксацину, цефотаксиму и цефтриаксону.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лещенко И.В., Овчаренко С.И., Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. Практическое руководство для врачей. Москва.- 2004г.
2. 3-й конгресс IUATLD Европейского региона., 14-й Российский Национальный конгресс по болезням органов дыхания. // Хроническая обструктивная болезнь легких.//Москва.- 2004г.
3. Санджай Сэти., Нэнси Эванс и др. Новые штаммы бактерий и обострения хронической обструктивной болезни легких. Международный медицинский журнал. Том 6 №2. 2003г.155-160.
4. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. //Москва - Медицина.-1982. – 461с.

УДК 618.146-006.6-036.22-084

**РАК ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ***Р.Т.Глеужан**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Сонымен жатыр мойнының қатерлі ісігінің алдын-алу келесі жолдармен жүреді: инфекцияның таралуы бойынша қауіп топтарын анықтау және оларды жою, басқаша айтқанда аурудың алдын-алу, цитологиялық және басқада арнайы әдістермен жатыр мойнының қатерлі ісігін және ісік алды ауруларын анықтау, дер кезінде емдеу және қайталануды төмендету, вакциналарды өңдеу болып табылады. Әйелдердің денсаулығын қорғауда жаңа бағыттар ретінде жаңа скринингті технологияларды енгізу және вакцинация жатыр мойнының қатерлі ісігін алдын-алудағы, ауруларды төмендету жаңа бағыттар ашады.

**SUMMARY**

Thus, preventive maintenance cancer of a neck of a uterus should be carried out by following ways: revealing of risk factors of distribution of an infection and their eradication, i.e. the disease prevention; early revealing of a cancer of a neck of a uterus and precancer diseases by means of cytologic and other special methods, timely treatment and decrease in relapses of illness, working out of vaccines. Introduction new screening technologies and vaccination opens new possibilities for preventive maintenance cancer of a neck of a uterus that is a basis for decrease in diseases as a whole and opens new prospects in preservation of health of women.

Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах (1). В Казахстане РШМ в структуре злокачественных опухолей у женщин занимает второе место, уступая РМЖ, интенсивный показатель заболеваемости за 25 лет по республике составляет 14,1‰. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется около 500 тысяч случаев РШМ, каждый второй из которых заканчивается смертью пациентки в течение первого года жизни. В экономически развитых странах отмечается тенденция к омоложению болезни – заболеваемость у женщин репродуктивного возраста за последние 10-15 лет увеличилась вдвое. В Российской Федерации в последние годы заболеваемость РШМ составляет 10,8 на 100000 женского населения, а летальность – 5 на 100000 женщин. Распространенность РШМ по временным периодам имеет тенденцию к снижению с 17,1‰ (1980-1984гг.) до 12,2‰ (1990-1999гг.) с последующим ростом до 14,1‰ (2000-2003гг.).

Заболеваемость РШМ в возрастной группе 0-29 лет в динамике выросла с 0,6‰ (1980-1984гг.) до 1,3‰ (2000-2003гг.), и в среднем за 25 лет составила 0,7‰. В то же время, среди лиц 30-39 лет заболеваемость РШМ в начале имела тенденцию к снижению с 10,8‰ (1980-1984гг.) до 9,3‰ (1990-1994гг.), с последующим ростом – до 11,0‰ (2000-2003гг.). Среднегодовой обычный показатель заболеваемости РШМ в этом возрасте составил 11,0‰.

Интенсивный среднегодовой показатель заболеваемости РШМ в возрастной группе 40-49 лет оказался относительно стабильным и в среднем составил 25,8‰, среди женщин возрасте 50-59 лет аналогичные показатели снизились с 57,6‰ (1980-1984гг.) до 35,6‰ (2000-2003гг.), в среднем значении – 49,8‰.

Максимальная заболеваемость РШМ установлена в возрастной группе 60-69 лет (в среднем – 52,8‰), но в динамике она снижается с 78,7‰ (1980-1984гг.) до 37,7‰ (2000-2003гг.). Среди лиц 70 лет и старше среднегодовой показатель заболеваемости – 40,1‰, а в динамике – снижается. Показатели заболеваемости РШМ по возрастным группам в целом имеют унимодальный характер роста, с пиком заболеваемости в возрасте 60-69 лет. Заболеваемость РШМ женщин казахской национальности в республике (8,2‰) в 2,4 раза ниже, чем среди русских (19,7‰). Таким образом, выявлены некоторые особенности распространения РШМ в зависимости от возрастного и этнического состава женского населения Казахстана (2).

Каждые 1,5 минуты, в мире, умирает женщина от рака шейки матки. В настоящее время доказано, что вирус папилломы человека является единственным иницирующим фактором рака шейки матки и рассматривается в качестве причины дистрофических и злокачественных заболеваний вульвы и влагалища. Особенностью вируса папилломы человека является то, что он вегетирует только в эпителиальном слое кожи и оболочках человека, не поступая в кровь, поэтому активизация иммунной системы, в ответ на инфицирование, происходит далеко не всегда. Даже у больных раком шейки матки антитела в крови почти не обнаруживаются. Но даже если антитела в крови все-таки присутствуют, их титр очень низок и не способен обеспечить защиту от рака. Инфицированность ВПИ превалирует у молодых женщин (15-25 лет), уменьшается с возрастом у молодых более быстро происходит и самопроизвольное очищение от данного вируса и регрессия данной патологии. Отмечается омоложение рака шейки матки. Поэтому, рекомендуется более щадящая тактика ведения подростков, инфицированных ВПЧ, с предпочтением наблюдений, а не деструктивного лечения (3). Свыше 30 типов папиллом поражают эпителиальные покровы нижних отделов гениталий. Самыми

онкогенными признаны 16 и 18. Передача ВПЧ происходит, преимущественно, при половом контакте, от матери детям, через руки и медицинский инструментарий.

Значимыми факторами риска ПВИ являются раннее начало половой жизни и наличие многочисленных половых партнеров, наличие других инфекций, вредных привычек. Главная цель противораковой борьбы не лечение конкретных больных, а стратегия борьбы с раковыми заболеваниями. Важнейшая задача не только международного, но и национальных противораковых обществ – профилактика: стремление не допустить развития рака, а если он все-таки развился, диагностировать его как можно раньше.

К сожалению, сегодня финансируется в основном только лечение больных. Однако, если всерьез думать о будущем, надо создавать национальные программы, нацеленные на профилактику. Определяющая цель противораковой борьбы – снижение смертности, которое достигается сокращением заболеваемости и улучшением выживаемости. Последняя же в значительной степени зависит от стадии заболевания. Маммография, например, позволяет выявлять самые ранние формы рака молочной железы, а для рака шейки матки эффективен цитологический скрининг, с помощью которого можно выявлять предраковые заболевания (4). Главная роль в первичной профилактике отводится так называемым интервенционным программам, направленным на повышение образования населения, снижение числа сексуальных партнеров, использование барьерной контрацепции, улучшение здоровья за счет использования адекватных пищевых добавок. Большие надежды в профилактике ПВИ связывают с применением антиоксидантных препаратов. Проведены исследования по целесообразности применения витаминов, в-каротина, витаминов А, С, Е, фолиевой кислоты. Важное значение придается интимной гигиене, в частности обмыванию наружных половых органов. Процесс обмывания наружных половых органов для профилактики инфекций рекомендуют проводить с использованием немывных средств. Последние ошелачивают вульварную среду и способствуют возникновению или поддержанию бактериального вагиноза и возможному обострению вирусной инфекции.

В профилактике заболеваний, передающихся половым путем, ведущие позиции занимают барьерные методы контрацепции. Доказана способность кондома снижать концентрацию ВПЧ (3). Восточно-Казахстанская, Павлодарская области Казахстана занимают лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от рака шейки матки. 40-50 лет назад подобная ситуация была в США, Европе, Австралии. Внедрение цитологического метода скрининга позволило снизить заболеваемость раком на 80-90%. Считается, что если все меры профилактики и лечения предприняты своевременно, то при РШМ может быть достигнута 90% выживаемость. Доказательство того, что рак шейки матки является последствием ВПЧ инфекции, поставило его в ряд заболеваний, потенциально предотвратимых с помощью вакцинации. В настоящее время существует 2 вакцины – квадριвалентная вакцина Гардасил и бивалентная кандидатная вакцина против рака шейки матки компании GlaxoSmithKline. Вакцина создавалась 15 лет. Мишенью для профилактической вакцины были избраны капсидные белки ВПЧ L1, L2, обладающие наибольшей иммуногенностью. При вакцинации происходит стимуляция клеточной памяти, благодаря которой при будущем контакте с возбудителем-антигеном запускается процесс новой выработки нейтрализующих антител, что важно для создания долговременного иммунитета.

Таким образом, профилактика РШМ должна осуществляться следующими путями: выявление факторов риска распространения инфекции и их искоренение, т.е. предупреждение заболеваемости; раннее выявление рака шейки матки и предраковых заболеваний с помощью цитологических и других специальных методов, своевременное излечение и снижение рецидивов болезни, разработка вакцин. Внедрение новых скрининговых технологий и вакцинации открывает новые возможности для профилактики РШМ, что является основой для снижения заболеваний в целом и открывает новые перспективы в сохранении здоровья женщин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки: методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии (Клиническая лекция). – Гинекология, 2007, №1. – С.147-153.
2. Игисина Г.С., Сейтказина Г.Д. Эпидемиология рака шейки матки в Казахстане.- Онкология и радиология, 2006, №3. – С.10-13.
3. Антонова Г.А., Маусымбаева Н.Б. Вопросы ранней диагностики рака шейки матки. - Онкология и радиология, 2007, №4. – С.161-162.
4. Демидов Л.В. Главное в борьбе против рака – профилактика. – Медицинский вестник, 2001, №21. – С.130-133.

УДК 616-053.2:613.287.8

#### НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ И ИХ РЕШЕНИЕ

*Б.Б.Баймаханова*

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

## ТҮЙІН

Босану және балалардың емдік алдын-алу мекемелерінің медициналық қызметкерлеріне, нәрестені ана сүтімен қоректендірудің тәртібін және пайдасын ғана емес, сонымен қатар сол кезде пайда болатын қиындықтарды беделді түрде түсіндіру жұмысын жүргізу қажет.

## SUMMARY

Thus, health care providers of health care maternity hospitals are the main authoritative source for protection and support breastfeeding. It is therefore necessary education, not only the benefits and techniques of breastfeeding, but also about possible problems and solutions that may arise during breastfeeding.

Генеральная Ассамблея ООН в Конвенции « О правах ребенка» закрепила право младенца на вскармливание материнским молоком. Рациональное вскармливание детей грудного возраста, когда идут интенсивные процессы роста и развития, закладывает фундамент здоровья на будущее и является главнейшим фактором, обеспечивающим гармоничное развитие, высокий уровень иммунобиологической защиты . Поэтому естественное вскармливание на первом году жизни ребенка материнским молоком является «золотым стандартом» питания, способным обеспечить оптимальное развитие и адекватное состояние его здоровья. Важными шагами в этом направлении являются переход к «свободному» режиму вскармливания детей грудным молоком в первые месяцы жизни; формирование доминанты лактации у женщин; изменение стереотипов мышления у других членов семьи, которым принадлежит важная роль в поддержке мотивации кормящей матери к длительному периоду лактации; строгая рационализация питания женщины во время беременности и в период лактации. В дородовом патронаже участковый педиатр в обязательном порядке обсуждает и проводит занятия с будущей мамой о пользе грудного вскармливания, о режиме и технике грудного вскармливания. Но для обеспечения успешного грудного вскармливания надо знать о проблемах, которые могут возникнуть при вскармливании грудью. Касаясь вопросов естественного вскармливания ребенка, нельзя предсказать по форме, размеру груди или наследственности, сколько у будущей кормящей матери будет молока и насколько легко оно будет сцеживаться. В этот период особенно актуальным становится необходимость в присутствии в обиходе кормящей матери молокоотсоса.

Сцеживание молока из груди один из важнейших вспомогательных элементов грудного вскармливания, которому каждая молодая мама должна научиться в первые сутки после родов под руководством и наблюдением врача. Сцеживание грудного молока кормящей мамой чаще всего необходимо в следующих случаях: при раздельном пребывании с малышом; при наличии избыточного количества грудного молока, для стимуляции лактации; при лактостазе (застое молока в отдельных долях грудной железы).

Врач педиатр должен обучить кормящую маму основным правилам сцеживания молока:

1. При сцеживании груди вручную она должна тщательно вымыть руки.
2. Для облегчения притока молока в течение 5-10 мин массировать грудь теплым полотенцем.
3. Удобно сесть (или встать), держа при этом чашку для сцеживания возле груди.
4. Положить большой палец на ареолу над соском, указательный и средний под соском, напротив большого пальца; равномерно нажимать пальцами в направлении грудной клетки; сцедить молоко, двигая пальцами по направлению к соску.

Сцеживание груди молокоотсосом позволяет кормящей матери стимулировать лактацию, обеспечить адекватное сцеживание, способствует профилактике нарушений грудного вскармливания. Нередко возникает ситуация, когда у молодой кормящей матери, а в некоторых случаях и у повторно рождающих матерей, наблюдается переполнение грудной железы молоком, что всегда сопровождается появлением болевого синдрома. Для эффективного освобождения грудной железы от молока рекомендуется чаще прикладывать ребенка к груди. Если во время кормления полнота груди не уменьшается, тогда следует рекомендовать матери сцеживать остатки молока молокоотсосом. Как правило, в результате этих манипуляций в течение последующих нескольких дней грудь становится менее плотной, несмотря на то, что в ней и в дальнейшем будет отмечаться повышенная выработка молока.

Достаточно часто при нарушении техники грудного вскармливания и несоблюдении правил ухода за грудной железой у кормящей матери возникает лактостаз.. Педиатр всегда должен помнить, что лактостаз опасен тем, что может привести к маститу у кормящей матери, поэтому при наличии у матери лактостаза должна возрастать частота наблюдений со стороны врачебно сестринского персонала амбулаторно поликлинической службы. При наличии у кормящей матери мастита педиатр должен занимать активную позицию в поддержке адекватной лактации и сохранения грудного вскармливания. При лактационном мастите мать не должна отлучать ребенка от груди. Единственное противопоказание к кормлению при мастите наличие в молоке гноя.

В практике участкового педиатра нередко возникает ситуация, когда кормящая мама не может полностью использовать весь отпуск по уходу за ребенком (неотложная работа, сдача экзаменов и другие обстоятельства). При этом педиатру необходимо приложить максимум усилий для сохранения грудного вскармливания. Сцеживать молоко мать должна в том же режиме, в котором питается ребенок. Сцеженное молоко можно хранить в холодильнике до 24 ч. При возникновении инфекционного заболевания у кормящей мамы она в

большинстве случаев получает некомпетентные рекомендации прекратить грудное вскармливание на это время. В данном случае уместно привести выдержку из бюллетеня ВОЗ, посвященному кормлению детей первого года жизни: «Удивительно, как надежно продолжается лактация, несмотря на многочисленные проблемы, связанные со здоровьем матери. Кормление грудью противопоказано только в случае тяжелого заболевания матери, например, в случаях сердечной недостаточности или серьезных заболеваний почек, печени или легких...».

Если у кормящей женщины обычная острая респираторная вирусная инфекция, она может продолжать кормить ребенка. При наличии клинических показаний в острый период болезни со стороны матери, когда требуется временное отлучение ребенка от груди, маме необходимо сцеживаться как минимум 6-7 раз в сутки.

Таким образом, медицинские работники лечебно-профилактических учреждений родовспоможения являются основным авторитетным источником по охране и поддержке грудного вскармливания. Поэтому необходима разъяснительная работа не только преимуществ и технике грудного вскармливания, но и о возможных проблемах и их решении, которые могут возникнуть при грудном вскармливании.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Конь И.Я. Питание детей первого года жизни: современные представления. Педиатрия. 2006; (1): 63-73.
2. Щеплягина Я.А., Дейнеко О.Я., Легонькова Т.И. и др. Рациональное вскармливание детей первого года жизни. Педиатрия. 2006; (6): 46-52.
3. Котлуков В.К., Кузьменко Л.Г. Современные технические возможности поддержки лактации у кормящих матерей. Педиатрия. 2009; (№5): 81-84.

УДК: 617.536-089:577.16.085

#### ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Т. С. Сартаев*

*Областная клиническая больница г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Церебральды инсульт өте маңызды медициналық және әлеуметтік мәселе қолқа доғалы бутасының тарылуының зақымдануын хирургиялық жолмен емдеу инсульттың даму мүмкіндігін азайтады, көптеген аурулардың өмірінің сапасын көтереді және медициналық көмек көрсету жүйесінде маңызды орын алады.

Брахиоцефаль күре-тамырының окклюзионды тарылу зақымдануы бар, 4 науқастың Шымкент қаласындағы облыстық ауруханада қан-тамыр хирургия бөлімшесінде хирургиялық емдеу және тексеру нәтижелерінің сараптамасы жасалады. Барлық науқастардың жасы 48-ден 62-ге дейінгі жас, жынысы ер адамдар.

Брахиоцефаль күре-тамырын хирургиялық жолмен емдеудің бірінші нәтижелері ми қан айналымының бұзылуының алдын-алу үшін және оның гемодинамикалық жақсару мақсатында реконструктивтік жолмен емдеудің нәтежиелігін дәлелдейді.

#### SUMMARY

Cerebral stroke is an extremely important medical and social problem. Surgical treatment of stenosing lesions of aortic arch branches can greatly reduce the possibility of stroke, improve the quality of life of numerous contingents of patients and occupies a very important place in the system of medical care.

Analysis of results of examination and surgical treatment of 4 patients with occlusive – stenotic lesions of brachiocephalic arteries performed in a vascular surgery department of regional hospital of Shymkent. All patients were male, age of patients ranged from 48 to 62 years. Results of the first surgery on the brachiocephalic arteries evidence of the effectiveness of reconstructive interventions aimed at prevention of stroke of cerebral circulation and improve its hemodynamics.

**Актуальность.** Церебральный инсульт является чрезвычайно важной медицинской и социальной проблемой. Хирургическое лечение стенозирующих поражений ветвей дуги аорты позволяет в значительной степени уменьшить возможность развития инсульта, повысить качество жизни многочисленного контингента больных и занимает очень важное место в системе оказания медицинской помощи. Основной причиной ишемических инсультов является облитерирующие заболевания магистральных артерий головного мозга (1,2). В структуре цереброваскулярных заболеваний ведущее место занимает нарушения мозгового кровообращения ишемического (до 80%) характера обусловленные атеросклерозом. При этом в 80% случаев поражения располагаются экстракраниально и лишь 20% интракраниально (3). Каротидная эндартерэктомия становится самой частой операцией в мире после аортокоронарного шунтирования. По данным Т. Onki и F. Veith (2007 год), в США в год производится 150 000 каротидных эндартерэктомий и около 2 млн людей имеют поражение сонных артерий. Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 4 больных с окклюзионно-стенотическим поражением брахиоцефальных артерий выполненных в условиях отделения

сосудистой хирургии областной больницы г. Шымкент. Все больные были мужского пола, возраст больных варьировал от 48 до 62 лет. Результаты. В анамнезе у 1 больного был эпизод острого нарушения мозгового кровообращения, а 2 случаях выявлено асимптомное поражение в стадии хронической сосудистой мозговой недостаточности. При томографии головного мозга последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с развитием очагов ишемии выявлено у 1 больного. У 2 больных поражение брахиоцефальных артерий выявлено на фоне клиники нарушения артериального кровообращения нижних конечностей различной степени. Артериальная гипертензия имелась у всех больных. У 3 больных выявлен гемодинамически значимый стеноз внутренней сонной артерии свыше 75%, и в 1 случае диагностирован окклюзия 1 сегмента правой подключичной артерии с развитием синдрома «обкрадывания». Синдром «обкрадывания» сопровождалась выраженной клиникой вертебробазилярной недостаточности. При определении показаний к хирургическому лечению мы ориентировались на результаты дуплексного сканирования. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Реконструкция бифуркации ОСА выполнена 3 больным и в 1 случае выполнено формирование сонно-подключичного шунтирования с использованием аутовены. Во всех случаях выполнена эверсионная каротидная эндартерэктомия. Время пережатия ОСА составила от 25 до 45 мин. При анализе состояния поверхности удаленных бляшек в 2 случаях выявлено бляшки с изъязвлением поверхности, и развитием кровоизлияния и распада. В послеоперационном периоде после каротидной эндартерэктомии наблюдалось осложнение в 1 случае с развитием верхнего монопареза, которое разрешилось консервативными мероприятиями. После формирования сонно-подключичного шунтирования ретроградный кровоток по ипсилатеральной позвоночной артерии прекратилось. Всем больным было рекомендовано отказ от курения, прием статинов и дезагрегантов. Пациенты ( до 6 месяцев) находились под динамическим наблюдением у хирурга и невропатолога по месту жительства. Эпизодов нарушения мозгового кровообращения в послеоперационном периоде не было, явления хронической мозговой недостаточности регрессировали. По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий признаков тромбоза и рестеноза не наблюдалось.

Таким образом, результаты первых хирургических вмешательств на брахиоцефальных артериях, свидетельствуют об эффективности реконструктивных вмешательств направленных на профилактику нарушений мозгового кровообращения и улучшения ее гемодинамики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А.В. Клиническая ангиология. Руководство для врачей. В 2 томах. /М.: Медицина, 2004. – Т.1.
2. Покровский А.В. Состояние сосудистой хирургии в России в 2003 году / Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. – М., 2004г.
3. Бельков Ю.А. с соавт. Ультразвуковое дуплексное сканирование в диагностике поражений брахиоцефальных сосудов. /Методические рекомендации. – Иркутск, 2003.
4. А.В Гавриленко, А.В. Куклин, С.И. Скрылев, Н.Ю. Золичева, С.П. Козлов Ближайшие результаты хирургического лечения двусторонних окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий /Ангиология и сосудистая хирургия №1. 2006г.

УДК: 616.12 -008.33.1: 614.253.89

#### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*О.Т. Жузжанов, З.А. Керимбаева  
АО «Медицинский университет Астана», г.Астана  
МКТУ им. Х.А. Ясави, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Артериальды гипертониямен науқастардың өмірінің сапасын бағалау және оның ауруханаға дейінгі және ауруханалық этаптарда үнемі мониторинг жүргізу артериальды гипертониямен науқастардың жағдайын және керекті жағдайда оның терапиясын коррекциясын жасауға көмектеседі.

#### SUMMARY

To check the quality of life in patients with hypertension end non hospital end hospital stages or his regular blood pressure monitoring, if necessary, correct treatment of hypertension patients end help control the station.

Качество жизни - это тот необходимый для оценки состояния основных функций человека универсальный критерий, который определяет степень социальной и духовной свободы индивида в самом широком смысле. Качество жизни включает с себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека, в которую включают и элементы, не связанные напрямую со здоровьем, это критерии, отвечающие требованию многомерности оценки КЖ. Другое свойство – это изменчивость во времени в зависимости от состояния больного обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Таким образом, данные о качестве жизни

позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и проводить коррекцию терапии в случае необходимости.

Особенно важным является участие больного в оценке своего состояния. Именно самостоятельно проделанная оценка КЖ является ценным и надежным показателем общего состояния пациента. Субъективные переживания больного должен выражать только он сам. Оценка качества жизни во многом зависит от сложившихся социально – экономических условий, психологических особенностей личности, менталитета и других факторов определяющих отношение больного к окружающему миру и самому себе. Имеющиеся особенности образа жизни коренного и некоренного населения в оценке качества жизни имеют достоверные различия и должны учитываться при терапии такого сложного заболевания как артериальная гипертензия. Многие клиницисты относят АГ к психосоматическим заболеваниям, которые имеют свой профиль личности, поэтому важным является измерение образа жизни через определение качества жизни.

В современной литературе, посвященной артериальной гипертензии (АГ), все большее внимание уделяется изучению состояния психического здоровья и качества жизни больных [1,2,3,4,5]. Изменения в психоэмоциональной сфере, происходящие у больного АГ: психологическая дезадаптация к болезни, повышенный уровень тревожности, нейротизма, снижение работоспособности больных существенно затрудняют их реабилитацию и требует поиска новых методов коррекции этих нарушений.

**Цель исследования:** оценить и сравнить качество жизни больных артериальной гипертензией на догоспитальном и госпитальном этапах.

**Материал и методы:** была проведена сравнительная оценка КЖБ АГ на до- и госпитальном этапах городского и сельского населения, при которой был использован опросник SF-36, который включает в себя 11 вопросов для самоопределения физического и психического состояния опрашиваемого. Опрос проводился на 350 человек (поликлиника 100, стационар-100, центральная районная больница Ордабасы-100 и группа контроля 50 человек

**Результаты:** по данным сравнительной оценки КЖБ АГ на до- и госпитальном этапах выявлено, что распределение по полу на всех этапах исследования среди обследуемого контингента следующее: мужчин от 14-39% женщин от 36% до 70%. Средний показатель возраста в поликлинике: от 59 до 79 лет, как и в стационаре- от 60 до 78 лет. С учетом национальности азиаты больше получили лечение в стационарных условиях 88%, по сравнению с неазиатами 12%, на этапе поликлиники-65%-35% соответственно. Из всех обследуемых городские жители значительно больше сельских составляет почти 99%.

При оценке здоровья (ОЗ) большинство обследуемых от 60% до 66% на всех этапах оценили «как хорошее», но в стационаре «как плохое» составляет 8%, по сравнению с поликлиникой 1%. Более высокие показатели КЖ по таким шкалам, как показатель сравнительное оценка состояния (СС)- 46,9 наблюдается в поликлинике, чем в стационаре, и меньше, чем в группе контроля. При оценке физического ограничения (ФО)- 79,81 выявлено, что тяжелые физические нагрузки на этапе стационар преобладают над поликлиникой и группы контроля. При оценке ограничения влияния состояния здоровья на ходьбу не отмечается, что на этапе стационара, что и на других этапах. При поднятии по лестнице установлено на КЖ аналогично изменяется, так в стационаре так и на других этапах (поликлиника). При оценке влияния состояния здоровья на работу и повседневную деятельность нами удалось установить, что больные из-за АГ сократили время на работу на этапе стационара значительно выше ( $p < 0,5$ ), чем поликлиника. Больные выполнили «объем работы меньше чем хотели» на этапах СВА 7,2% и 6,7% стационар, когда на этапе поликлиники это составляет 3,7% (т.е. в 2 раза меньше). При оценке ролевого эмоционального состояния (РЭ) больные отмечают, что это состояние здоровья повлияло на работу и повседневную деятельность. Так, «пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела» на всех этапах одинаково (стационар, поликлиника). При оценке социальной активности (СА), состояния здоровья повлияло на семью, друзей и т.д. Так, «немного» – почти одинаково на этапе поликлиника, в то время как в стационаре условиях несколько ниже ( $p < 0,1$ ). Интенсивность боли на всех этапах не изменилось и больные АГ испытали очень слабую физическую боль. Как правило, больные чувствовали себя подавленными на этапе поликлиники, реже чем в стационаре. Чувства печали и упадок духа иногда возникало в поликлинике и стационаре, когда в группе контроля не возникало «ни разу». Больные чувствуют себя счастливыми большую часть времени на этапах стационара, поликлиники меньше, чем в группе контроля. Чувство усталости иногда возникало на этапах стационара, поликлиники, а в группе контроля возникало «редко».

**Выводы:** с помощью сравнительной оценки качества жизни методикой SF-36 выявлена тенденция к улучшению показателей качества жизни у больных на госпитальном этапе, чем на догоспитальном, проявившуюся в шкалах Физическая активность-79,81, Социальная активность-49,9, а также по сравнению КЖБ сельского населения на госпитальном этапе с показателями с госпитальным этапом городского населения удовлетворенность жизнью, в целом, у больных АГ намного лучше, чем у других сравниваемых (городских) групп. Важно отметить, что применение антигипертензивных препаратов и внедрение стандарта лечения АГ ведет только к улучшению КЖ по большинству показателей методики SF-36 на всех этапах терапии. Кроме того, сравнение КЖ по всем параметрам измерения среди коренного и некоренного населения показало достоверное различие, у коренного населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Новик А.А., Иванова Т.А. Руководство по исследованию качества жизни и медицине. –СПБ: «Нева»2002.- С.16;
2. Ware J.E. Sherburne C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-46): conceptual framework and item selection // Medical Care.-1992 –Vol.30-P.473-483.
3. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация, М., 1992;
4. World Health Organization. Quality of life group7 What is Quality of life// Wld Forum.-1996. –V.1.-P.29;
5. Claser A. Walker D. Quality of life// Lancet.-1995.-Vol.346-P.444-462;

УДК 616.127-002-005.8-085(574.)

**ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И «ПРЕРВАННЫЙ» ИНФАРКТ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МАКТАРАЛЬСКОЙ ЦРБ**

*М.А. Утеулиев*

*ЦРБ Мактаральского района, г.Жетысай ЮКО*

## ТҮЙІН

Тромболитикалық терапия(ТЛТ)-бұл тромбты ерітіп жіберуге арналған емдеу тәсілі. Тромб коронарлық артерияны бітеп, соның салдарынан жүрек бұлшық етінің өлуі пайда болады. Миокард инфарктының алғашқы белгілері пайда болғаннан бұл емдеу тәсілін алғашқы сағаттарда,ең болмағанда он екі сағаттың ішінде,қолданғанда түрлі көрсеткіштерді жақсарта түсуі ақиқат. Дәлірек айтсақ,терапия алғашқы екі сағаттың ішінде қолданғанда,керек десеңіз,миокард инфарктын тоқтатып,адамды сау кейпіне келтіруге де болады. Медициналық әдебиетте тіпті тиісті термин де бар-абортивті немесе тоқтатылған миокард инфаркты. Кешеуілдеп көрсетілген медициналық көмекте өзінің позитивті рөлін атқарады:патологиялық процеске қатысы бар,яғни қамтылған жүрек бұлшық етінің көлемін азайтуға мүмкіншілік береді. Және ең соңғы фактор, егер тромболитикалық терапия кешіктіріліп қолданылса жоғарыда атап өтілген 12 сағаттың ішінде,(негізінен өте кеш,алайда пайдасы жоқ емес) біз науқастардың аман қалуына кепілдік беріп,дерттің түрлі асқынуларға апаратын жиілігін азайтамыз. Қанша дегенмен ең қатерлі асқынулар миокард инфарктың алғашқы тәуліктерінде және де бұл фактор жүрек бұлшық етінің зақымдалған учаскесінің көлемімен тікелей байланысты.

## SUMMARY

Thrombolytic therapy (TLT) - a method of treatment which consists in dissolving the blood clot which blocks a coronary artery, resulting in necrosis of cardiac muscle. If this procedure done in the early hours, in the worst case in the first twelve hours after the beginning of the first symptoms of myocardial infarction, then only improvement of various parameters ?s needed. In particular, if the therapy will be held in the first two hours, you can even abort a myocardial infarction, return man to the starting position. There is such a term in literature - the abortive or aborted myocardial infarction. Medical intervention later still positive, reduces the size of the area of heart muscle that is involved in the pathological process. And, finally, if thrombolytic therapy is carried out even later, those most notorious 12 hours (which in principle ?s late a bit, as of yet possible) we improve patients' survival, reduce the incidence of complications, because the most severe complications from which people die, occurs on the first day of illness, and clearly involve the size of the damaged section of heart muscle.

Тромболитическая терапия (ТЛТ) – это метод лечения заключающийся в растворении тромба, который перекрывает коронарную артерию, в результате чего возникает некроз сердечной мышцы. Если это процедуру выполнить в первые часы, в худшем случае в первые двенадцать часов от начала первых симптомов инфаркта миокарда, то нужно улучшить различные показатели. В частности, если терапия будет проведена в первые два часа, то можно даже прервать инфаркт миокарда, вернуть человека на исходную позицию. Есть такое термин в литературе – abortивный или прерванный инфаркт миокарда. Медицинское вмешательство чуть позже все равно позитивно скажется, уменьшится размер поврежденного участка сердечной мышцы, которая вовлечена в патологический процесс. И, на конец, если тромболитическая терапия проведена еще позже, в те самые пресловутые 12 часов (когда в принципе поздновато, на все же возможно) мы улучшаем выживаемость пациентов, уменьшаем частоту осложнений, потому что самые грозные осложнения, от которых люди погибают, возникают в первые сутки болезни и четко сопряжены с размером поврежденного участка сердечной мышцы.

Предотвратить угрозу, обезопасить участки сердца – вот главная задача кардиолога. Следует еще раз подчеркнуть, что любая минута дорога и возникают шансы сохранить работоспособность мышц сердца. Позволильной роскошью считается упустить время. Во власти времени находятся не только родственники больного, но и медицинский персонал, от действий которых складывается динамика заболеваемости. Выйти из критических ситуаций достойно – профессионализм врачей-кардиологов районной больницы.



Показания к тромболитической терапии (ТЛТ) при ОИМ следующие: трансмуральный ИМ любой локализации; срок с момента развития болевого синдрома не более 6 – 8 часов; возраст пациента до 70 лет; предшествующее коронарное шунтирование; повторный инфаркт миокарда; ТЛТ возможно после сердечно-легочной реанимации, если ее продолжительность не более 10 минут и нет мозговой симптоматики и переломов ребер.

А вот к абсолютным противопоказаниям к ТЛТ относятся: инсульт и субарахноидальное кровоизлияние; обширное хирургическое вмешательство или травма головы в сроки до 3-х недель; подозрение на расслоение аорты; желудочно-кишечное кровотечение в течение месяца; болезни крови.

К относительным противопоказаниям к ТЛТ следует отнести: неконтролируемую артериальную гипертензию, когда выше 180/120 мм рт.ст. ; острый панкреатит; аневризма брахиоцефальных артерий и опухоль головного мозга; диабетическая ретинопатия с кровоизлияниями; кровохарканье; люмбальная пункция; постоянная терапия непрямыми антикоагулянтами; перикардит; транзиторные ишемические атаки в предшествующие 6 месяцев.

Как подчеркивают известные кардиологи, без лекарственных препаратов и тем более тромболитических препаратов невозможно добиться желаемых результатов. К таким препаратам относят «Стрептокиназа», который относится к т.н. нефибринспецифичным тромболитикам. Это чужеродный для организма белок, его введение вызывает выработку антител. Это делает повторное ее использование позже 5 дней и в последующие годы неэффективным и даже опасным!! Вводится данный препарат в/в в дозе 1500000 МЕ за 30-60 мин в 100 мл 0,9 % раствора хлорида натрия. Коронарный кровоток удается восстановить в среднем в 55 % случаев. Методика проведения тромболитической терапии заключается в следующем: введение проводится только через периферические вены (предпочтительно сосуды верхних конечностей), попытка катетеризации центральных вен не допустима. 1 500 000 МЕ препарата разводят в 100 мл. изотонического раствора натрия хлорида, вводят однократно в/в в виде капельной инфузии в течение 30-60 минут (66-33 кап/мин). Для предупреждения аллергической реакции, проводят тест на чувствительность в течение первых 15-30 сек. С профилактической целью возможно введение преднизолона 60-90 мг в/в струйно и антигистаминных средств до введения стрептокиназы. Эффективность возрастает, если одновременно назначить аспирин per os 250 мг разжевать, плавикс 300 мг в нагрузочной дозе. Параллельное применение в/в инфузии гепарина не обязательно.

В районную больницу поступают больные, как, к примеру, больной О., 1947 г.р., которому была оказана экстренная медицинская помощь. Его история болезни такова: поступил в ЦРБ 12.15 мин.с жалобами на сильные давящие боли за грудиной длительностью более 30 минут. У него наблюдается слабость, утомляемость. Пациент считает, что заболел остро с 10.00 утра и был доставлен СМП. Состояние тяжелое. Кожа чистая, пониженного питания. В сознании адекватен. В легких наблюдается везикулярное дыхание, хрипов нет. В сердце тоны приглушены, брадикардия с ЧСС-55 в мин., АД-100/70 мм.рт.ст. Больному поставлен диагноз:ИБС,ОКС с подъемом ST. Рекомендована ТЛТ.(Циклеадон).ОАК,ОАМ,биохимия крови без патологий. Дополнительная терапия представлена следующими препаратами: «Морфий», «Гепарин», «Клексан», «Кардикет», «Плавикс», «Тромбоасс», «Липримар», «Милдронат». Больного выписали на 11-е сутки.

Есть еще один пример своевременного обращения за медицинской помощью. Больной К.,1953 г.р.поступил в ЦРБ с жалобами на сильные давящие боли за грудиной длительностью более 30 мин., чувство нехватки воздуха, слабость, потливость. Заболел остро, на 4-е сутки появилось усиление боли в течение 60 мин., госпитализировали экстренно. Состояние тяжелое. Кожа чистая, удовлетворительного питания. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердце тоны приглушены ритм правильный. АД-120/70 мм.рт.ст.ЧСС-76 в мин. Врачами поставлен диагноз: ИБС, ОКС с подъемом ST. Рекомендована ТЛТ(Циклеадон). Лабораторные показатели без патологий. Назначена дополнительная терапия: «Морфий», «Гепарин», «Фраксипарин», «Кардикет», «Плавикс», «Тромбоасс», «Конкор». Выписали больного на 12-е сутки.

Еще один пример. Больной К., 1962 г.р. доставлен в ЦРБ службой «03» через 60 минут после коронарного болевого синдрома. Жалобы при поступлении были такими: жгучие боли за грудиной более 30 минут с иррадиацией в левую руку, одышка в покое, потливость, головная боль. Состояние у больного было тяжелое. Кожа чистая, влажная, бледная; наблюдается пониженное питание. В сердце тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС-65 в минут, АД-100/60 мм.рт.ст.

Был поставлен диагноз: ИБС, ОКС с подъемом ST. Рекомендована ТЛТ (Циклеадон). Лабораторные данные без патологии. Дополнительная терапия: «Морфий», «Гепарин», «Фраксипарин», «Плавикс», «Тромбоасс», «Эгилон», «Омес», «Амитриптилин». Выписан на 14-е сутки.

**Выводы:** Тромболитическая терапия (ТЛТ), заключающаяся в растворении тромба, позволяет вернуть пациента к нормальной жизни. Своевременная медицинская помощь в условиях районной больницы исключает частичный некроз сердечной мышцы. Сегодня медицинская наука не стоит на месте. Чтобы улучшить состояние больного, необходимо прервать инфаркт миокарда, вернуть человека на исходную позицию. На примере экстренной помощи в нашей районной больнице, сделан шаг в сторону позитивных показателей по заболеваемости, выживаемости пациентов. Есть надежда, что в скором будущем районные медицинские учреждения будут оснащены современным кардиохирургическим оборудованием.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абсеитова С.Р., Алипова Г.Ш., Ойларова Т.М., Басс Е.Е. // ОКС. Диагностика и лечение на этапах медицинской помощи.
2. Н.А.Новикова. ТЛТ и отдаленный прогноз больных инфарктом миокарда. //Московская Медакадемия им И.М.Сеченова. Материалы 1 Евразийского Конгресса кардиологов и 3 национального Конгресса кардиологов Казахстана.

УДК 616.16-002-005.1-08:616-001.4

**ГЕМОСТАЗ И ГЕРМЕТИЧНОСТЬ РАНЫ ПРИ КАПИЛЛЯРНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

У. Ш. Медеубеков

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы*

## ТҮЙІН

Капиллярлы-паренхиматозды қан кетуіде жергілікті қан тоқтауы тиімділігі және жаракаттың бекітілігі 46 малда өткізілген 6 түрлі гемостатикалық препараттар және олардың тіркестерін 10 эксперименталді топтамаларда қолданып зерттеулер нәтижелерін талдау негізінде автор сенімді жергілікті қан тоқтатуына мүмкіндік беретін түрлі әдістерін аралас әдісін қолдануды ұсынып, оның капиллярлы-паренхиматозды қан кетуін тоқтауда қолдану мүмкіндігін көрсеткен.

## SUMMARY

Hemostasis and the tightness of the wound in the capillary-parenchymatous bleeding. Based on the analysis of the results of 10 series of experimental studies on 46 animals using them in 6 different hemostatic agents and their combinations, the author have substantiated the possibility of applying the developed method stops the capillary-parenchymatous bleeding by combined use of different methods of local hemostasis, allowing a reliable local hemostasis.

**Введение.** Кровотечение и его последствия составляют одну из фундаментальных проблем клинической хирургии [1, 2, 3, 4]. Проблема эффективного гемостаза во время оперативных вмешательств на легких, печени, почках, селезенке остается весьма актуальной, поскольку до настоящего времени не существует достаточно надежных способов быстрой и полной остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения [1, 2, 4]. Результаты применения гемостатических швов при капиллярно-паренхиматозном кровотечении, представленные в клинико-экспериментальных работах различных авторов подтверждают отрицательное влияние гемостатических швов на течение репаративных процессов в тканях паренхиматозных органов [2, 3, 5, 6]. Кроме того, наложение гемостатических швов отрицательно сказываются на заживлении ран, а возникающий воспалительный процесс протекает с массивной инфильтрацией, которая может держаться длительное время, нередко вызывая очаги некроза и абсцедирования [1, 4, 7, 8].

В доступной литературе имеются сообщения об изучении эффективности применения отдельных биологических и синтетических клеевых композиций для герметизации швов, в основном при операциях на полых органах [1, 2, 6, 8]. Кроме того, описываемые результаты большинства клеевых композиций, применяемых за рубежом как гемостатические препараты местного действия, разноречивы и требуют дальнейшего исследования и экспериментального обоснования [8-12]. При разработке новых методов остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения нам представлялось, что эта цель может быть достигнута путем сочетания местного инъекционного введения гемостатического препарата и местной аппликации клеевой композиции, в комплексе позволяющие достичь эффективного и надежного гемостаза.

**Целью исследования** явилось экспериментальное обоснование возможности применения и изучение сравнительной эффективности методов остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения.

**Материал и методы.** Исследование проведено на 5 собаках обоего пола, весом от 15 до 25 кг, 26 кроликах породы «Шиншилла», весом 3,5-4,5 кг и 15 морских свинок в условиях специализированной лаборатории. Условия эксперимента соответствовали международным требованиям для проведения научных исследований с участием живых организмов. После лапаротомии на печени, селезенке и почках наркотизированных животных лезвием бритвы или скальпелем иссекали ткань и создавали поверхностный дефект тканей с целью создания экспериментальной модели капиллярно-паренхиматозного кровотечения. В области верхнего полюса селезенки или передней поверхности печени собак создавали поверхностный дефект тканей площадью 2 см<sup>2</sup> и глубиной 0,2 мм с развитием выраженного капиллярно-паренхиматозного кровотечения. У кроликов дефект паренхимы создавали на передней поверхности левой доли печени, нижнего полюса почек и в селезенке размером 0,7-0,8 см<sup>2</sup> и глубиной 0,2 мм, а у морских свинок размеры раны печени составляли 0,2-0,4 см<sup>2</sup>.

Всего было проведено 10 серий экспериментальных исследований в 4 группах животных с использованием в них 6 разных препаратов и их сочетаний (табл. 1). В 1 серии первой контрольной группы экспериментальных исследований на 3 животных остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения

проводили путем аппликации на кровоточащие раны печени и селезенки кусочков гемостатической пластины «Tachocomb», производства компании «Nucomed» (Австрия), размерами 2,5 см на 1,0 в соответствии с инструкциями по применению препарата. Во 2 серии экспериментальных исследований на других 3 животных остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения проводили путем аппликации на кровоточащие раны печени и селезенки фрагментов гемостатического препарата «Surgicel» производства компании «Ethicon» (США), размерами 3,5 см на 1,0 в соответствии с инструкциями по применению препарата.

Группа	Серия	Препараты	Печень	Селезенка	Почки
I	1	Tachocomb	2	2	2
	2	Surgicel	2	2	2
II	3	Tissucol Kit	3	2	2
	4	ЛТК	3	2	2
III	5	Полидоканол	5	3	2
	6	Фейба ТИМ 4 Иммунно	5	3	3
IV	7	Полидоканол + Tissucol Kit	2	2	2
	8	Фейба ТИМ 4 Иммунно + Tissucol Kit	2	2	2
	9	Полидоканол + ЛТК	2	2	2
	10	Фейба ТИМ 4 Иммунно + ЛТК	2	2	2
Всего:			28	18	21

Таблица 1 Характеристика проведенных экспериментальных исследований

В 1 серии второй контрольной группы экспериментальных исследований (4 животных) остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения проводили путем нанесения на кровоточащие раны печени и селезенки 0,1-0,2 мл двухкомпонентного фибринового клея «Tissucol Kit» производства компании «Baxter» (Австрия) в соответствии с инструкциями по предварительной подготовке и применению препарата.

Животным 2 серии второй контрольной группы (4 животных) остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения проводили путем нанесения на кровоточащие раны печени и селезенки 0,5-1 мл латексного тканевого клея «ЛТК» производства ООО «Технологии медицинских полимеров» (Россия) в соответствии с инструкциями по предварительной подготовке и применению препарата. В двух следующих сериях экспериментальных исследований остановка капиллярно-паренхиматозного кровотечения проводилась путем местного инъекционного введения растворов двух различных препаратов.

Поэтому 8 животным 1 серии третьей группы экспериментальных исследований в качестве инъекционной формы для стимуляции быстрого образования кровяного сгустка использовали 0,1-0,3 мл 0,5% раствора «Полидоканола» (торговое наименование «Этоксисклерол»), являющегося тромбообразующим средством от компании «Kreussler Pharma» (Германия). Необходимо отметить, что инъекцию препарата в минимальной дозе 0,1-0,3 мл производили при помощи шприца с очень тонкой иглой через кровоточащую раневую поверхность органа на глубину паренхимы 1-2 мм, иногда из двух точек.

Причем предварительно, до введения препарата в ткани, производили контрольную тракцию за поршень шприца для исключения попадания иглы в просвет крупного сосуда. При отсутствии крови в шприце, медленно под контролем зрения вводили препарат, одновременно наблюдая за макроскопическими изменениями, происходящими в месте его введения, а также за интенсивностью капиллярно-паренхиматозного кровотечения с фиксацией по времени момент его полной остановки. Еще 8 животным 2 серии этой же группы в качестве инъекционной формы гемостатического средства для стимуляции быстрого образования кровяного сгустка использовали раствор «Фейба ТИМ 4 Иммунно» производства компании «Baxter» (Австрия), который содержит комплекс факторов свертывания крови (II, VII, IX и X). Наличие в составе препарата «Фейба ТИМ 4 Иммунно» основных факторов, участвующих в процессе гемостаза представлялось наиболее важным свойством данного препарата и явилось причиной его выбора для исследований в 4 серии экспериментов. Инъекцию этого препарата после предварительной подготовки путем смешивания компонентов в соответствии с инструкциями производителя также вводили при помощи шприца с очень тонкой иглой в минимальной дозе 0,5-1,0 мл через кровоточащую раневую поверхность органа на глубину паренхимы 1-2 мм, иногда из двух точек.

После контрольной трaкции за поршень шприца и исключения стояния иглы в просвете сосуда медленно под контролем зрения вводили препарат, одновременно наблюдая за макроскопическими изменениями, происходящими в месте его введения, а также за изменением интенсивности капиллярно-паренхиматозного кровотечения с фиксацией по времени момент его полной остановки. В четвертой группе из 16 животных проведено 4 серии экспериментальных исследований, где остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения проводили по разработанной нами методике путем сочетанного применения препаратов, которые использовали в двух предыдущих группах исследуемых животных (инновационный патент РК №22573 от 26.04.2010г.). Методика местного гемостаза каждой серии экспериментов в 4 группе состояла из двух этапов: первый этап - инъекционного введения через рану раствора гемостатического средства и второй - аппликацию на раневую поверхность клеевой композиции (рис. 1-2).

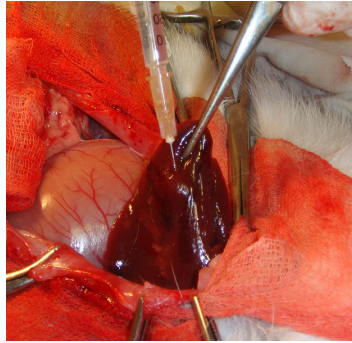


Рис. 1 Эксперимент. I этап гемостаза.  
Инъекция раствора препарата в паренхиму  
органа через раневую поверхность



Рис. 2 Эксперимент. II этап гемостаза.  
Аппликация клеевой композиции  
на раневую поверхность органа

Особенностью экспериментальных исследований в данной группе животных явилось то, что после первого этапа местного гемостаза (инъекции гемостатического препарата) получали временную или окончательную остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения, которая позволяла проводить второй этап гемостаза практически на «сухой» раневой поверхности органа.

Во всех 4 сериях экспериментальных исследований 4 группы животных надежный местный гемостаз был достигнут в течение  $2,2 \pm 0,3$  минут ( $p > 0,05$ ). В результате проведенных 10 серий экспериментальных исследований с использованием 6 различных гемостатических препаратов и их сочетаний кровотечение было остановлено во всех наблюдениях. В конце всех операций контролировали гемостаз и осуществляли туалет брюшной полости. Операционные раны у животных зашивали по стандартной методике с соблюдением правил асептики. Кожные раны закрывали при помощи автоматического степлера, обрабатывали раствором повидона, спирта и закрывали асептической повязкой. Все животные находились под наблюдением в течение всего экспериментального исследования в условиях вивария с ежедневной документализацией их состояния, активности, изменения поведения, приема пищи, фиксацией изменения веса, состояния и динамики заживления послеоперационной раны. В послеоперационном периоде развития вторичного кровотечения и инфекционных осложнений не отмечено. После применения исследуемых способов местной остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения, в различные сроки после операции животных под внутривенным наркозом повторно подвергали операции, при которой производили макроскопическую оценку состояния органов, характер и степень гемостаза раны, наличие сгустков и свободной крови в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

Эффективность местного гемостаза при капиллярно-паренхиматозном кровотечении оценивали по двум основным критериям: прочности фиксации образовавшегося на поверхности раны сгустка крови (прочность гемостаза) и степени проницаемости раневой поверхности для жидкости (герметичности раны).

Для оценки эффективности местного гемостаза при капиллярно-паренхиматозном кровотечении нами разработан способ оценки прочности гемостаза и герметичности раны, основанный на методике гидропрессии, включающий этапы выделения и получения готового к исследованию материала, гидропрессии, измерения и регистрации давления перфузата. Во время повторного вмешательства у животных выделяли магистральные сосуды паренхиматозных органов и канюлировали их, при помощи стерильного шприца нагнетали под давлением стерильный раствор перфузата (стерильный 0,9% раствор хлорида натрия) во внутриорганное сосудистое русло для замещения внутритканевой крови перфузатом и исключения в последующем внутрисосудистого тромбообразования. После полного замещения внутритканевой крови перфузатом и изменения окраски органа до бледного оттенка, паренхиматозный орган извлекали из брюшной полости вместе с основными структурами в воротах органа, а животных выводили из эксперимента внутривенным введением перенасыщенного раствора хлорида калия на фоне галотанового наркоза. Извлеченный орган подсоединяли к стерильной замкнутой системе гидропрессии через канюлированные магистральные сосуды. Причем саму систему тоже заполняли стерильным перфузатом для исключения попадания в сосудистую систему органа воздушных эмболов. В исследуемый орган под давлением нагнетали окрашенный метиленовым синим раствор перфузата. Для этой цели применяли подсоединенный к замкнутой системе стерильный шприц. Изменение давления вводимого перфузата измеряли при помощи установленного в системе специального датчика давления, содержащего тонкую электрическую мембрану, функция которой состоит в преобразовании изменения давления перфузата на мембрану в электрические импульсы, регистрируемые и отображающиеся на экране медицинского монитора компании «Nihon Kohden» (Япония). Предельная величина измерения уровня давления в системе составила 300 мм рт.ст.

Уровень достигнутой прочности и степень герметичности раны регистрировали до момента окрашивания раневой поверхности органа, гемостатических пластин, губок или подтекание из-под них окрашенной в синий цвет жидкости. В других случаях регистрировали до появления на раневой поверхности каплей окрашенной в синий цвет жидкости (рис. 3-4). Учитывая предельную величину измерения и регистрации

давления в системе, за максимальную прочность и герметичность раны органа принимали такую, когда при перфузии под давлением до 300 мм рт.ст. сохранялась полная герметичность раны органа.

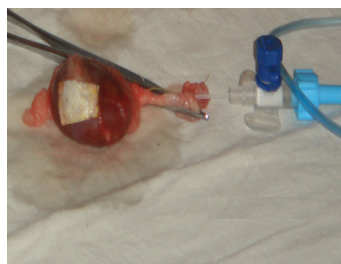


Рис. 3 Эксперимент. Препарат (почка) с канюлированным магистральным сосудом подключен к системе гидропресии. Этап начала нагнетания окрашенного перфузата и регистрации показателей.



Рис. 4 Эксперимент. Препарат (почка) с канюлированным магистральным сосудом подключен к системе гидропресии. Момент окрашивания гемостатической пластины окрашенным перфузатом.

**Результаты.** Результаты оценки местного гемостаза и герметичности раны показали, что уже в ранние сроки после операции сочетанное применение различных способов местного гемостаза для остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения из ран печени, почек и селезенки обеспечивает надежную прочность местного гемостаза и достаточную герметичность раны в сравнении с изолированным применением этих препаратов (табл. 2).

Орган	Методы местного гемостаза при капиллярно-паренхиматозном кровотечении	Сроки после операции				
		30 мин	1 час	1 сут	3 сут	7 сут
Печень	Tachocomb	160	200	250	270	300
	Surgicel	130	175	185	240	300
	Tissucol Kit	175	220	265	280	300
	ЛТК	120	155	180	240	300
	Полидоканол	50	75	130	190	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно	75	105	155	225	300
	Полидоканол + Tissucol Kit	210	240	290	300	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно + Tissucol Kit	225	255	300	300	300
	Полидоканол + ЛТК	190	210	270	300	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно + ЛТК	200	225	275	300	300
Селезенка	Tachocomb	130	180	200	270	300
	Surgicel	100	110	150	230	300
	Tissucol Kit	150	200	255	285	300
	ЛТК	105	120	175	250	300
	Полидоканол	45	60	130	190	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно	60	95	145	210	300
	Полидоканол + Tissucol Kit	200	240	275	300	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно + Tissucol Kit	210	245	280	300	300
	Полидоканол + ЛТК	180	200	255	300	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно + ЛТК	195	230	260	300	300
Почка	Tachocomb	170	210	260	280	300
	Surgicel	140	185	195	250	300
	Tissucol Kit	185	230	275	290	300
	ЛТК	130	165	190	250	300
	Полидоканол	60	85	140	200	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно	85	115	165	235	300
	Полидоканол + Tissucol Kit	220	250	290	300	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно + Tissucol Kit	235	265	300	300	300
	Полидоканол + ЛТК	195	220	280	300	300
	Фейба ТИМ 4 Иммуно + ЛТК	210	235	295	300	300

Таблица 2 Результаты оценки эффективности местного гемостаза и герметичности раны при использовании различных способов остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения (в мм рт.ст.)

Динамика изменения показателей гидропрессии после операции в исследуемых группах представлена на рисунках 5-13.

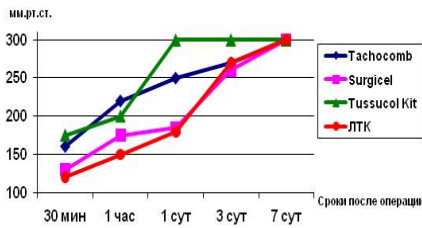


Рис. 5 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на печени в I и II группах животных

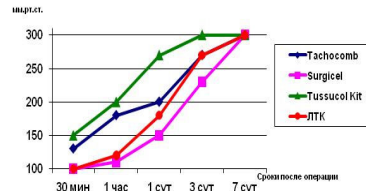


Рис. 6 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на селезенке в I и II группах животных

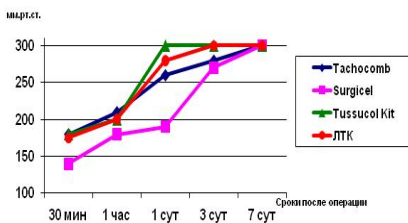


Рис. 7 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на почке в I и II группах животных

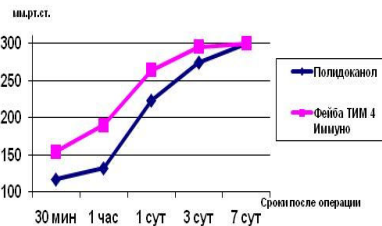


Рис.8 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на печени в III группе животных

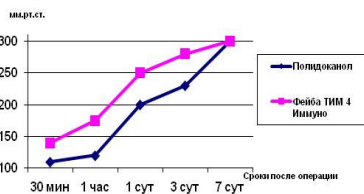


Рис.9 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на селезенке в III группе животных

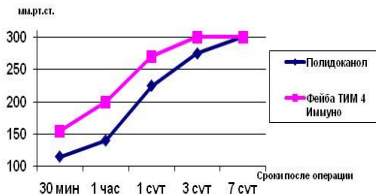


Рис.10 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на почке в III группе животных

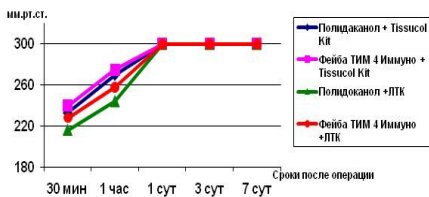


Рис. 11 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на печени в IV группе исследуемых животных

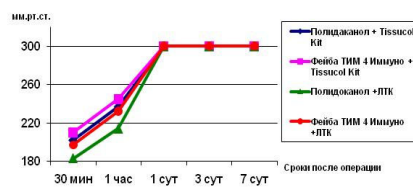


Рис. 12 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на селезенке в IV группе исследуемых животных

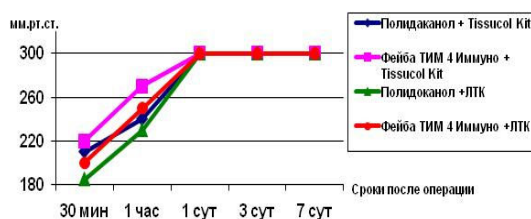




Рис. 13 Динамика изменения показателей гидропрессии после операции на почке в IV группе исследуемых животных

Проведенные исследования позволяют считать, что основным механизмом действия гемостатических растворов при их местном инъекционном введении является не только узконаправленное влияние на биохимические механизмы первичного либо вторичного гемостаза, но и неспецифическое (денатурирующее) действие на белки сыворотки крови и мембран форменных элементов.

Входящие в состав клеевых композиций ингибиторы плазмينا и близких к нему протеазоэффекторов фибринолиза, стабилизируют пленку из денатурированных белков на поверхности поврежденной ткани и обеспечивают дополнительную надежность гемостатического эффекта.

**Выводы.** Таким образом, на основании результатов, полученных в данном разделе экспериментальных исследований можно сделать следующие выводы: Проведенные экспериментальные исследования подтвердили, что проблему капиллярно-паренхиматозного кровотечения при травме паренхиматозных органов можно эффективно решить сочетанным применением различных гемостатических препаратов.

Предлагаемый способ остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения путем местного сочетания инъекционного введения раствора гемостатического препарата и клеевой композиции является эффективным. Данный способ проявляет высокую гемостатическую активность и позволяет получить надежную остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения в течение  $2,2 \pm 0,3$  минут.

Разработанный способ оценки прочности гемостаза и герметичности раны обладает высокой чувствительностью к изменению давления в внутриорганным микроциркуляторном сосудистом русле, позволяет быстро и эффективно оценить степень прочности гемостаза и герметичности раны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Велщер Л.З., Емельянов С.И., Белозерская Г.Г. Влияние тромбокола и колетекса-гем на остановку капиллярно-паренхиматозных кровотечений // Сборник научных работ «Актуальные вопросы практической медицины». - Москва, 1999. - С.65-66.
2. Горский В.А., Суходулов А.М., Фаллер А.Л. Новые возможности гемостаза при паренхиматозных кровотечениях // Анналы хирургической гепатологии. - 1999. - Т.4. - №2. - С.10-12.
3. Белозерская Г.Г., Макаров В.А., Абоянц Р.К., Истранов Л.П. Апликационное средство гемостаза при капиллярно-паренхиматозном кровотечении // Хирургия. - 2004. - № 9. - С.55-59.
4. Абакумов М. М., Владимирова Е. С., Ермолова И. В., Кудрявцев С. Н., Смоляр А.Н. Выбор метода гемостаза при повреждениях селезенки // Хирургия. - 1998. - №2. - С.31-34.
5. Иликаев М.И. Способ наложения шва на паренхиматозные органы в эксперименте // Прогресс в хирургии - Тезисы Всесоюзной студенческой научной конференции. - Москва, 1990. - С.49.
6. Готье С.В. Экспериментальное обоснование и клиническое применение способа клеевой пломбировки при операциях на печени: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук // Москва, 1976. - 28 с.
7. Абжуева О.В., Русанов В.М., Жидков И.Л. Экспериментальное и клиническое изучение эффективности нового лечебного средства- фибринового клея // Гематология и трансфузиология. - 2000. - Т.45. - № 1. - С.35-37.
8. Попов В.А. Гемостаз и герметизация швов (операции на внутренних органах) // М., Гэотар-Медиа, 2008. - 320 с.
9. Виноградов В.В., Островерхов Р.Е., Галушко Ю.А. Цианакрилатный клей в хирургии желчных путей // Хирургия. - 1969. - №8. - С.78-80.
10. Бокерия Л.А., Муратов Р.М., Межнева В.В. Клиническое применение нового биологического клея «Биоклей-ЛАБ» при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения // Хирургия. - 2005. - №1. - С.18-20.
11. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Шехтер А.Б. Использование фибринового клея для укрытия микрохирургических аутоотрансплантатов свободно расщепленной кожи // Хирургия. - 2004. - №12. - С.4-9.
12. Бунатян А.Г., Завенян З.С., Багмет Н.И. Проблемы гемостаза и герметизма при резекции печени с использованием фибрин-коллагеновой субстанции // Хирургия. - 2003. - № 9. - С.18-23.

УДК 616.381- 072.1- 092.4: 611.08

#### РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ СПОСОБА ДИНАМИЧЕСКОГО ЭНДОВИДЕОНАБЛЮДЕНИЯ

*У.Ш. Медеубеков*

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы*

#### ТҮЙІН

Бапта бакылаулы-динамикалық торақоскопия және лапароскопия әдісін және өткізу әдістемесін өңдеу мақсатында дене массасы 15-23 кг аралығындағы эксперименталді 4 итке өткізілген эндовидеохирургиялық

жан-жақты зерттеудің нәтижелері баяндалған. Құрылым арқылы кеуде және іш қуыстарын қайта теспей бірнеше рет видеоторакоскопиялық және видеолапароскопиялық бақылау өткізу мүмкіндігі көрсетілген.

Өткізілген тәжірибе нәтижесінде автор бақылаулы-динамикалық видеоторакоскопия және видеолапароскопия өткізуге арналған игерілген құрылымының қауіпсіздігі, сонымен бірге клиникалық тәжірибеде оның қолданылу мүмкіндігі туралы қорытынды жасаған.

#### SUMMARY

The article presents the results of the experimental endovideosurgery interventions 4 dogs from 15 to 23 kg in order to develop the method and work out methods of control and dynamical VATS and videolaparoscopy.

It is shown that the proposed low-impact device may be used as during videolaparoscopic observations and during VATS without repeated puncture of thoracic and abdominal wall. The experiment allowed the authors to conclude that the security device designed for a dynamic and VATS videolaparoscopy, as well as the possibility of its use in clinical practice.

**Введение.** Благодаря развитию и усовершенствованию оборудования и инструментов диагностика и лечение пострадавших с повреждениями внутренних органов с использованием эндовидеотехнологий стало реальностью, но тем не менее еще не получило широкого клинического применения [1-4].

При ранениях и закрытой травме живота диагностическая лапароскопия, по мнению многих авторов, является ведущей методикой диагностики особенностей и тяжести повреждения органов брюшной полости [1]. Использование новых методов диагностики и лечения позволяет улучшить исходы ранений и травм. Экстренная видеолапароскопия решает проблему экспресс-диагностики внутрибрюшных повреждений, позволяет исключить из практики напрасные лапаротомии, а у определенной категории пострадавших может стать надежным лечебным средством [1,2].

Однако, в публикациях имеются и противоположные мнения. По данным различных авторов, при использовании эндовидеоскопических методик у пострадавших с закрытой травмой органов груди и живота неинформативные исследования и ошибки составляют до 25% [3,4,5]. По мнению А.А. Guth и Н.И. Pachter (1998) видеолапароскопия стала полезным диагностическим средством в оценке травмы живота, тем не менее, у 20% больных конверсия все еще оказывается напрасной [5].

В целях повышения результативности исследования многие авторы предлагают применять методику контрольно-диагностической (динамической) видеолапароскопии [5-7]. Клиническое наблюдение за больными в послеоперационном периоде, как после традиционных вмешательств, так и после эндовидеохирургических вмешательств в полости груди и живота, является основополагающим звеном в диагностике не только пропущенных повреждений, но и возникших осложнений. Дополнительным методом, способствующим такой диагностике, и в том, и в другом случае является контрольно-динамическая торакоскопия или лапароскопия, особенно санационная [5,6]. Опубликованные в литературе способы динамического эндовидео-хирургического наблюдения (видеоторакоскопии и видеолапароскопии) и предлагаемые устройства для ее проведения обладают рядом существенных недостатков, их применение не всегда информативно, а иногда может привести к развитию тяжелых осложнений [5-8].

**Цель исследования:** разработать универсальное устройство и способ проведения контрольно-динамического и санационного эндовидеонаблюдения, в эксперименте отработать методику его проведения и обосновать возможность его внедрения в клиническую практику.

**Материал и методы.** В результате изучения и анализа всех имеющихся в литературе данных с целью создания универсального устройства для проведения контрольно-динамического и санационного эндовидеохирургического наблюдения было разработано техническое задание, в котором к самому устройству и материалу для его изготовления были предъявлены следующие требования: химическая инертность материала, из которого оно изготовлено; возможность быстрой и соответствующей современным требованиям предстерилизационной подготовки и стерилизации; возможность длительного пребывания устройства в передней брюшной стенке с обеспечением защиты от случайного удаления; обеспечение надежной изоляции брюшной полости от инфицирования в течение всего периода пребывания устройства в брюшной полости; многократное проведение исследования без повторных проколов грудной и брюшной стенки; поддержание необходимого давления газа в брюшной полости во время исследования; проведение исследования стандартными видеолапароскопами, доступными к использованию в большинстве лечебных учреждений; простота и безопасность удаления устройства из брюшной стенки; малый вес и объем; высокая прочность и износостойкость.

Отбор материалов показал, что данному техническому заданию соответствует пластический полимер «фторопласт - 4» (ГОСТ 10007 - 80 отраслевой руководящий документ, УДК 678.743.41.:006.354, группа Л 27, дата введения 01.10.1993 г.). Он представляет собой продукт полимеризации тетрафторэтилена, стойкого к сильным агрессивным средам и работающего при температуре до 2600С. В соответствии с целью исследования и предъявленными требованиями нами разработано и изготовлено универсальное устройство для контрольно-динамической и санационной торакоскопии и лапароскопии (рис. 1-4), которое представляет собой универсальную гильзу, включает в себя полую трубку и съемный «обтюратор». Полая трубка выполнена из



медицинского пластика, представляет собой цельную цилиндрическую ось диаметром 10 мм и состоит из двух частей: - конусообразной части (1), длиной 25 мм с внутренним диаметром 10 мм, снабженной снаружи концентрическими выступами (2); - цилиндрической части (3), длиной 15 мм с внутренним диаметром 10 мм, имеющей разъем, наполовину фиксированный к конусообразной части трубки, снабжен винтом (5), позволяющим изменять внутренний диаметр от 10 до 13 мм и двумя «ушками» с насечками для фиксации (6), причем одно ушко расположено на фиксированной стороне цилиндрической части, второе - на свободной стороне. Кроме того, цилиндрическая часть снабжена резиновой уплотнительной прокладкой (4).

Неподвижный «обтюратор» (7) выполнен из медицинского пластика и имеет длину 65 мм и диаметр 10 мм. Внутренний диаметр устройства позволяет использовать стандартные торакоскопические и лапароскопические троакары диаметром от 9 до 13 мм. При затягивании винта резиновый уплотнитель плотно охватывает троакар и позволяет закрепить ее на заданной глубине, а при необходимости - легко изменить положение используемого троакара путем ослабления винта.

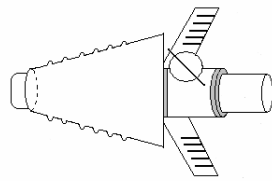


Рис. 1 Схема. Универсальное устройство.  
Вид в собранном состоянии.

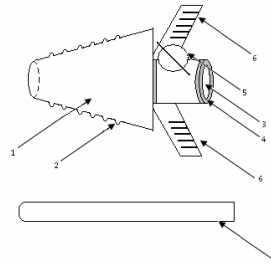


Рис. 2 Схема. Универсальное устройство.  
Вид в разобранном состоянии.

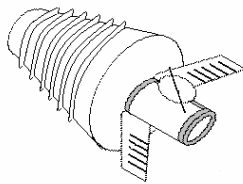


Рис. 3 Схема. Универсальное устройство.  
Вид сбоку.

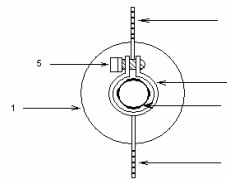


Рис. 4 Схема. Универсальное устройство.  
Вид сверху.

Изоляция внутренней полости организма от внешней среды между исследованиями осуществляется заглушкой - обтюратором или дренажной трубкой, который вводится в просвет устройства после в конце операции. При затягивании винта резиновый уплотнитель плотно охватывает обтюратор или дренажную трубку и позволяет герметично закрепить ее на заданной глубине. Затягивание винта приводит к жесткой фиксации заглушки или трубки в устройстве.

Разработку способа и отработку методики контрольно-динамической и санационной торакоскопии и лапароскопии провели на 4 беспородных собаках обоего пола массой тела от 15 до 23 кг. Для проведения эндовидеохирургических вмешательств на животных в условиях операционной использовали специальное портативное эндовидеохирургическое оборудование «Tele Pack» (Karl Storz, Германия). Данное оборудование является переносным многофункциональным устройством, в котором объединены все необходимые для выездного эндовидеохирургического вмешательства на крупных и мелких животных компоненты, (монитор, клавиатура ввода информации, видеокамера, источник холодного света, инсуфляционный насос, устройство записи, ввода и хранения информации в различных форматах, система передачи видеоизображения в on-line режиме и т.д.). Для инсуфляции CO<sub>2</sub> использовали специальный портативный газовый баллон с редуктором и емкостью 2 л (Karl Storz, Germany). Все животные оперированы в асептических условиях, под наркозом, для премедикации использовали атропин 0,5-0,6 мг/кг + димедрол 0,3-0,4 мг/кг. Оперативные вмешательства у собак производили в условиях комбинированной анестезии. Вводный наркоз осуществляли внутримышечным введением 5% раствора Калипсола из расчета 0,1 мл (5 мг) на 1 кг веса животного, что обеспечивало выполнение интубации трахеи, венесекции и катетеризации одной из подкожных вен задней конечности. Через катетер, по показаниям, повторно вводили 5% раствор Калипсола для поддержания поверхностной анестезии в течение всего опыта. С целью полной миорелаксации и усиления анальгезирующего эффекта внутримышечно вводили 2% раствор Рометара или Ксилазина из расчета 0,1 - 0,2 мл на 1 кг веса животного.

В первой серии опытов (2 собаки) выполнены динамические видеолапароскопии с использованием универсального устройства. Для этого, в точке на 2 см ниже пупка при помощи стандартной иглы Вереша, соединенной через инсуфляционный насос аппарата «Tele Pack» с газовым баллоном, в брюшной полости животного создавали пневмоперитонеум до 8 мм рт. ст. Затем в этой же точке после рассечения кожи до 2,0 см устанавливали стандартный 10 мм троакар со стилетом, который предварительно проводили через устройство и

закрепляли на ней при помощи винта. После удаления стилета устройство крутящими движениями устанавливали в передней брюшной стенке животного на глубину проникновения в брюшную полость не более чем на 1,0 см. Двумя лигатурными швами устройство через «ушки» плотно фиксировали к брюшной стенке. В последующем инфуляцию CO<sub>2</sub> в брюшную полость проводили через стандартный штуцер троакара. Далее вводили оптику эндоскопа с углом обзора 0° и проводили диагностическую видеолaparоскопию по стандартной методике.

По окончании операции и десуфляции, троакар извлекали из брюшной полости путем ослабления винта на устройстве. В просвет устройства вводили обтюратор и при помощи винта плотно его фиксировали. Установленное на брюшной стенке устройство дополнительно фиксировали вокруг тела собаки марлевой турундой и закрывали защитной спиртовой повязкой. После пробуждения животных помещали в виварий, где проводили наблюдение за их поведением, аппетитом, изменением температуры тела и степенью вздутия живота. Наличие устройства в брюшной стенке животные переносили удовлетворительно. Перевязки проводили ежедневно: кожу вокруг устройства обрабатывали спиртом и ксероформом.

На 2, 4 и 6 сутки под общей анестезией проводили релaparоскопии. Для этого после обработки операционного поля, путем ослабления винта извлекали из полости устройства обтюратор, затем через устройство проводили стандартный 10 мм троакар без стилета и устанавливали на нужной глубине, фиксируя его путем затягивания винта на устройстве. Инфуляцию CO<sub>2</sub> в брюшную полость проводили через штуцер троакара. После создания необходимого пневмоперитонеума вводили оптику эндоскопа с углом обзора 0° и проводили релaparоскопию. На 7 день устройство удаляли. Для этого по окончании релaparоскопии и десуфляции брюшной полости извлекали троакар путем ослабления винта на устройстве, затем извлекали и само устройство после снятия фиксирующих его лигатур. Рану на месте фиксации устройства обрабатывали и ушивали наглухо.

Во всех наблюдениях удалось свободно проникнуть в брюшную полость и произвести её осмотр. Во второй серии опытов животным (2 собаки) выполнены динамические видеоторакоскопии с использованием универсального устройства. Для этого в положении животного на боку в точке на 2 см ниже лопатки справа после рассечения кожи до 2,0 см в межреберье устанавливали стандартный 10 мм троакар со стилетом, который предварительно проводили через универсальное устройство и закрепляли на ней при помощи винта. После удаления стилета устройство крутящими движениями устанавливали в грудной стенке животного на глубину проникновения в плевральную полость не более чем на 0,5 см. Двумя лигатурными швами устройство через «ушки» плотно фиксировали к коже грудной стенки. Далее вводили оптику эндоскопа с углом обзора 30° и проводили диагностическую видеоторакоскопию по стандартной методике.

По окончании операции, троакар извлекали из правой плевральной полости путем ослабления винта на устройстве. В плевральную полость через просвет устройства вводили полихлорвиниловую дренажную трубку наружным диаметром 10 мм и при помощи винта на устройстве плотно его фиксировали. Дополнительно дренажную трубку фиксировали к устройству лигатурой. После аспирации воздуха из плевральной полости при помощи шприца «Жане», дренажную трубку оформляли по Бюлау. Вокруг установленного на грудной стенке устройства дополнительно накладывали защитную спиртовую повязку.

После пробуждения животных помещали в виварий, где проводили наблюдение за их поведением, частотой дыхания, аппетитом, изменением температуры тела и функционированием дренажа Бюлау. Наличие дренажной трубки и устройства в грудной стенке животные переносили удовлетворительно. За все время наблюдения дренаж по Бюлау функционировал нормально, патологических жидкостей и отделяемого не было. Через 1 час после операции при контрольных пробах через дренаж отмечали отсутствие свободного газа в исследуемой плевральной полости и наличие отрицательного давления в фазе выдоха. Для предотвращения дислокации дренажной трубки животных фиксировали таким образом, чтобы исключить им доступ к ней. Перевязки проводили ежедневно: кожу вокруг устройства обрабатывали спиртом и ксероформом. На 2 сутки животных помещали в операционную, где под общей анестезией проводили реторакоскопию. Для этого после обработки операционного поля, путем ослабления винта извлекали из полости устройства дренажную трубку, затем через устройство проводили стандартный 10 мм троакар без стилета и устанавливали на нужной глубине, фиксируя его путем затягивания винта на устройстве. Далее вводили оптику эндоскопа с углом обзора 30° и проводили реторакоскопию.

По окончании операции извлекали троакар путем ослабления винта на устройстве и после аспирации свободного газа из плевральной полости в просвет устройства вводили обтюратор, который при помощи винта плотно фиксировали.

На 3 день устройство удаляли. Для этого по окончании реторакоскопии извлекали устройство после снятия фиксирующих его лигатур. Затем после аспирации свободного газа из плевральной полости, рану на месте фиксации устройства обрабатывали и ушивали наглухо. После излечения устройства проводили дальнейшее наблюдение за животными. На 7 день констатировали отсутствие у животных признаков воспалительных процессов и дыхательной недостаточности.

Во всех наблюдениях удалось свободно проникнуть в плевральную полость и произвести её осмотр. И в первой и во второй серии экспериментов антибиотикотерапия не проводилась, анальгезия поддерживалась дробным внутримышечным введением 2% раствора промедола. Всех животных выводили из эксперимента на 7

день путем внутривенного введения перенасыщенного раствора хлорида калия на фоне глубокого галотанового наркоза.

**Результаты.** Во всех случаях экспериментального исследования конусообразная форма и наличие уплотнительной прокладки позволили в каждом случае индивидуально подобрать необходимую глубину установки устройства и обеспечили надежную герметичность и изоляцию полости как во время исследования плевральной или брюшной полостей, так и в период между исследованиями. Смещение устройства в ране после его установки и фиксации в стенке грудной клетки и брюшной полости у всех 4 животных не отмечали, т.к. концентрические выступы снаружи устройства и лигатурная фиксация при помощи двух «ушек» с насечками плотно удерживали устройство в заданном положении. Кроме того, удаление этих лигатур позволило свободно удалить устройство после исследования.

При посмертном макроскопическом исследовании тканей грудной и брюшной полостей у всех животных признаком инфицирования в полости и пролежней в месте фиксации устройств не наблюдали, последнее, по-видимому, связано с небольшой массой (20 грамм) устройства и его выполнением из медицинского пластика. Морфологическое исследование плевры и брюшины также дегенеративных изменений не выявил.

**Выводы.** Таким образом, созданное нами универсальное устройство для контрольно-динамического и санационного эндовидеохирургического наблюдения полностью удовлетворяет требованиям, предъявляемым к этому виду исследования и техническому заданию.

Регулируемый внутренний просвет устройств диаметром от 9 до 12 мм обеспечивает проведение исследования эндоскопами различных производителей, что позволяет их использовать в большинстве лечебных учреждений. Предлагаемое устройство малотравматично, может применяться как при проведении видеолапароскопического наблюдения, так и при проведении видеоторакоскопии без повторных проколов грудной и брюшной стенки. Проведенный эксперимент позволил сделать вывод о безопасности разработанного способа проведения динамической видеоторакоскопии и видеолапароскопии, а также о возможности его применения в клинической практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Руппель Г.Г., Лазарь А.М., Тарабарин С.А. Диагностическая лапароскопия при повреждениях живота // Хирургия. - 1997. - №6 - С.26-28.
2. Григорьев С.Г., Петров В.А., Григорьева Т.С. Релапаротомия - вопросы терминологии // Хирургия. - 2003. - №6. - С.60-63.
3. Rodenovsky D., Zlatarsky G., Lulchev D. Organization, diagnosis and the treatment procedure in chest, abdominal and combined trauma. Khirurgiia (Sofia).-1997.-Vol.50.- P.29-32.
4. Абакумов М.М., Воскресенский О.В., Жестков К.Г. Торакоскопия в диагностике и лечении ранений легкого // Хирургия.- 2007. - №10. - С.4-9.
5. Guth A.A., Pachter H.L. Laparoscopy for penetrating thoracoabdominal trauma: pitfalls and promises // JSLS.- 1998.- Vol.2.- P.123-127.
6. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Ходос Г.В. и др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний и травм брюшной полости // Эндоскоп. хир.-2000.-№ 5.- С.12-15.
7. Mahajna A., Mitkal S., Bahuth H., Krausz M.M. Diagnostic laparoscopy for penetrating injuries in the thoracoabdominal region // Surg. Endoscop.-2004.-Vol.18.- P.1485-1487.
8. Бокарев М.И., Молитвославов А.Б., Бирюков Ю.В. Лапароскопия в диагностике повреждений живота у пациентов с сочетанной травмой // Хирургия.-2004.-№7. - С.23-25.

#### ФОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛОЖНОСТИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЕМ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Л.А. Бокерия., И.В.Самородская., И.И.Скопин., Е.С. Мырзакулов  
Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева  
Российской академии медицинских наук, г.Москва, РФ*

**Цель работы** - на основе метода Дельфи провести экспертную оценку сложности операций и изучить взаимосвязь средней бальной экспертной оценки с летальным исходом и продолжительностью лечения в ОРИТ. Из общего перечня операций, выполненных в 2009г в условиях ИК 1095 взрослым пациентам на клапанах сердца в сочетании или без с другими вмешательствами (АКШ, РЧА, операция «Лабиринт» и т.д - всего 113 видов операций или их сочетаний) были отобраны только те операции или их сочетания, которые зарегистрированы более 5 раз (всего 33 типа – выполнены 973 пациентам). В оценке сложности участвовали 13 сердечно-сосудистых хирургов, специализирующихся на выполнении операций по коррекции клапанных пороков (4 из НЦССХ им А.Н. Бакулева), участники не знали результатов лечения по каждому типу операций.

Для каждого из 33 названий операций определена средняя бальная экспертная оценка. Выявлена

умеренная степень согласованности мнения специалистов в оценке технологической сложности операций (коэффициент конкордантности Кенделла - 0,29  $p < 0,001$ ); консенсус (от 69 до 85%) достигнут для 48,5% рассматриваемых операций. Значения средних баллов оценки сложности операции специалистами НЦССХ им.А.Н.Бакулева ( $2,02 \pm 0,54$ ) были достоверно ниже ( $p < 0,001$ ) по сравнению со средним баллом специалистов других учреждений ( $2,28 \pm 0,43$ ). Продолжительность пребывания в ОРИТ пациентов, разделенных на группы в зависимости от бальной экспертной оценки достоверно различалась ( $p = 0,007$ ). Прогностическая точность модели летального исхода, рассчитанная как площадь под ROC-кривой, при использовании EuroSCORE составила 0,59, экспертной оценки - 0,68. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности использования экспертной оценки сложности операций на основе метода Дельфи для решения сложных неформализуемых задач по смежным проблемам сердечно-сосудистой хирургии и организации здравоохранения (аккредитация медицинских учреждений, формирование госзаказа и планирование бюджета медицинских организаций, выполняющих хирургические операции на сердце и сосудах).

Ряд работ свидетельствует о тесной взаимосвязи клинических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями не только с результатами лечения, но и затратами на случай лечения [3,4,5,11,14]. Впервые клинические особенности пациентов, вид операции и стоимость оказания медицинской помощи по профилю «сердечно - сосудистая хирургия» были увязаны в Приказе Минздравсоцразвития России (№786н от 29 декабря 2008 г.) «О порядке формирования утвержденных государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета». Однако, в представленные в Приказе группы никак не отражают случаи оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной патологией. Кроме того, для оценки тяжести состояния пациента использован показатель EuroSCORE, который по мнению ряда специалистов не всегда и не достаточно точно связан с летальным исходом после операции, для которого собственно и был разработан этот показатель [2,4,12,13,20]. В то же время на основании анализа структуры операций с искусственным кровообращением (ИК), выполненных пациентам с наличием клапанных пороков сердца, который был выполнен научно-организационным отделом и отделом реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца было выявлено, что только у 360 из 1095 пациентов выполнены «однокомпонентные» операции (то есть вмешательство на одном клапане сердца), остальным пациентам выполнены 2-х и более «компонентные» операции (то есть сочетание протезирования и реконструкции клапана или протезирования и коронарного шунтирования (КШ), или реконструкции на клапанах плюс закрытие дефекта межпредсердной (МПП) или межжелудочковой перегородки (МЖП) и имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС) и т.д.)

Учитывая вышесказанное, нами было проведено исследование с целью определения экспертной оценки сложности операций и взаимосвязи средней бальной оценки с уровнем летальности и продолжительностью лечения.

**Материал и методы исследования.** Всего в 2009г на базе института кардиохирургии им. В.И.Бураковского НЦССХ им А.Н. Бакулева прооперировано 1095 взрослых пациента (старше 18 лет, средний возраст  $52,11 \pm 11,5$ ), которым в течении одной госпитализации в условиях ИК выполнены операции на клапанах сердца, в сочетании или без с другими операциями (коронарное шунтирование, операция «Лабиринт», радиочастотная абляция, имплантация ЭКС, закрытие дефекта перегородки и другие). Из общего перечня операций (всего – 113 видов операций или их сочетаний) были отобраны только те операции или их сочетания сочетания (33), которые зарегистрированы более 5 раз. На основе полученных данных разработана анкета для проведения экспертной оценки сложности операции. Целесообразность 3-х уровней бальной оценки технологической сложности операции согласована между сердечно-сосудистыми хирургами отделения реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца. Согласно методике [15,16,19] в экспертной оценке должно участвовать 9-15 специалистов, работающих по проблеме.

Во время XIV ежегодной сессии Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева РАМН проведено анкетирование 13 сердечно-сосудистых хирургов, специализирующихся на выполнении операций по коррекции клапанных пороков у взрослых (минимальный стаж работы по специальности – 7 лет, максимальный – 31; средний – 14,5); из них 9 специалистов работали в разных субъектах РФ и 4 специалиста из НЦССХ им А.Н. Бакулева, участники не знали результатов лечения по каждому из оцениваемых типов операции. Для каждого из 33 названий операций определена средняя бальная экспертная оценка. Персонифицированные данные на 973 пациента, которым были выполнены операции, названия которых оценивали эксперты, перенесены в табличный процессор Excel, для каждого пациента проставлен средний балл экспертной оценки сложности операции и рассчитан показатель Euroscore. Проведен анализ согласованности мнения экспертной оценки с помощью вычисления коэффициента конкордантности Кенделла (W) и изучены взаимосвязи средней бальной экспертной оценки с летальным исходом (с помощью логистической регрессии - общая оценка согласия модели и реальных данных оценивалась с использованием ROC-кривой и теста согласия Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test) и послеоперационного госпитального периода (с помощью линейной регрессии).

Ключевые слова: сердечно-сосудистая хирургия, экспертная оценка, метод Дельфи, сложность операции, летальность, продолжительность лечения.

**Результаты исследования.** В таблице 1 представлены результаты экспертной оценки 13 специалистами и средний балл сложности выбранных для анализа сочетаний операций с указанием «компонентов» операций.

Операции	Эксперты													ср.знач
	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12	№13	
протезирование аортального клапана механическим протезом	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1,62
протезирование аортального клапана механическим протезом + протезирование митрального клапана механическим протезом	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2,08
протезирование аортального клапана механическим протезом+ протезирование митрального клапана механическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2,23
протезирование аортального клапана механическим протезом+ реконструкция митрального клапана+ пластика трикуспидального клапана	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2,31
протезирование аортального клапана биологическим протезом	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1,77
протезирование аортального клапана механическим протезом+ реконструкция митрального клапана	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2,15
протезирование аортального клапана механическим протезом+пластика трикуспидального клапана	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	1,77
протезирование митрального клапана механическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1,77
АКШ+ протезирование аортального клапана механическим протезом	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2,46
АКШ+ протезирование аортального клапана биологическим протезом	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2,54
АКШ+ реконструкция митрального клапана +протезирование аортального клапана механическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2,69
АКШ+ протезирование аортального клапана+ реконструкция митрального клапана	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2,54
Операция на восходящей аорте+ протезирование аортального клапана механическим протезом	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,69
Операция на восходящей аорте+АКШ+протезирование аортального клапана механическим протезом	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2,77
коррекция ВПС+ протезирование аортального клапана механическим протезом	2	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2,54
протезирование аортального клапана механическим протезом+ миоэктомия по Морроу	2	1	1	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2,00

Таблица 1 Результаты экспертной оценки 13 специалистами и средний балл сложности операции.

Операции	Эксперты													ср.знач
	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12	№13	

протезирование митрального клапана механическим протезом	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1,69
реконструкция митрального клапана	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2,08
реконструкция митрального клапана+пластика трикуспидального клапана	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2,08
протезирование митрального клапана механическим протезом+миоэктомия по Морроу	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1,92
протезирование митрального клапана биологическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	1	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2,00
АКШ+ протезирование митрального клапана механическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2,54
АКШ+ реконструкция митрального клапана	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2,38
АКШ+ протезирование митрального клапана механическим протезом	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2,38
АКШ+ реконструкция митрального клапана + пластика трикуспидального клапана	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2,62
АКШ+ протезирование митрального клапана механическим протезом+ протезирование аортального клапана механическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2,77
АКШ+ протезирование митрального клапана биологическим протезом	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,85
АКШ+ реконструкция митрального клапана +вентрикулопластика	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2,85
РЧА+ протезирование митрального клапана механическим протезом+ пластика трикуспидального клапана	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	3	2,15
РЧА+ протезирование митрального клапана механическим протезом	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2,08
РЧА+ реконструкция митрального клапана+ пластика трикуспидального клапана	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2,15
протезирование трикуспидального клапана биологическим протезом	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,15
пластика трикуспидального клапана	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00

Таблица 1 Продолжение.

Несмотря на близкие экспертные оценки, коэффициент конкордантности Кенделла составил 0,29 ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует о достоверно отличающейся от нуля взаимосвязи между мнениями экспертами в оценке сложности операции, но степень согласованности экспертной оценки не высокая, что наглядно можно представить на графике (рис 1)

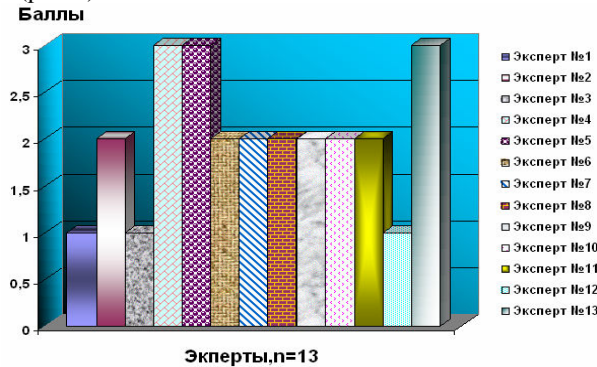


Рис. №1 Экспертная оценка сложности операции протезирование митрального клапана биологическим протезом + пластика трикуспидального клапана

Коэффициент конкордантности Кенделла между мнением 4-х специалистов из НЦССХ в отношении оценочных баллов составил 0,35 ( $p < 0,001$ ); между мнениями остальных 9 специалистов 0,22 ( $p < 0,001$ ). Значения средних баллов оценки сложности операции специалистов НЦССХ им.А.Н.Бакулева ( $2,02 \pm 0,54$ ) были достоверно ниже (тест Вилкоксона;  $p < 0,001$ ) по сравнению со средним баллом специалистов других учреждений ( $2,28 \pm 0,43$ ). В то же время не выявлено статистически достоверной взаимосвязи между средней экспертной оценкой сложности операции и стажем работы врача по специальности, но имелась незначительная тенденция к уменьшению уровня балльной оценки с увеличением стажа работы. В качестве независимых факторов для построения прогностических моделей летального исхода для 973 пациентов, которым в НЦССХ им АН Бакулева выполнены перечисленные в таблице №1 операции, использованы показатели экспертной оценки и EuroSCORE.

В таблицах № 3 и №4 представлена фактическая и прогнозируемая летальность на основании балльной экспертной оценкой и показателем EuroSCORE в подгруппах.

Экспертная оценка, баллы	Ожидаемая летальность	Фактическая летальность
Меньше 1,5	1,73%	2,2%
1,5 – 2,0	3,3%	3,0%
2,1 – 2,5	6,17%	6,7%
2,6 - 3	11,3%	10,6%

Таблица № 2 Взаимосвязь между показателем летальности и балльной экспертной оценкой.

При сравнении ожидаемой и фактической летальности выявлены статистически недостоверные различия (тест согласия Хосмера-Лемешова,  $p = 0,8$ ). Прогностическая модель оценки вероятности летального исхода на

1

основе экспертной оценки сложности операции выглядит следующим образом  $p = \frac{1}{1 + \exp(-z)}$ , где  $z = -4,694 + 0,639 \times x$ . X – значение от 1 до 4 (менее 1,5 баллов – 1; от 1,5 до 2,0 – 2; от 2,1 до 2,5 -3 и от 2,6 до 3 – 4 балла). То есть при каждом добавочном балле выше 1, вероятность летального исхода возрастает (ОШ=1,9; 95% ДИ 1,3-2,7).

Показатель EuroSCORE	Ожидаемая летальность	Фактическая летальность
Меньше 2	3,69%	1,3%
2 -3,9	4,75%	6,1%
4-5,9	6,09%	5,9%
Больше 6	7,78%	6,1%

Таблица № 3 Взаимосвязь между показателем летальности и показатель EuroSCORE

При сравнении ожидаемой и фактической летальности выявлены статистически недостоверные различия (тест согласия Хосмера-Лемешова,  $p = 0,09$ ). На рис 2 представлены ROC-кривые оценки точность прогностической оценки летального исхода на основании показателя EuroSCORE и среднего балла оценки сложности операции.

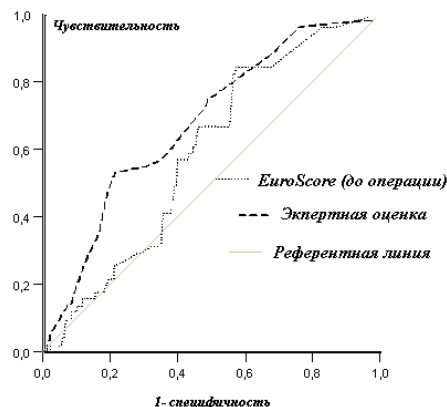


Рис. 2 №. ROC-кривые точности прогнозирования летального исхода с помощью бальной экспертной оценки и показателя EuroSCORE.

В таблице №4 представлена прогностическая сила соотношения чувствительность/специфичность 2-х моделей.

Тестируемый показатель	Площадь под кривой	Значение P	95% ДИ	
			Нижняя граница	Верхняя граница
Показатель EuroSCORE	0,588	0,034	0,5	0,7
Экспертная оценка	0,640	0,000	0,61	0,75

Таблица № 4 Прогностическая сила соотношения чувствительность/ специфичность.

В таблице 5 представлена продолжительность пребывания пациентов в отделении реанимации в зависимости от бальной экспертной оценки сложности операции. При сопоставлении продолжительности пребывания в реанимации пациентов, разбитых на группы в зависимости от бальной экспертной оценки выявлены статистически достоверные различия (F= 4, P=0,007).

Баллы	Количество пациентов, абс.	M± SD	95% ДИ	
			Нижняя граница	Верхняя граница
Меньше 1,5	45	1,6 ± 1,6	1,1	2
1,5 – 2,0	464	2,8 ± 5,2	2,3	3,3
2,1 – 2,5	341	3,1 ± 5,3	2,6	3,7
2,6 - 3	123	4,5 ± 8,7	2,9	6,1
Всего	973	3,1 ± 5,72	2,7	3,4

Таблица № 5 Взаимосвязь между продолжительностью пребывания в реанимации и бальной экспертной оценкой.

**Обсуждение результатов.** Полученные результаты свидетельствуют о достоверно отличающейся от нуля взаимосвязи между мнениями экспертами в оценке сложности операции. Обращает внимание, что специалисты работающие в одном медицинском учреждении (НЦССХ) имеют большую согласованность мнений в оценке сложности операции и то, что средняя оценка сложности операции между специалистами из НЦССХ достоверно ниже средней экспертной оценки специалистов других учреждений. Это косвенно отражает субъективность оценки, основанной на личном опыте и опыте самого учреждения, для которого каждая конкретная операция является либо рутинной, либо редко выполняемой на практике и соответственно воспринимаемой как более сложная. Отсутствие явной взаимосвязи между экспертной оценкой сложности операции и стажем работы, может быть обусловлено как малым объемом выборки для решения именно данного вопроса, так называемым «вмешивающимся» фактором, когда на оценку влияет не столько стаж работы, сколько количество операций, выполненных специалистом до момента участия в опросе. Оценка таких взаимосвязей может быть предметом другого исследования.

Полученные результаты близки к данным, описываемым [Lidwine B. Mokkinka](#) с соавт(2010) [18], которые отмечают, что часто достижение консенсуса по ряду вопросов в медицине проблематично и разработка консенсуса на основе метода Дельфи может потребовать несколько этапов. Консенсус считается достигнутым, если не менее 67% участников приходят к единому мнению. В нашем исследовании консенсус (от 69 до 85%) достигнут для оценки 48,5% рассматриваемых операций. Полученные результаты можно считать вполне удовлетворительными, особенно при сопоставлении с результатами международного исследования (США, Испания, Канада, Голландия), после 4-х этапного обсуждения консенсус в отношении



отдельных оценочных определений, используемых в здравоохранении, был достигнут от 68 до 88% [18]. Кроме того, нельзя не согласиться с мнением авторов статьи о том, что отсутствие работы по достижению консенсуса в терминологии, определениях, оценочных критериях приводит к путанице в измерении свойств и признаков, которые они представляют.

Полученные данные подтверждают мнение других специалистов, что летальный исход, не всегда связан с показателем EuroSCORE, отражающем в основном дооперационные факторы риска [2,4,12,13,20]. С учетом достоверной взаимосвязи среднего балла экспертной оценки с летальным исходом и продолжительностью лечения, даже на фоне не полного консенсуса по ряду операций, описанную методику можно считать перспективной для решения ряда сложных, плохо формализуемых задач по проблемам, тесно связанным с двумя специальностями «сердечно-сосудистая хирургия» и «общественное здоровье и здравоохранение» (например, планирование бюджета учреждения и госзаказа с учетом того, что клинические особенности пациентов и технологическая сложность выполняемых вмешательств влияют на стоимость лечения) [3,7,9,11,14]. Рассматриваемый подход является актуальным и по той причине, что в практике здравоохранения выполнить точную количественную оценку затрат на конкретную медицинскую услугу или технологию дорого и сложно - методов существует достаточно много, но каждый из них имеет недостатки. Между плательщиками и поставщиками часто возникает конфликт интересов: затраты с точки зрения поставщиков услуг больше, чем стоимость по мнению плательщиков [6,8,10,17]. В то же время, как показывают результаты исследований по оценке затрат при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) по профилю сердечно-сосудистой хирургии, различия в структуре оказания ВМП клиниками приводит к их неравноценному финансированию. Часть клиник, выполняющие в большом объеме менее затратные виды находятся в лучшем финансовом положении, чем клиники, выполняющие в большом объеме наиболее затратные виды ВМП, а также сочетание видов ВМП, что не обеспечивает возмещения затрат, необходимых для оказания качественной и полноценной медицинской помощи [1,2,3,4,5].

Таким образом, проведенное исследование выявило умеренную степень согласия между специалистами в оценке сложности операций, используемых в лечении пациентов с клапанными пороками сердца; средний балл оценки сложности операции достоверно различался в группах специалистов (НЦССХ – другие медицинские учреждения). Несмотря на различия мнений специалистов средний балл экспертной оценки сложности операции был достоверно взаимосвязан с летальным исходом и продолжительностью пребывания пациентов, оперированных по поводу клапанного порока сердца в отделении реанимации. Полученные нами данные свидетельствуют о целесообразности ранжирования сложности операции на основе экспертной оценки и использования такой оценки в последующем для аккредитации медицинских учреждений, формировании госзаказа и планировании бюджета медицинских организаций, выполняющих хирургическую коррекцию клапанных пороков сердца.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкасумова С.К. Врожденные пороки сердца у взрослых: клинико-социальная характеристика и научно-организационное обоснование совершенствования медицинской помощи: Автореф. дис. ...к-та мед. наук.- М., 2010.
2. Бокерия Л.А. Прогностическая модель летального исхода после операций на клапанах сердца у взрослых пациентов/ Л.А.Бокерия, И.В.Самородская, О.З.Гагиева //Бюл. НЦССХ им .А.Н.Бакулева РАМН.-2009.- Т.10.№6.-С.320
3. Бокерия Л.А. Высокотехнологичная медицинская помощь при ишемической болезни сердца / Л.А.Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская, В.И. Перхов// Журнал «Здравоохранение»- 2009. - Т.1. - С. 28-37.
4. Гагиева О.З. Научно-методическое обоснование развития медицинской помощи пациентам с приобретенными пороками сердца: Автореф. дис. ...к-та мед. наук.- М., 2010.
5. Перхов В.И. Научно-организационное обоснование повышения доступности для населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных медицинских учреждениях: Автореферат дис. ...д-ра мед.наук – М., – 2009.
6. Прекер А.С. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы/ под ред. Э.Моссалоса, А Диксон, Ж Фигераса.(пер с англ) //Изд-во «Весь мир».-2002.С.35.
7. Солодкий В.А. Дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи: проблемы и пути решений/ В.А.Солодкий, В.И. Перхов, И.Н.Ступаков, И.В.Самородская // Журнал Здравоохранение Российской Федерации- 2006.-№3.- С.28-31
8. Шамшурина Н.Г. Методы ценообразования в здравоохранении. // Шамшурина Н.Г //Журнал «Здравоохранение» - 2006.-№2.- С.161-171.
9. Ambler G.. Generic, Simple Risk Stratification Model for Heart Valve Surgery/ G. Ambler, R.Z.Omar et al.// Circulation- 2005.-Vol.112.- P.224-231
10. Azoulay1 A. The use of the transition cost accounting system in health services research (Review)/ A.Azoulay1, N.M.Doris1 et al. // Cost Effectiveness and Resource Allocation -2007.- P.5-11
11. Davenport D. L. Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications: A Case Study Using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database/ D.L.Davenport, W.G.Henderson, S.F.Khuri //Ann. Surg. – 2005.-Vol.242,№4.- P.463-471.

12. van Gameren M. How to assess risks of valve surgery: quality, implementation and future of risk models/ M. van Gameren, N.Piazza et al.// Heart- 2009.-Vol.95.-P.1958-1963
13. van Gameren M. Do We Need Separate Risk Stratification Models for Hospital Mortality After Heart Valve Surgery?/M. van Gameren, A. P. Kappetein et al./ Ann.Thorac. Surg.- 2008.-Vol.85.- P.921-930 (Issue 3)
14. Hlatky M.A.Clinical Correlates of the Initial and Long-Term Cost of Coronary Bypass Surgery and Coronary Angioplasty/ M.A.Hlatky, B.D. Boothroyd, B.M.Mori et al. // Am. Heart J. – 1999.-Vol. 138,№2.-P.376-383.
15. Kahan J.P. Variations by specialty in physician ratings of the appropriateness and necessity of indications for procedures/ J.P.Kahan, R.E.Park, L.L.Leape et al.// Med. Care -1996.-Vol.34.-P.512–23
16. Leape L.L. Group judgments of appropriateness: the effect of panel composition/ L.L.Leape, R.E.Park, J.P. et al.// Qual. Assur. Health Care- 1992.-Vol.4.-P.151–9
17. Leister J.E. Comparison of cost accounting methods in different DRG systems and their effect on health care quality/ J.E.Leister, J.Stausberg// Health Policy -2005.- Vol.74.-P.46-55
18. Lidwine B.The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes/ B.Lidwine, C.B.Mokkinka et al./ Journal of Clinical Epidemiology- 2010.- Vol.63.-P.- 737-745(Issue 7)
19. Manesh R.P. ACCF Proposed Method for Evaluating the Appropriateness of Cardiovascular Imaging/ R.P. Manesh, J.A. Spertus, G. B.Ralph et al.//J.Am. Coll. Card.- 2005.-Vol. 46, №8.-P.1606-1613
20. Yap C-H. Validation of the EuroSCORE model in Australia C.-H.Yap, Ch. Reid, M.Yii et al./ Eur. J. Cardiothorac. Surg.- 2006. - Vol.29.- P.441-446

### ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*И.В. Самородская., Е.С. Мырзакулов  
ГУ НЦССХ им.А.Н. Бакулева РАМН, г.Москва, РФ*

В исследование включены ретроспективно 1092 взрослых пациентов (старше 18 лет, средний возраст  $52,11 \pm 11,5$ ), которым в 2009г выполнены в течении одной госпитализации операции на митральном клапане, в сочетании или без с другими операциями (коронарное шунтирование, вмешательства на восходящей аорте). В анализ включены 15 параметров. Общая продолжительность лечения у пациентов составил  $-15,4 \pm 9,3$  дней, продолжительность лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии  $-3,2 \pm 5,8$  дней и продолжительность лечения в клиническом отделении после перевода из тделении реанимации и интенсивной терапии составил  $-12,2 \pm 7,3$  дней. Общая продолжительность лечения, продолжительность лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии были выше у пациентов в возрасте старше 60 лет, с такими сопутствующими заболеваниями как сахарный диабет, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе и у пациентов с инфекционным эндокардитом. Выявлена достоверная взаимосвязь между продолжительностью лечения и длительностью искусственного кровообращения. При проведении многофакторного анализа наиболее значимыми факторами оказались: возраст, сахарный диабет, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, инфаркт миокарда в анамнезе, показатель EuroSCORE, время искусственного кровообращения и оперативные вмешательства на митральном клапане.

Коэффициент детерминации регрессионной модели прогноза продолжительности лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии составляет 9%, что свидетельствует о необходимости дальнейшего накопления информации. Для планирования деятельности клиники, отделений для хирургического лечения пациентов с клапанными пороками сердца, ресурсного обеспечения необходимо знать продолжительность лечения пациентов. Раздельный учет продолжительности лечения имеет значение в связи с тем, что стоимость пребывания пациента в реанимации значительно выше, чем в клиническом отделении. Для оптимизации сроков лечения и тактики ведения пациентов, формирования клинико-статистических групп необходимо знать факторы, влияющие на продолжительность лечения.

**Материал и методы исследования.** Из базы данных автоматизированной истории болезни (АИБ) НЦССХ им.А.Н. Бакулева отобрано 1095 взрослых пациентов (старше 18 лет), которым в 2009г выполнены в течении одной госпитализации операции на клапанах сердца в том числе в сочетании с другими операциями (коронарное шунтирование, оперативные вмешательства на восходящей аорте). В анализ включены следующие параметры: возраст, время искусственного кровообращения (ИК), общая продолжительность лечения, продолжительность лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, продолжительность лечения в клиническом отделении; наличие артериальной гипертензии (АГ), ИБС, сахарного диабета (СД), инфекционного эндокардита, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, функциональный класс сердечной недостаточности (СН ФК) по NYHA, проведенные вмешательства на митральном (МК), аортальном (АК) и трикуспидальном клапанах (ТК). В анализируемой выборке 3 (0,27%) пациента умерли во время операции, поэтому эти пациенты исключены из дальнейшего анализа.

При анализе материала рассчитывались средние величины (M), стандартные отклонения (SD) и 95% доверительный интервал. Сравнение показателей в группах выполнено с помощью критерия Стьюдента для количественных,  $\chi^2$  - для качественных показателей. Отношение шансов ОШ рассчитывалось по формуле:  $= A/B : C/D$ , где A — наличие изучаемого показателя в группе 1, C — наличие изучаемого показателя в группе 2, B — отсутствие изучаемого показателя в группе 1, D — отсутствие изучаемого показателя в группе 2. За статистическую достоверность различия принималось значение  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты.** Всего в анализ включено 1092 пациентов, 16 (1,5%) пациентов сразу после операции поступили в клиническое отделение (из них 6 женщин и 10 мужчин) и 1076 (98,3%) поступили после операции в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (456 женщин и 620 мужчин). Средний возраст  $51,1 \pm 11,5$  лет (макс.-79 лет, миним.-23года). Доля обследованных женщин составила 42,3%, мужчин 57,6% мужчин. Сочетанная патология, по поводу которой были выполнены операции по коррекции клапанных пороков в сочетании или без сочетания с другими хирургическими вмешательствами встречается у 37,35% пациентов. Наиболее часто встречающейся «монопатологией» является «Ревматизм» (20,27% случаев), ИБС (14,16%), «Инфекционный эндокардит» (7,58%). Поражение только одного клапана зарегистрировано у 40,5%. Наиболее часто в выборке зарегистрирована митральная недостаточность 12,2%, митральная недостаточность + трикуспидальная недостаточность 12,1%, аортальная недостаточность 11,5% и аортальный стеноз 9,8%. Всего 1095 пациентам выполнено 113 различных видов оперативных вмешательств (с учетом наличия у пациентов сопутствующей патологии, многоклапанного поражения и вида вмешательства на клапане). Наиболее часто выполняемыми оперативными вмешательствами являются протезирование аортального клапана механическим протезом (16,16% случаев), протезирование митрального клапана механическим протезом + пластика трикуспидального клапана (13,7%), протезирование митрального клапана механическим протезом+ протезирование аортального клапана механическим протезом + пластика трикуспидального клапана (7,49%).

В таблице №1 представлены данные по средней продолжительности лечения в клиническом отделении и ОРИТ среди женщин и мужчин.

Параметры (M±SD)	Мужчины, n=630	Женщины, n=462	Все пациенты
Койко-дней в ОРИТ	3,1 ±5,2	3,3±6,5	3,2±5,8
Койко-дней в клиническом отделении после перевода из ОРИТ	12,5±7,5	11,8± 6,9	12,2±7,3
Всего	15,6 ±9,4	15,1 ±9,2	15,4±9,3

Таблица №1 Средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в ОРИТ среди мужчин и женщин

В показателях средней продолжительности лечения в клиническом отделении и в отделении ОРИТ среди мужчин и женщин статистически достоверных различий не выявлено  $p=0,094$ . В следующей таблице №2 представлены общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в отделении ОРИТ пациентов в возрасте до 60 лет и старше 60 лет.

Параметры	В возрасте до 60 лет, n=796	Старше 60 лет, n=296	Значение p
Общая продолжительность лечения, M±SD	14,7±8,7	17,1±10,5	$p < 0,001$
Койко-дней после операции в клин.отд., M±SD	12±6,9	12,7± 8,1	$p=0,181$
Койко-дней в ОРИТ, M±SD	2,72 ±4,9	4,36±7,4	$p < 0,001$

Таблица №2 Продолжительность лечения пациентов в возрасте до 60 лет и старше 60 лет.

Таким образом, общая продолжительность лечения у пациентов старше 60 лет на  $2,4 \pm 1,8$  дней больше по сравнению с пациентами в возрасте до 60 лет (95% ДИ 1 - 3,54 ). Показатель средней продолжительности лечения в клиническом отделении у пациентов старше 60 лет на  $0,7 \pm 1,2$  дней больше по сравнению с пациентами в возрасте до 60 лет (95% ДИ 0,31 -1,6). Показатель средней продолжительности лечения в ОРИТ у пациентов до 60 лет на  $1,64 \pm 2,5$  дней больше по сравнению с пациентами в возрасте до 60 лет (95% ДИ 0,88- 2,4). В следующей таблице №3 представлены общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в отделении ОРИТ пациентов с сахарным диабетом и без сахарного диабета.

Параметры	С сахарным диабетом, n=43	Без сахарного диабета, n=1049	Значение p
Общая продолжительность лечения, M±SD	17,9±12,2	15,3±9,1	$p=0,07$
Койко-дней после операции, M±SD	12±10	12,2±7,2	$p=0,8$
Койко-дней в ОРИТ, M±SD	5,9±10	3,1±5,5	$p=0,002$

Таблица №3 Продолжительность лечения пациентов с сахарным диабетом и без сахарного диабета.

Выявлены статистические достоверные различия в показателях средней продолжительности пребывания пациентов в отделении ОПИТ: у пациентов с сахарным диабетом этот показатель на  $2,8 \pm 4,5$  дней выше (95%ДИ 1,1 – 4,5). В следующей таблице №4 представлены общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в отделении ОПИТ пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе и без.

Параметры	С ИМ в анамнезе n=56	Без ИМ в анамнезе, n=1036	Значение p
Общая продолжительность лечения, M±SD	18,7±11,5	15,2±9	p=0,005
Койко-дней после операции, M±SD	12,4±8,2	12,2±7,2	p=0,854
Койко-дней в ОПИТ, M±SD	6,3±10,1	2,9±5,3	p=0,000

Таблица №4 Продолжительность лечения пациентов с и без инфаркта миокарда в анамнезе.

Как видно из таблицы, показатель общей продолжительности у пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе на  $3,5 \pm 2,5$  дней выше (95% ДИ 1,03 – 5,96), средняя продолжительность пребывания в отделении ОПИТ на  $3,3 \pm 4,8$  дней выше (95% ДИ 1,88 – 4,92). В следующей таблице №5 представлены общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в отделении ОПИТ пациентов с и без наличия в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения.

Параметры	С ОНМК в анамнезе, n=44	Без ОНМК в анамнезе, n=1048	Значение p
Общая продолжительность лечения, M±SD	18,7±10,6	15,2±9,2	p=0,015
Койко-дней после операции, M±SD	13±6,8	12,1±7,3	p=0,4
Койко-дней в ОПИТ, M±SD	5,7±10,7	3±5,4	p=0,002

Таблица №5 Продолжительность лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе и без.

Как видно из таблицы, показатель общей продолжительности лечения у пациентов с ОНМК в анамнезе на  $3,5 \pm 1,4$  дней выше (95%ДИ 0,66- 6,3). Средний показатель пребывания в отделении ОПИТ у пациентов с ОНМК в анамнезе на  $2,7 \pm 5,3$  дней выше (95%ДИ 0,97- 4,4). В следующей таблице №6 представлены общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения пациентов в клиническом отделении и в отделении в зависимости от класса СН ФК по NYHA.

Параметры	Нет СН, n=79	СН ФК I, n=14	СН ФК II, n=294	СН ФК III, n=582	СН ФК IV, n=123	Знач, p
Общая продолжительность лечения, M±SD	17,7±13,9	12,21±3,3	15±8,9	14,8±8,2	17,9±11,2	p=0,001
Койко-дней п/о, M±SD	14,6±11	11±3,5	12±6,6	12±7	13,1±7,1	p=0,016
Койко-дней в реанимации, M±SD	3,1±6,9	1,4±0,7	3,2±6	2,9±4,7	4,8±8,5	p=0,01

Таблица №6 Продолжительность лечения пациентов с разными СН ФК по NYHA

Как видно из таблицы, выявлены статистически достоверные различия в показателях общей продолжительности лечения и в средних показателях пребывания в клиническом отделении и в отделении ОПИТ у пациентов с разными СН ФК. Однако, эти различия не имели четкой связи со степенью тяжести ФК.

В следующей таблице №7 представлены общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в отделении ОПИТ пациентов с инфекционным эндокардитом, протезным эндокардитом и без инфекционного эндокардита

Параметры	Без ИЭ, n=928	С ИЭ, n=146	С протезным эндокардитом, n=18	Знач, p
Общая продолжительность лечения, M±SD	15,3±9,2	15,3±8,7	20,8±14	p=0,046
Койко-дней п/о, M±SD	12,1±7,2	12,5±6,8	16±11,5	p=0,069
Койко-дней в реанимации, M±SD	3,1±5,8	2,8±5,2	4,8±5,9	p=0,38

Таблица №7 Продолжительность лечения пациентов с инфекционным эндокардитом, протезным эндокардитом и без инфекционного эндокардита.

Таким образом, показатель общей продолжительности лечения у пациентов с инфекционным эндокардитом, протезным эндокардитом и без инфекционного эндокардита статистически достоверно различаются. А в остальных показателях статистически достоверных различий не выявлено.

Учитывая сложность структуры операций, для анализа было введено понятие «компонент операции» - то есть каждому хирургическому «компоненту» (пластика, протезирование, КШ, миоэктомия, РЧА) было присвоено условное обозначение 1. Таким образом, проведен дополнительный анализ в зависимости от числа выполненных пациенту компонентов операции. В следующей таблице №8 представлена средняя продолжительность лечения в зависимости от числа компонентов операции

Число компонентов операции	Абс.,n	M±SD	95% ДИ	
			Нижняя граница	Верхняя граница
1,00	384	2,7±5,4	2,2	3,3
2,00	483	3,1±5,472	2,6	3,6
3,00	200	3,7±5,916	2,8	4,5
4,00	22	6,6±12,458	1,1	12,1
5,00	3	6,3±8,4	-14,5	27,2
Всего	1092	3,2±5,8	2,8	3,5

Табл. №8 Продолжительность лечения в ОРИТ в зависимости от числа компонентов операции

Выявлены статистически достоверные различия (F=3,p=0,016). В следующей таблице №9 представлена средняя продолжительность в клиническом лечении в зависимости от числа компонентов операции

число компонентов операции	Абс., n	M±SD	95% ДИ	
			Нижняя граница	Верхняя граница
1,00	384	11,5±7	10,8	12,2
2,00	483	12,4±7,3	11,7	13
3,00	200	13±6,8	12,1	13,9
4,00	22	11,6±6,5	8,8	14,5
5,00	3	32±32,1	-47,7	111,7
Всего	1092	12,2±7,3	11,8	12,7

Табл. №9 Продолжительность лечения в клиническом отделении в зависимости от числа компонентов операции

Выявлены статистически достоверные различия (F=3,p=0,016). В следующей таблице №10 представлена средняя продолжительность в зависимости от сочетания с КШ и без КШ.

Продолжительность лечения	КШ, абс.		M± SD	95% ДИ		Знач p
	да	нет		Нижняя граница	Верхняя граница	
Койко-дней в ОРИТ.	да	178	4,8±8,1	1,1	2,9	p=0,000
	нет	914	2,8±5,12			
Койко-дней в клиническом отделении	да	178	13,5±9,4	0,4	2,7	p=0,009
	нет	914	11,9±6,8			
Общая продолжительность лечения	да	178	18,4±12,4	2,1	5	p=0,000
	нет	914	14,81±8,5			

Табл. №10 Продолжительность лечения в зависимости от сочетания с КШ и без КШ

Продолжительность лечения в отделении ОРИТ, в клиническом отделении и общая продолжительность лечения пациентов достоверно выше при выполнении операций в сочетании с КШ по сравнению с продолжительностью лечения, которым не выполнялось КШ. В следующей таблице №11 представлена средняя продолжительность лечения пациентов при выполнении операций по коррекции клапанных пороков в сочетании с операцией на восходящей аорте и без.

Продолжительность лечения	Операция на восх.Ао., абс.		M± SD	95% ДИ		Знач p
	да	нет		Нижняя граница	Верхняя граница	
Койко-дней в ОРИТ.	да	71	5,14±8,9	0,7	3,5	p=0,003
	нет	1021	3,03±5,4			
Койко-дней в	да	71	14,83±9,5	1	4,5	p=0,002

клиническом отделении	нет	1021	12,04±7,1			
Общая продолжительность лечения	да	71	19,9±12,8	2,7	7,13	p=0,000
	нет	1021	15,1±8,9			

Таблица №11 Продолжительность лечения в зависимости от сочетания с операцией на восходящей аорте и без.

Продолжительность лечения в отделении ОРИТ, в клиническом отделении и общая продолжительность лечения пациентов достоверно выше при выполнении операций в сочетании с операцией на восходящей аорте по сравнению с продолжительностью лечения, которым не выполнялась операция на восходящей аорте. На следующей таблице №12 представлена продолжительность лечения в ОРИТ в зависимости от «градации» времени ИК.

Градация времени ИК	Абс.,n	M± SD	95% ДИ	
			Нижняя граница	Верхняя граница
Менее или равно 60 мин	11	1,18± 0,405	0,91	1,45
Более 60мин, но менее 90 мин	69	2,14± 3,801	1,23	3,06
Более 90мин, но менее 120 мин	254	2,09± 2,854	1,74	2,44
Более 120мин, но менее 150мин	298	2,74± 5,257	2,14	3,34
Более 150мин, но менее 180 мин	225	3,55± 6,510	2,69	4,40
Более 180мин, но менее 210 мин	120	4,25± 7,954	2,81	5,69
Более 210мин, но менее 240 мин	57	3,56± 5,613	2,07	5,05
Более 240мин, но менее 270 мин	34	6,44± 6,486	4,18	8,70
Более 270мин, но менее 300 мин	24	9,04± 11,415	4,22	13,86
Всего	1092	3,16±5,765	2,82	3,51

Табл №12 Продолжительность лечения в ОРИТ в зависимости от градации времени ИК

Различия в группах статистически достоверны F=7,2, p=0,000; четко отмечается тенденция к удлинению времени лечения в ОРИТ в зависимости от увеличения градаций времени ИК. В следующей таблице №13 представлена средняя продолжительность лечения в клиническом отделении в зависимости от «градации» времени ИК.

Градация времени ИК	Абс.,n	M± SD	95% ДИ	
			Нижняя граница	Верхняя граница
,00	11	8,4± 1,9	7,2	9,7
1,00	69	10,7± 4,2	9,7	11,7
2,00	254	11,1± 5,2	10,5	11,7
3,00	298	12,6± 7,2	11,8	13,4
4,00	225	12,9± 7,3	11,9	13,8
5,00	120	12,1± 6,4	10,9	13,2
6,00	57	15,6± 13,7	11,9	19,2
7,00	34	14,1± 11,03	10,3	17,9
8,00	24	9,3± 8,6	5,7	12,9
Всего	1092	12,2± 7,3	11,8	12,6

Табл №13 Продолжительность лечения в клиническом отделении в зависимости от градации времени ИК

Различия в группах статистически достоверны F=4,2, p=0,000; также четко отмечается тенденция к удлинению времени лечения в зависимости от увеличения градаций времени ИК. В следующей таблице №14 сроки лечения представлены в зависимости от исхода лечения.

Параметры	Умер, n=58	Жив, n=1034	Знач, P
Общая продолжительность лечения, M±SD	18,9±17	15,1±8,6	p=0,003
Койко-дней в клиническом отделении, M±SD	6±11,5	12,5±6,8	p=0,000
Койко-дней в ОРИТ, M±SD	12,9±13,4	2,6±4,4	p=0,000

Таблица №14 Общая продолжительность лечения и средняя продолжительность лечения в клиническом отделении и в отделении ОРИТ в зависимости от исхода лечения

Выявлены статистически достоверные различия: общая продолжительность лечения умерших оказалась выше на  $3,8 \pm 8,4$  дней (95%ДИ 1,33 -6,23 ), средняя продолжительность пребывания в отделении ОРИТ выше на  $10,3 \pm 9$  (95% ДИ от-4,6 до- 8,4), чем у пациентов с благоприятным исходом операции с обратной тенденцией в отношении длительности пребывания в клиническом отделении на  $6,5-4,7$  (95% ДИ 8,9–11,7). Учитывая полученные данные, в последующем была выполнена многофакторная оценка влияния на продолжительность лечения. При включении пошаговым методом показателей в регрессионную модель выявляется, что указанные в таблице №15 факторы обеспечивают статистически достоверный уровень уравнения регрессии, однако коэффициент детерминации модели не превышает 9% (следующая таблица), что свидетельствует о том, что только 9% вариаций результативного признака (продолжительность лечения в ОРИТ) можно объяснить воздействием рассмотренных в данном исследовании факторов и необходимости дальнейшего накопления информации.

Факторы	Коэф фициент В	Стандартная ошибка	Beta 2	t	Знач. р
(Constant)	-2,82	0,81		-3,49	0,000
Время ИК (мин)	0,02	0,003	0,17	5,89	0,000
Возраст	0,06	0,01	0,13	4,38	0,000
ИМ в анамнезе	2,44	0,77	0,09	3,16	0,002
EuroSCORE	0,09	0,04	0,06	2,07	0,04
ОНМК в анамнезе	1,92	0,86	0,07	2,25	0,03
СД	1,86	0,87	0,06	2,13	0,03
Вмешательства на МК	-0,68	0,35	-0,06	-1,97	0,05

Таблица №15 Регрессионная модель оценки продолжительности лечения в ОРИТ.

Модели	Коэф. R	R2	Скорректиро- ванный R2	Стандарт-ная ошибка
7	0,29	0,09	0,08	5,52

Таблица №16 Оценки качества прогноза.

Коэффициент множественной корреляции (R) равен 0.29, что свидетельствует о связи средней силы между показателем «продолжительность лечения в ОРИТ» с включенными в модель объясняющими факторами. Таким образом, прогностическая модель оценки продолжительности лечения в ОРИТ выглядит следующим образом  $r = - 2,82 + 0,2 \times \text{время ИК} + 0,06 \times \text{возраст} + 2,44 \times 1(\text{при наличии ИМ в анамнезе}) + 0,09 \times \text{показатель EuroSCORE} + 1,92 \times 1(\text{при наличии ОНМК в анамнезе}) + 1,86 \times 1(\text{при наличии у пациента сахарного диабета}) - 0,68 \times 1(\text{при выполнении операции на МК})$ .

**Обсуждение результатов.** Продолжительность послеоперационного лечения в нашем исследовании в целом соответствует показателям продолжительности лечения при аналогичных операциях в РФ, но значительно превышает аналогичные показатели в странах с другими принципами организации системы здравоохранения. Так, например, по данным [Ryan W.H](#) с соавт. (в исследование включено 1108 пациентов, из них 608 пациентам была проведена реконструкция митрального клапана и 500 пациентам протезирование митрального клапана) продолжительность пребывания в стационаре зависела от вида операции (при реконструкции МК из бокового минидоступа  $5,4 \pm 2,8$  и  $7,3 \pm 5,8$  дня при срединной стернотомии), но в целом была ниже, чем у наших пациентов. Продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии (ОРИТ) составила  $34,0 \pm 40,5$  часов и  $81,7 \pm 133,8$  часов с разным видом операций [2]. При выполнении операций на аортальном клапане 1603 пациентам в университете Вирджинии (США) общая продолжительность пребывания в стационаре составила  $9 \pm 9,6$  ( $9,1 \pm 9,7$  дней при реоперациях), пребывание в ОРИТ в среднем составило  $3,3 \pm 7,3$  против  $4,1 \pm 8,5$  дней [1]. Продолжительность лечения пациентов (средний возраст составил  $59,3 \pm 11,6$  лет), которым выполнено протезирование трикуспидального клапана в госпитале университета Сан-Рафаэль (Италия) составила  $19,9 \pm 3,4$  дней, из них средняя продолжительность пребывания в ОРИТ составил  $2,0 \pm 2,4$  дней [3].

Таким образом, продолжительность лечения пациентов в разных странах и разными типами клапанного поражения различается. Вероятно, различия в продолжительности лечения между странами связаны с системой организации медицинской помощи, географическая близость медицинского учреждения, в котором выполняется операция, к месту проживания пациента, условия его проживания, обеспеченность медицинским наблюдением по месту жительства. В нашем исследовании на продолжительность лечения пациентов после операции влияли такие факторы, как возраст старше 60 лет, наличие сопутствующей патологии, продолжительность времени ИК. Однако коэффициент детерминации многофакторной регрессионной модели не превышает 9%, что свидетельствует о том, что только 9% вариаций результативного признака (продолжительность лечения в ОРИТ) можно объяснить воздействием указанных факторов и необходимости дальнейшего накопления информации.



## ЛИТЕРАТУРА

1. LaPar J.D. Outcomes of reoperative aortic valve replacement after previous sternotomy/ D.J.LaPar, Z.Yang, G.J. Stukenborg et al./ *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* - 2010.- Vol.139,№2.-P.263-72.
2. Ryan W.H. Mitral valve surgery: comparison of outcomes in matched sternotomy and port access groups/ W.H.Ryan, W.T. Brinkman, T.M. Dewey et al.// *J. Heart Valve Dis.* - 2010.- Vol.19,№1.-P.51-58(дискуссия59)
3. Vigano G. Clinical mid-term results after tricuspid valve replacement/ G.Vigano, A. Guidotti, M. Taramasso et al.// *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*- 2010-Vol.10.-P.709

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНАЕ: ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ**

*Л.А.Бокерия, И.В. Самородская, И.И.Скопин, В.А.Мироненко, Е.С.Мырзакулов  
ГУ НЦССХ им.А.Н. Бакулева РАМН*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности у мужчин и женщин во всем мире. Гендерные различия клинических особенностей течения инсульта, сердечной недостаточности, разных форм ИБС хорошо изучены[2]. Имеются данные о более позднем развитии сердечно-сосудистой патологии у женщин по сравнению с мужчинами[1]. Женский пол является фактором риска летального исхода при выполнении коронарного шунтирования[4]. В то же время работ, оценивающих влияние пола на течение болезни и результаты хирургического лечения клапанных пороков сердца не так много, Song H. K., Grab J. D. et al. указывают на различия в летальности при операциях на митральном клапане ассоциированные с возрастом и полом [3]. Учитывая вышесказанное, целью данного исследования было изучение гендерных особенностей взрослых пациентов оперированных на митральном клапане (в качестве единственного или одного из компонентов операции на сердце) и оценка гендерных различий, как фактора возможно влияющего на госпитальную летальность.

**Материал и методы исследования.** Из базы данных автоматизированной истории болезни (АИБ) НЦССХ им.А.Н. Бакулева методом сплошной бесповторной выборки отобрано 670 взрослых пациентов (старше 18 лет), которым в 2009г выполнены в течении одной госпитализации операции на митральном клапане, в том числе в сочетании с другими операциями (коронарное шунтирование, операция лабиринт, радиочастотная абляция, имплантация ЭКС, закрытие дефекта перегородки). В анализ включены следующие параметры: возраст, градиент давления на аортальном клапане (АК), давление в легочной артерии (ЛА), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), время искусственного кровообращения (ИК), время пережатия аорты, продолжительность лечения после операции; наличие артериальной гипертензии (АГ), ИБС, сахарного диабета(СД), нарушения ритма (трепетание предсердий, мерцательная аритмия, атриовентрикулярная блокада II-III степени), инфекционного эндокардита, имплантированного до поступления ЭКС, операции на клапанах в анамнезе; проведенные вмешательства на митральном (МК), аортальном (АК) и трикуспидальном клапанах (ТК). Проведен анализ показатели госпитальной летальности в зависимости от вида операции, пола пациента и возрастной группы, для чего все пациенты были разделены на 4 возрастных групп: 1-группа – мужчины и женщины в возрасте до 40лет, 2-группа- мужчины и женщины в возрасте от 41 до 50 лет, 3 группа - мужчины и женщины в возрасте от 51 до 60лет и 4 группа- мужчины и женщины в возрасте от 60лет и старше. Учитывая, что в АИБ предусмотрен формализованный ввод данных не для всех тестируемых в исследовании показателей, необходимые данные выбраны из текстовой части АИБ, закодированы и введены в таблицы Excel. Затем данные обработаны с помощью программы SPSS(версия 13).

При анализе материала рассчитывались средние величины (M), стандартные отклонения (SD) и 95% доверительный интервал. Сравнение показателей в группах выживших и умерших выполнено с помощью критерия Стьюдента для количественных,  $\chi^2$  - для качественных показателей и Kruskal-Wallis для порядковых показателей. Отношение шансов (ОШ) рассчитывалось по формуле:  $= A/B : C/D$ , где А — наличие изучаемого показателя в группе 1, С — наличие изучаемого показателя в группе 2, В — отсутствие изучаемого показателя в группе 1, D — отсутствие изучаемого показателя в группе 2. За статистическую достоверность различия принималось значение  $p < 0,05$ . Влияние гендера, как фактора риска летального исхода оценивалось с помощью бинарной логистической регрессии.

**Полученные результаты:** Ревматическая этиология митрального порока зарегистрирована у 224(66,5%) женщин и 90(27%) мужчин; ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречалась у 34(10,1%) женщин и 80(24%) мужчин, у части пациентов зарегистрирована смешанная этиология в различных сочетаниях (ревматизм, ВПС, инфекционный эндокардит, ИБС). В таблице 1 представлены исходные клинические и демографические особенности пациентов.



Таблица 1 Исходные клинические и демографические особенности пациентов.

Параметры	Общее количество n=673	Мужчины n=335	Женщины n=338	Знач Р
Возраст (M±SD)	52,11±11,5	51,46±11,75	52,76±11,3	p=0,1
ФВ ЛЖ(M±SD)	72,6±259	82,7±368,1	63,2±8,9	p=0,03
КДР ЛЖ(M±SD)	5,6±1	5,7±1,03	5,45±0,9	p=0,012
Давл.ЛА(M±SD)	22,9±20,3	22,2±19,2	23,7±21	p=0,3
Град.АК(M±SD)	18±23,2	19±24,9	16,86±21,3	p=0,1
Нарушения ритма - МА,ТП, абс. и (%) - АВ блокада II-III степ.абс. и (%)	287(42,6) 5(0,7)	116(34,6) 3(0,9)	171(50,6) 2(0,6)	p=0,000 p=0,6
КГ/АКГ -гемод незнач., абс. и (%) - гемод знач., абс. и (%)	108(16) 109(16,2)	48(14,3) 78(23,3)	60(17,8) 31(9,2)	p=0,000
ИЭ абс. и (%)	81 (12)	61(18,2)	20(5,9)	p=0,000
СД абс. и (%)	28(4,2)	12(3,6)	16(4,7)	p=0,4
АГ абс. и (%)	168(25)	98(29,3)	70(20,7)	p=0,01
ИК в анамнезе	87(12,9)	32(9,6)	55(16,3)	p=0,009
ЭКС в анамнезе, абс. и (%)	11(1,6)	6(1,8)	5(1,5)	p=0,7
ИМ в анамнезе, абс. и (%)	44(6,5)	36(10,7)	8(2,4)	p=0,000
ОНМК в анамнезе, абс. и (%)	33(4,9)	18(5,4)	15(4,4)	p=0,5
ИЭ-инфекционный эндокардит, СД-сахарный диабет, АГ-артериальная гипертензия, КГ/АКГ-коронарография, ангиография,МА-мерцательная аритмия,ТП-трепетание предсердий, АВ-атриовентрикулярная,ИК-искусственное кровообращение,ЭКС-электрокардиостимулятор,ИМ-инфаркт миокарда,ОНМК-острое нарушение мозгового кровообращения.				

Как видно из таблицы по ряду показателей выявлены статистически достоверные гендерные различия. У женщин чаще по сравнению с мужчинами зарегистрированы фибрилляция или трепетание предсердий ОШ=1,9 (95% ДИ 1,4-2,6) p=0.000, чаще отмечались в анамнезе операция на сердце с использованием искусственного кровообращения ОШ=1,9 (95% ДИ 1,2-3) p=0.007, но у женщин реже, чем у мужчин регистрировались инфекционный эндокардит ОШ= 0,3 (95% ДИ 0,1 – 0,5) p=0.000 и инфаркт миокарда в анамнезе ОШ=0,2 (95% ДИ 0,1- 0,4) p=0.001. У мужчин чаще встречаются гемодинамически значимые стенозы на коронарографии. По таким показателям как возраст, ФВ ЛЖ, КДР ЛЖ, градиент давления на АК, давление в легочной артерии, ИК в анамнезе достоверно.

На рисунке 1 представлена группировка женщин и мужчин в зависимости от наличия (отсутствия) и степени сердечной недостаточности.

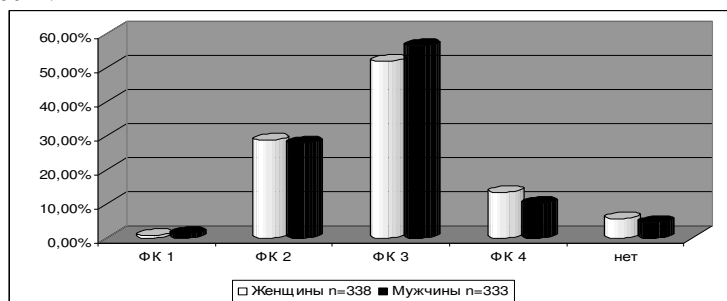


Рис. 1 Сердечная недостаточность (ФК по NYHA) в группах женщин и мужчин.

Всего I ФК сердечной недостаточности зарегистрирован у 2(0,6%) женщин и 4(1,2%) мужчин, II ФК у 97(28,7%) женщин и 93(27,8%) мужчин, III ФК у 175(51,8%) женщин и 189(56,4%) мужчин, IV ФК у 45(13,3%) женщин и 34(10,1%) мужчин и наконец отсутствие сердечной недостаточности наблюдался у 19(5,6%) женщин и 15(4,5%) мужчин.

Общая летальность составила 6,2%. В таблице №2 представлена структура операций, которая учитывала выполнение коррекции митрального, аортального, трикуспидального порока, в сочетании (или без)

с АКШ, но без учета вмешательства на перегородках сердца, коррекции аритмий и других. В этой же таблице представлена госпитальная летальность с учетом пола пациента.

Таблица 2 Структура операций и показатели госпитальной летальности. (Все возрастные группы)

Виды и число операций	Общая летальность А бс.чис.,%	Мужчины		Женщины		Знач., Р (между ужч. и жен.)
		Общее колич. опер-х, п	Летально сть, аб.чис.,%	Общее колич. опер-х, п	Леталь- ность, аб.чис.,%	
МК(n=143)	12(8,4)	66	2(3)	77	10(13)	Р=0,03
МК+АК(n=70)	3(4,3)	41	2(4,9)	29	1(3,4)	Р=0,7
МК+ТК(n=233)	7(3)	86	2(2,3)	147	5(3,4)	Р=0,6
МК+АК+ТК(n=118)	5(4,2)	64	4(6,3)	54	1(1,9)	Р=0,2
МК+АКШ(n=44)	6(13,6)	30	3(10)	14	3(21,4)	Р=0,3
МК+АК+АКШ(n=10)	2(20)	9	2(22,2)	1	0(0)	Р=0,5
МК+ТК+АКШ(n=37)	4(10,8)	27	2(7,4)	10	2(20)	Р=0,2
МК+АК+ТК+АКШ(n=18)	3(16,7)	12	2(16,7)	6	1(16,7)	Р=1,0
Итого	42(6,2)	335	19(5,7)	338	23(6,8)	Р=0,5

Кроме указанных в таблице видов операций 9(1,3%) пациентам была выполнена имплантация ЭКС, 8(1,2%) другие виды коррекции аритмий, коррекция аортального порока одновременно с вмешательством на восходящей аорте выполнены 12 (1,8%) пациентам, вентрикулопластика 7(1%), миоэктомия по методу Морроу 10(1,5%), по методу Л.А. Бокерия 2 (0,3%), коррекция не обусловленного клапанным поражением ВПС – 24(3,6%). Как видно из таблицы №2, статистически достоверных различий в показателях госпитальной летальности среди мужчин и женщин при оперативных вмешательствах не выявлены.

В следующих таблицах (№3,4,5,6) представлена структура операций и госпитальная летальность в разных возрастных группах среди мужчин и женщин. Выявлены статистически достоверные различия (р=0,000) в госпитальной летальности между четырьмя возрастными группами (минимальная летальность в группе до 40 лет, максимальная в группе старше 60). Однако внутри этих групп статистически достоверных различий в показателях госпитальной летальности между женщинами и мужчинами не выявлены.

Таблица 3 Структура операций на митральном клапане в сочетании с АКШ и показатели госпитальной летальности. (Возраст до 40лет) n=117

Виды и число операций	Общая летальность А бс.чис.,%	Мужчины		Женщины		Знач., Р (между ужч. и жен.)
		Общее колич. опер-х, п	Летально сть, аб.чис.,%	Общее колич. опер-х, п	Летально сть, аб.чис.,%	
МК(n=45)	1(2,2)	21	0(0)	24	1(4,2)	Р=0,3
МК+АК(n=19)	1(5,3)	12	1(8,3)	7	0(0)	Р=0,4
МК+ТК(n=30)	0(0)	16	0(0)	14	0(0)	-
МК+АК+ТК(n=21)	0(0)	14	0(0)	7	0(0)	-
МК+АКШ(n=1)	0(0)	1	0(0)	0	0(0)	-
МК+АК+АКШ(n=0)	0(0)	0	0(0)	0	0(0)	-
МК+ТК+АКШ(n=1)	0(0)	0	0(0)	1	0(0)	-
МК+АК+ТК+АКШ(n=0)	0(0)	0	0(0)	0	0(0)	-
Итого	2(1,7)	65	1(1,5)	53	1(1,9)	Р=0,7

Таблица 4 Структура операций на митральном клапане в сочетании с АКШ и показатели госпитальной летальности. (Возраст от 41 лет до 50 лет) n=143

Виды и число операций	Общая летальность А бс.чис.,%	Мужчины		Женщины		Знач., Р (между ужч. и жен.)
		Общее колич. опер-х, п	Летально сть, аб.чис.,%	Общее колич. опер-х, п	Леталь- ность, аб.чис.,%	
МК(n=34)	3(8,8)	16	1(6,3)	18	2(11,1)	Р=0,6
МК+АК(n=12)	0(0)	8	0(0)	4	0(0)	-
МК+ТК(n=51)	2(3,9)	25	1(4)	26	1(3,8)	Р=0,9
МК+АК+ТК(n=33)	0(0)	18	0(0)	15	0(0)	-
МК+АКШ(n=7)	0(0)	5	0(0)	2	0(0)	-
МК+АК+АКШ(n=1)	0(0)	1	0(0)	0	0(0)	-
МК+ТК+АКШ(n=3)	0(0)	3	0(0)	0	0(0)	-

МК+АК+ТК+АКШ(n=2)	0(0)	2	0(0)	0	0(0)	-
Итого	5(3,5)	78	2(2,6)	65	3(4,6)	P=0,4

Таблица 5 Структура операций на митральном клапане в сочетании с АКШ и показатели госпитальной летальности. (Возраст от 51 лет до 60 лет) n=258

Виды и операций	число	Общая летальность А бс.чис.,%	Мужчины		Женщины		Знач., Р (между мужч. и жен.)
			Общее колич. опер-х, n	Летальность, аб.чис.,%	Общее колич. опер-х, n	Летальность, аб.чис.,%	
МК(n=47)	4(8,5)	4(8,5)	20	1(5)	27	3(11,1)	P=0,4
МК+АК(n=26)	1(3,8)	1(3,8)	16	1(6,3)	10	0(0)	P=0,4
МК+ТК(n=97)	2(2,1)	2(2,1)	29	1(3,7)	68	1(1,5)	P=0,5
МК+АК+ТК(n=45)	1(2,2)	1(2,2)	22	1(4,5)	23	0(0)	P=0,3
МК+АКШ(n=15)	0(0)	0(0)	11	0(0)	4	0(0)	-
МК+АК+АКШ(n=3)	0(0)	0(0)	3	0(0)	0	0(0)	-
МК+ТК+АКШ(n=16)	1(6,3)	1(6,3)	12	0(0)	4	1(25)	P=0,07
МК+АК+ТК+АКШ(n=9)	1(11,1)	1(11,1)	6	1(16,7)	3	0(0)	P=0,4
Итого	10(3,9)	10(3,9)	119	5(4,2)	139	5(3,6)	P=0,5

Таблица 6 Структура операций на митральном клапане в сочетании с АКШ и показатели госпитальной летальности. (Возраст от 60 и выше) n=154

Виды и операций	число	Общая летальность А бс.чис.,%	Мужчины		Женщины		Знач., Р (между мужч. и жен.)
			Общее колич. опер-х, n	Летальность, аб.чис.,%	Общее колич. опер-х, n	Летальность, аб.чис.,%	
МК(n=17)	4(23,5)	4(23,5)	9	0(0)	8	4(50)	P=0,01
МК+АК(n=13)	1(7,7)	1(7,7)	5	0(0)	8	1(12,5)	P=0,4
МК+ТК(n=55)	3(5,5)	3(5,5)	16	0(0)	39	3(7,7)	P=0,2
МК+АК+ТК(n=18)	4(22,2)	4(22,2)	9	3(33,3)	9	1(11,1)	P=0,2
МК+АКШ(n=21)	6(28,6)	6(28,6)	13	3(23,1)	8	3(37,5)	P=0,4
МК+АК+АКШ(n=6)	2(33,3)	2(33,3)	5	2(40)	1	0(0)	P=0,4
МК+ТК+АКШ(n=17)	3(17,6)	3(17,6)	12	2(16,7)	5	1(20)	P=0,8
МК+АК+ТК+АКШ(n=7)	2(28,6)	2(28,6)	4	1(25)	3	1(33,3)	P=0,8
Итого	25(16,2)	25(16,2)	73	11(15,1)	81	14(17,3)	P=0,4

В следующей таблице представлены продолжительность послеоперационного лечения и время ИК с учетом гендерных особенностей.

Таблица 7 Интра- и послеоперационные параметры.

Параметры	Общее количество n=673	Женщины n=338	Мужчины n=335	Знач Р
Продолжительность лечения после перевода из ОАРИТ, сутки (M±SD)	12,3±7,1	11,5±6,4	13,1±7,7	p=0,008
Пребывание в ОРИТ, день(M±SD)	3,12±5,4	3,1±5,5	3,2±5,3	p=0,7
Время ИК, мин.(сред±σ)	157,4±54,5	148,5±47,1	166,3±60	p=0,000
Время переж, Ао., мин. (M±SD)	94,7±32,1	87,1±28,3	102,4±33,9	p=0,000

ИК- искусственное кровообращение, Ао-аорта, ОАРИТ- отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Время искусственного кровообращения, время пережата аорты и продолжительность после операции в группах мужчин и женщин достоверно различались. У мужчин продолжительность времени искусственного кровообращения на 17,7±4,1 мин (95%ДИ 9,6-25,8) больше, чем у женщин (p=0,000), время пережата аорты на 15,1±2,4 мин (95%ДИ 10,4-19,9; p=0,000); продолжительность лечения после операции на 1,5±0,6 дней (95%ДИ 0,3 -2,5); p=0,008. Такой показатель как пребывание в реанимационном отделении статистически достоверно не различался.

При оценке значимости факторов риска госпитальной летальности, методом бинарной логистической регрессии (пошаговая селекция LR), и включении в анализ таких факторов как пол, возрастная группа, ИЭ, ИМ

и/или ОНМК и/или операции с ИК в анамнезе, функциональный класс сердечной недостаточности, недостаточность кровообращения, которая требовала применения фуросемида на дооперационной стадии коррекции порока, мерцание (трепетание) предсердий, сахарный диабет, артериальная гипертензия, наличие при коронарографии гемодинамически значимого стеноза коронарной артерии, фракция выброса левого желудочка, единственным статистически достоверным и клинически значимым фактором риска летального исхода был возраст пациента В коэффициент регрессии равен 0,08 на каждый год возраста (критерий Вальда 18,8; ОШ= 1.08 95% ДИ 1.04 - 1.12,  $p < 0.001$ ).

При включении дополнительно таких факторов, как выполнение одновременно с коррекцией митрального порока операции на АК, ТК, АКШ, миоэктомии, вентрикулопластики, закрытие ДМЖП или ДМПП было выявлено, что женский пол не оказывает статистически значимого влияния на летальность; статистически достоверными и клинически значимыми факторами риска летального исхода оказались возраст пациента В коэффициент регрессии равен 0,08 на каждый год возраст старше 18 лет (критерий Вальда 19, ОШ= 1.09 95% ДИ 1.05 - 1.13,  $p < 0.001$ ) и продолжительность времени ИК - В коэффициент регрессии равен 0,008 на каждую минуту ИК (критерий Вальда 12, ОШ= 1.01 95% ДИ 1.004-1.01,  $p < 0.001$ )

**Обсуждение результатов.** Результаты нашего исследования свидетельствуют о наличии определенных гендерных особенностей среди пациентов, которым была выполнена операция по коррекции митрального порока (в качестве монооперации или в сочетании с другими операциями) и неоднозначном влиянии пола и возраста на исход операции. Полученные нами результаты не полностью идентичны результатам, полученным в другом исследовании. Н.К.Song, J.D.Grab et al. провели анализ госпитальной летальности 24977 пациентов (49% женщин), зарегистрированных в национальной базе данных Общества торакальных хирургов (Society of Thoracic Surgeons National Database) и которым выполнены операции протезирования митрального клапана. У женщин чаще встречались сахарный диабет ОШ 1,51 (95% ДИ 1,28 до 1,79)  $p < 0,0001$ , почечная недостаточность (креатинин сыворотки  $> 2$  мг/дл) ОШ 1,92 (95% ДИ 1,51 до 2,44)  $p < 0,0001$ , IV ФК по NYHA ОШ 1,84 (95% ДИ 1,54 до 2,2)  $p < 0,0001$ , ХНЗЛ ОШ 1,38 (95% ДИ 1,17 до 1,61)  $p < 0,0001$ , гемодиализ ОШ 2,84 (95% ДИ 2,02 до 3,99)  $p < 0,0001$  и инфекционный эндокардит (активная фаза) ОШ 2,35 (95% ДИ 1,75 до 3,14)  $p < 0,0001$ . По следующим параметрам: артериальная гипертензия, нарушения мозгового кровообращения, давление в легочной артерий  $> 30$  мм.рт.ст., инфаркт миокарда  $\leq 21$  день и инотропная поддержка с помощью внутриаортальной баллонной контрапульсации статистически достоверно не различались. Было выявлено, что в возрастной группе до 30 лет различий в показателях госпитальной летальности между мужчинами и женщинами нет: 1,3% против 1,3%. В возрасте от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет госпитальная летальность у женщин была значительно выше, чем у мужчин ОШ 2,57 (95% ДИ 1,31 до 5,01)  $p = 0,0058$  и ОШ 1,95 (95% ДИ 1,32 до 2,89)  $p = 0,0009$  соответственно. Но в последующих возрастных группах (от 60 до 69, от 70 до 79 и от 80 и старше) эта разница убывала (3,3% у женщин и 2,1% у мужчин; 5,6% и 4,7% и 8,1% и 8,5% соответственно). Авторы предполагают, что вариабельность госпитальной летальности связана с изменениями функции яичников у женщин в перименопаузальном периоде [3]. В нашем исследовании не было пациентов с таким уровнем почечной недостаточности и находившихся на гемодиализе до операции. Инфекционный эндокардит в нашем исследовании почти в 3 раза чаще регистрировался у мужчин, что могло быть одной из причин того, что женский пол в нашем исследовании в отличие от указанного исследования не был связан с госпитальной летальностью ни в одной возрастной группе пациентов. Доля женщин среди всех пациентов с IV ФК в нашем исследовании также была выше (всего 79 пациентов с IV ФК из них 57% женщин и 43% мужчин).

Таким образом, и в нашем и в исследовании, выполненном на основании базы данных Society of Thoracic Surgeons имеются определенные различия в клинических показателях, структуре операций, продолжительности послеоперационного лечения между группами мужчин и женщин. В обоих исследованиях летальность среди женщин в целом была выше, различия в летальности по возрастным группам в нашем и сравниваемом исследовании могут быть обусловлены различиями в исходных клинических характеристиках пациентов и различиями в структуре операций. В нашем исследовании женский пол не являлся статистически и клинически значимым фактором риска госпитальной летальности, более значимыми факторами риска госпитальной летальности были возраст и продолжительность времени искусственного кровообращения. На показатели госпитальной летальности оказывают влияние многочисленные клинические и гендерно-возрастные факторы, статистическая значимость которых часто становится очевидной только в более крупных по объему выборки исследованиях.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Bhupathy P. Influence of sex hormones and phytoestrogens on heart disease in men and women (review) / P. Bhupathy, Chr.D.Haines, L.A.Leinwand // *Women's Health*. - 2010. - Vol.6. - №.1. - P.77-95
2. Giuseppe M. Gender determinants of cardiovascular risk factors and diseases/ P. Alessandra, Ch.Cadeddu et al.// *Journal of Cardiovascular Medicine*. - 2010. - Vol. 11. - P.207–220 (Issue 3)
3. Song H. K. Gender Differences in Mortality After Mitral Valve Operation: Evidence for Higher Mortality in Perimenopausal Women/ H.K.Song, Grab J. D. et al.// *Ann. Thorac. Surg.* - 2008. - Vol.85. - P.-2040-2045
4. Wendt D. /Society of Thoracic Surgeons Score Is Superior to the EuroSCORE Determining Mortality in High Risk Patients Undergoing Isolated Aortic Valve Replacement/ D.Wendt, B.R.Osswald et al.// *Ann. Thorac. Surg.* - 2009, Vol.88, №2. - P. 468 - 475.
- 5.

**ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

УДК 615.4:614.2+614.27 (575.2)

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ АПТЕК В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ**

*К.С.Чолпонбаев, Н.П.Муратова*

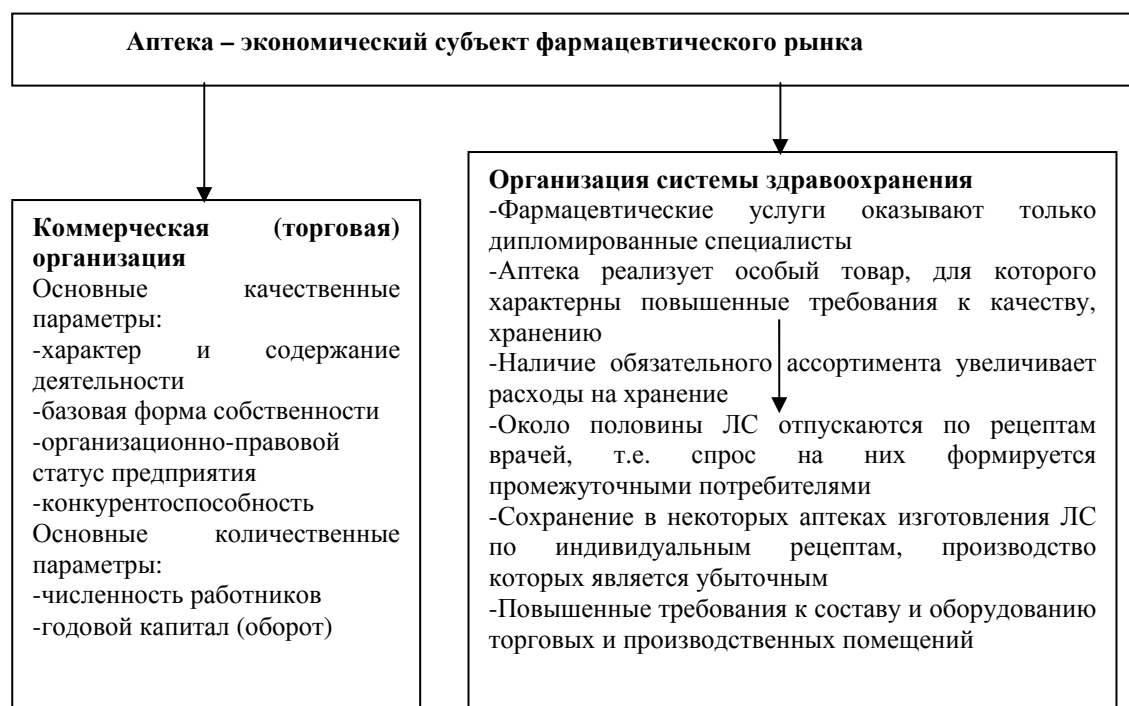
*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика*

**SUMMARY**

We are researching the results of financial and economy activity pharmaceutical organizations by observance working legislative and care. We are proved that the use development of the system management of pharmaceutical personnel keep the balance by master and their workers.

Было проведено исследование результатов финансово-хозяйственной деятельности предприятия на основании соблюдения трудового законодательства и охраны труда фармацевтических работников. Было доказано, что применение рекомендаций по совершенствованию системы управления фармацевтическим персоналом приводит к балансу интересов как работодателя, так и работника.

При анализе экономической деятельности необходимо помнить, что аптека является торговой (коммерческой) организацией, цель – которой – увеличение объема продаж фармацевтических товаров и получение прибыли. С этой точки зрения как любой субъект микроэкономики аптечная организация характеризуется качественными и количественными параметрами (рис1) [1].



Как организовать бесперебойное, эффективное ведение предпринимательской деятельности? Что для этого необходимо? Ясно, что не в последнюю очередь решение этой проблемы зависит от организации и условий труда в организации [2].

Улучшение условий труда имеет важное экономическое значение, так как создает условия для эффективного осуществления трудовых процессов. Оно является и существенным санитарно-гигиеническим фактором, оказывающим большое влияние на здоровье и работоспособность человека, продолжительность его жизни. Рационализация условий труда играет также большую социальную роль, повышая степень привлекательности работы, способствуя формированию творческого отношения к труду.

В условиях современного состояния, характеризующегося широкой кооперацией труда, тесной взаимосвязью технологических процессов и структурных подразделений предприятия, жесткое регламентирование времени работы, установление необходимой синхронности действий исполнителей является неременным условием нормального хода производства. Вместе с тем, чрезмерно продолжительная работа, игнорирование усталости резко противоречат воспроизводства рабочей силы и таит в себе угрозу преждевременного его износа, ни говоря уже о снижении экономических показателей [3].

Одним из серьезных просчетов, допущенных в процессе экономических преобразований, явилась недооценка роли организации и нормирования труда: функции норм затрат труда стали сводиться к одной – регулированию заработной платы. Однако опыт развитых рыночных экономик доказывает ошибочность подобной позиции. Организация и нормирования труда – важнейшие составляющие системы внутрифирменного управления, организации предпринимательской деятельности, эффективного использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов [4].

Нельзя не учитывать, что работник может попросить назначить ему выходной (отгул) в заданный день, взять отпуск (больничный лист), некоторые захотят работать без или с минимальным количеством выходных; что предприятие какое-то время может функционировать, используя только часть рабочих мест. При решении этой задачи необходимо учитывать массу деталей, причем не допуская нарушений Трудового кодекса [2].

Для обеспечения необходимого уровня трудовой активности администрация предприятия должна определить необходимый набор благ, который будет положен с основу мотивирования работников фармацевтических предприятий. Этот набор должен отражать все основные потребности и интересы человека. Организация труда должна быть такой, чтобы убедить работника в возможности удовлетворить свои интересы с доступными для него издержками: физических и моральных сил, времени, возможностью восстановить трудоспособность [5].

Как пишет О.С. Виханский, «вступая во взаимодействие с организацией, человек интересуется различными аспектами этого взаимодействия, касающимися того, чем он должен жертвовать для интересов организации, в каких условиях функционировать ... что будет давать ему организация и т.п. От этого и ряда других факторов зависят удовлетворенность человека взаимодействием с организацией, его отношение к организации и его вклад в деятельность организации» [6].

Следует помнить ценные указания Н. Е. Введенского о том, что «устают и изнемогают не столько от того, что много работают, а от того, что плохо работают».

В современных условиях работа в аптечных организациях имеет свои особенности: умственный характер труда – фармацевтическому персоналу в течение рабочего дня приходится выполнять всевозможные операции, требующими решения одновременно очень много задач с большим потоком информации; большой объем технической работы - при приеме рецепта на ЛС индивидуального изготовления фармацевт решает, например, такие задачи, как правильность выписывания доз, совместимость отдельных ингредиентов, проводить оформление квитанционного журнала, т.е. выполнять чисто технические работы; ограничение в разделении труда – чем меньше аптечная организация, тем большее число различных видов работ приходится выполнять фармацевтическому персоналу, так как в крупных аптечных организациях имеются возможности для разделения и специализации труда; высокое нервно-психологическое напряжение – специфика содержания труда работников аптечных организации обусловлена также тем, что в ходе работы они находятся в постоянном контакте с посетителями, поэтому аптечные работники должны соблюдать принципы деонтологии, быть этически выдержанными, терпеливыми, ровными и спокойными, они должны уметь создавать и поддерживать атмосферу доброжелательности и взаимного уважения; общение с людьми, как известно, связано с высоким нервно-психическим напряжением персонала; необходимость постоянного повышения квалификации – фармацевтические работники должны принимать участие в осуществлении профилактического направления здравоохранения и постоянно повышать свою квалификацию, чтобы быть высококвалифицированными специалистами, особенно в условиях уменьшения доступности медицинской помощи, когда население прибегает к активному самолечению как наиболее простому способу защиты здоровья.

Таким образом, функции, выполняемые аптечным работниками, сложны и многообразны, что определяет специфику их труда. Полноту использования трудовых ресурсов можно оценить по количеству дней и часов, отработанных одним работником на анализируемый период времени, а также по степени использования фонда рабочего времени. При этом увеличении потерь рабочего времени, вызванные разными объективными и субъективными обстоятельствами, не предусмотренными планом: дополнительными отпусками с разрешения администрации, заболеваниями работников с временной потерей трудоспособности, прогулами и т.д. приводят к ряду неблагоприятных последствий. Важной составляющей для каждой аптечной организации служит уменьшение потерь рабочего времени по причинам, зависящим от трудового коллектива, является резервом увеличения товарооборота, который не требует дополнительных вложений и позволяет быстро получить отдачу. Поэтому анализ использования рабочего времени завершают определением недополученного товарооборота и прибыли в связи с неявками и потерями рабочего времени. При этом определяют недоиспользованную численность работников из-за неявок по болезни и потерь рабочего времени, а также недополученный товарооборот и недополученную прибыль [7].

В настоящее время в рыночных условиях во многих фармацевтических организациях не соблюдаются штатные нормативы, удлиняется рабочее время, отсутствуют перерывы для отдыха и питания, не предоставляются оплаченные отпуска, пособия по временной нетрудоспособности и др. [8].

Известно, что в крупных аптечных организациях работают по 2 специалиста на один торговый зал, в то время как в мелкорозничной сети трудятся по 1 специалисту. В результате фармацевт, работающий в

аптечном пункте или киоске перерабатывает норму часов в неделю, иногда работает как в выходные, так и праздничные дни.

Наблюдаемые условия и режим труда отрицательно сказываются на состоянии здоровья фармацевта. Работник при длительной работе изо дня в день испытывает как физические (вынужденная рабочая поза, высокая или низкая температура, недостаточная освещенность, лекарственная пыль), так и психологические нагрузки (раздражительность посетителей, нервозность, конфликты). Наряду с выше перечисленными обстоятельствами и условиями труда на самого работника оказывают влияние ряд других факторов. У него появляются раздражительность, усталость, нарушается режим питания, отсутствие времени для обучения, несвоевременное формирование заказа и ассортимента, учащаются профессиональные заболевания, а в случае болезни сотрудника нет возможности своевременной адекватной замены.

В конечном счете, эти обстоятельства неминуемо приводят к ухудшению качества фармацевтических услуг населению. Одним из обстоятельств является то, что не только работник испытывает трудности от предложенных условий труда, но и аптечная организация имеет потери. Во-первых, товарооборот не увеличивается из-за простоев по болезни и отгулам; во-вторых, работа сотрудника не мотивирована, у него нет стимулов еще более эффективно и творчески работать на организацию. В – третьих, поскольку работник первого стола, непосредственно контактирующий с посетителями аптеки имеет более выраженное понимание товарного ассортимента и формирует заказы, отталкиваясь от своих наблюдений и предпосылок и требований посетителей, то данная функция им выполняется не на надлежащем уровне из-за нехватки времени. Большой риск того, что в таких аптечных организациях плохая трудовая дисциплина из-за частых отлучений во время работы (семейные, праздничные, дни болезни) и трудность замены в случае нарушения трудовой дисциплины, отпуска или болезни работника.

Учитывая все выше сказанное нами было проведено наблюдение в 2 аптечных пунктах площадью 20 кв.м ОсОО «Галенфарм», находящихся на рынках г. Бишкек. Аптечные организации оформлены соответствующим образом, имеются все необходимые условия и коммуникации для беспрепятственной работы, при этом режим работы установлен с 8 утра до 17 вечера. В выше указанных аптечных организациях до 2006 года работало по 1 специалисту с одним выходным днем, не учитывая праздники. С 2006 года приказом директора было введено по 2 человека, на одного из которых была возложена функция заведующего аптечным пунктом с выполнением дополнительных функций (снабжение, анализ, мониторинг, обучение и т.п.). Начиная с указанного периода времени систематизировались и обобщались показатели аптек (таблица 1).

В результате фармацевтическая компания получила увеличение товарооборота в 1,55 - 1,75 раз.

Таблица 1

Годы	Аптечный пункт №1		Аптечный пункт №2	
	Товарооборот тыс. сом	Темп роста	Товарооборот тыс. сом	Темп роста
2004	1290,0		1165,6	
2005	1212,1	0,94	1226,7	1,05
2006	1465,0	1,20	1493,0	1,21
2007	2088,2	1,42	2145,7	1,43
2008	2201,6	1,05	2307,8	1,07
2009	2270,2	1,03	2585,3	1,12

Кроме того введение в штат двух специалистов оказало влияние не только на экономические показатели, но и на социальную сторону жизни работников аптек. В результате достигается баланс интересов работодателя и работника. Таким образом, при предоставлении фармацевтической компанией социального пакета и соблюдения основ трудового законодательства по отношению к специалистам компания приобретает ряд преимуществ. В частности решаются экономические и социальные проблемы, компания становится более привлекательной в глазах специалиста. В связи с этим на основании полученных данных мы рекомендуем то, что в мелкорозничной сети в штате должны содержаться не менее двух специалистов - фармацевтов.

Таблица 2

**Положительные аспекты соблюдения трудового законодательства со стороны работодателя**

№ п/п	Фармацевт	Компания, фирма-владелец
1.	Соблюдение норм труда и социальная защищенность (плановый отпуск, больничный лист и т.п.)	Улучшение трудовой дисциплины Работа аптечной организации без выходных
2.	Время на обучение, участие во внутрифирменных совещаниях с руководством	Взаимный контроль, уменьшение недостачи
3.	Мотивация и совместная работа в команде	Появление мотивов и стимулов для эффективной работы
4.	Своевременное лечение, адекватная замена друг друга при различных	Уменьшение потерь рабочего времени поиском адекватной замены

	семе́йных обстоя́тельств	
5.	Время для формирования заказа, дефектуры	Улучшение снабжения аптек, ассортимента, анализа хозяйственной деятельности мелкорозничной сети
6.	Время для решения семейных проблем, своевременное лечение детей, время «на семью»	Отсутствие текучести кадров

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Управление и экономика фармации. В 4т. Т.3. Экономика аптечных организаций: Учеб. для студ. высш.учеб.заведений / [В.В. Дорофеева и др.]; под ред. Е.Е. Лоскутовой. – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 432 с.
2. Как оптимизировать многосменный режим работы / Пиликов Н.Е. // Человек и труд . – №10 .- 2003 – С. 79.
3. Маматов К.Р. Социально-экономические аспекты улучшения условий труда в рыночной экономике // Молодежь в условиях рынка: проблемы адаптации и ценностной ориентации. Мат.меж. науч. практич. конф.: - Ош. Ош. Технол. уни-т. 2000. С. 122-127.
4. Возрождение организации и нормирование труда – путь к повышению конкурентоспособности / Миускова Р.А. // Человек и труд. - №10 .- 2003. – С. 86.
5. Мотивация и стимулирование труда работников на промышленных предприятиях / Солодянкина О.В. // Менеджмент в России и а рубежом. - №2. – 2008. – С. 109.
6. Виханский О.С. Стратегическое управление: Учебник. – 2-е издание., перераб.и доп. – М.: Гардарики, 2002. С. 296.
7. Управление и экономика фармации: Учебник / Под ред. В.Л. Багировой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – С. 551.
8. Оценка уровня соблюдения норм трудового законодательства в аптечных организациях Кыргызской Республики / Чолпонбаев К.С., Муратова Н.П. // Известия Вузов, №5-6. – 2008.- С.88-90.

УДК: 615. 035: 616.12-008.331.1

#### СТРУКТУРА ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*З.А. Керимбаева*

*МКТУ им Х.А. Ясави, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

2008-2009 жылдар аралығында емхана жағдайында артериалдық гипертониялы науқастарға тағайындалған дәрілік заттардың құрылымы бағаланды, анықталғаны жылдар бір-бірінен ерекшеленбестен, негізгі тағайындалған ем, антигипертензивті топтардың 6 класын құрады.

#### SUMMARY

The structure of drugs were estimated, duet given to the patients with arterial hypertension at policlinic 2008-2009 years, and were was found out that, that the base of given drugs list is include 6 types antihypertensive groups. In deed Antihypertensive is based on protocols of diagnosis and therapy (2007y.).

Артериальная гипертония (АГ) остается самой частой патологией, встречающейся в деятельности практического врача [1].

Артериальная гипертония (АГ) является значительным фактором риска развития таких сердечно-сосудистых осложнений, как острый инфаркт миокарда, инсульт и сердечная недостаточность. Для минимизации кардиоваскулярного риска необходимо достижение устойчивого снижения артериального давления (АД) до целевых значений [2].

Рациональная фармакотерапия артериальной гипертонии решает стратегическую задачу вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и снижения смертности от них [3].

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Казахстан (РК) занимает одно из лидирующих позиций в странах СНГ. По данным НИИ кардиологии и внутренних болезней РК, показатель смертности от болезней системы кровообращения в нашей стране уже достиг больших цифр - 535 случаев на 100 тысяч человек населения. В республике зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляют 12% экономически активного населения страны [4].

Для лечения АГ применяется большое количество эффективных лекарственных средств. Этот факт обусловлен тем, что уровень артериального давления (АД) далеко не единственный фактор, определяющий прогноз и качество жизни пациентов, страдающих гипертонией. Установлена тесная взаимосвязь индивиду-



ального прогноза и поражения органов-мишеней, наличия сопутствующих факторов риска и сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Основная цель лечения АГ — максимальная степень снижения общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Система лечебных мероприятий складывается из немедикаментозных и медикаментозных методов воздействия [5].

Современные данные литературы указывают, что, несмотря на большое разнообразие антигипертензивных препаратов, применяемых для начальной терапии АГ, лечение одним лекарственным средством имеет достаточно низкую эффективность.

Комбинированная гипотензивная терапия имеет несомненные преимущества перед монотерапией, так как она воздействует на несколько патогенетических звеньев подъема АД. Подобный разнонаправленный механизм действия увеличивает вероятность нейтрализации основных факторов, ответственных за повышение АД, приводит к усилению гипотензивного эффекта и предупреждает развитие нежелательного компенсаторного ответа, который может проявиться как на фоне монотерапии каждым из компонентов комбинации, так и вследствие снижения АД. Вследствие этого, применение комбинации гипотензивных препаратов повышает приверженность к лечению больных с артериальной гипертензией [2].

Выбор комбинированной терапии обоснован воздействием на различные физиологические системы регуляции артериального давления, ослаблением контррегуляторных механизмов, направленных на повышение артериального давления, возможностью более быстрой и стойкой нормализации АД с уменьшением частоты нежелательных явлений [1].

В настоящее время наиболее часто назначаемой комбинацией лекарственных препаратов является назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) с диуретиками. Действительно, и в рекомендациях ВОЗ, и в рекомендациях Национального комитета по контролю, профилактике и лечению АГ (США), алгоритмах по диагностике и лечению АГ отмечается высокая эффективность и безопасность данной комбинированной терапии. Обоснованность ее использования определяется следующими моментами.

Во-первых, гипотензивные эффекты диуретиков во многом ограничиваются реактивной гиперинемией, выраженность которой значительно уменьшается при параллельном назначении ИАПФ.

Во-вторых, применение ИАПФ снижает активность ангиотензина II, в том числе и в отношении стимуляции выработки альдостерона. Это способствует обратному всасыванию калия, теряемому при назначении диуретиков.

В-третьих, применение диуретиков способствует росту уровня мочевой кислоты и глюкозы крови, значительно снижающемуся при совместном применении с ИАПФ.

В-четвертых, совместное применение ИАПФ и диуретиков способствует выведению натрия из организма [2].

Достигнуты определенные успехи в фармакотерапии АГ. Тем не менее, эффективный контроль АГ достигается крайне редко, о чем свидетельствуют высокие показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности у больных АГ в сравнении со здоровыми пациентами.

На сегодняшний день известны установленные рациональные комбинации; возможные рациональные комбинации; возможные, но менее рациональные комбинации; нерациональные комбинации и комбинации, рациональность которых требует уточнения [1].

Учитывая протоколы диагностики и лечения заболеваний за 2007 год, который предусматривает 6 основных гипотензивных средств: диуретики; бета-блокаторы; ингибиторы АПФ; антагонисты кальция; а-блокаторы; блокаторы рецепторов ангиотензина II, среди которых наиболее доказана эффективность комбинации тиазидовых диуретиков и бета-адреноблокаторов, а также ингибиторов АПФ и диуретиков. Медикаментозную терапию необходимо назначать с низких доз лекарственных средств, а при отсутствии эффективности или плохой переносимости заменять ЛС препаратом другой группы, но не следует пытаться увеличить дозу исходного ЛС или добавить к лечению другой препарат.

**Цель:** анализ и оценка назначений гипотензивных препаратов у больных с АГ на амбулаторном этапе в клинике МКТУ им. Ясави за 2008-2009 гг.

**Материалы и методы:** на базе поликлиники МКТУ им. Х.А. Ясави был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 930 больных, страдающих АГ, за 2008г. и 1142 больных за 2009 г. При этом за 2008 год АГ I степени (мягкая) диагностирована у 18 (1,9%) пациентов, у 122 (13,1%) больных- АГII степени (умеренная), у 790 (85,0%) пациентов- АГ III степени (тяжелая). В2009 году распределение распространенности АГ по степеням выявило следующие показатели: АГ I степени встречалось у 42 (3,7%) больных, АГII степени-236 (20,6%) пациентов, у 864 (75, 7%) больных - АГ III степени.

**Результаты и обсуждения:** за период 2008-2009 гг. в основу назначений вошли 6 классов лекарственных средств (ЛС) (с учетом комбинаций препаратов).

В таблице 1. представлена структура гипотензивных средств и их процентное соотношение в сравнении за 2008-2009 гг.

группа гипотензивных препаратов	лекарственное средство (ЛС)	кол—во ЛС		%		Всего ЛС (%) по группам	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009
ингибиторы АПФ	эналаприл	318	398	46,8%	45,5%	679 (38,4%)	874 (40,0%)
	каптоприл	201	286	29,6%	32,8%		
	берлиприл	46	49	6,8%	5,6%		
	моноприл	45	53	6,6%	6,0%		
	лизиноприл	42	49	6,2%	5,6%		
	фозиноприл	27	39	4,0%	4,5%		
Диуретики	фуросемид	258	298	46,5%	45,7%	555 (31,4%)	652 (30,0%)
	индапамид	201	233	36,2%	35,7%		
	верошпирон	58	72	10,5%	11,1%		
	гипотиазид	38	49	6,8%	7,5%		
бета-адреноблокаторы	конкор	186	201	51,3%	48,6%	363 (20,5%)	413 (19,0%)
	эгилок	135	156	37,2%	37,8%		
	атенолол	42	56	11,5%	13,6%		
антагонисты кальция	нипидол	57	69	48,3%	47,3%	118 (6,7%)	146 (6,7%)
	верапамил	27	37	22,9%	25,3%		
	кардиомепин	22	23	18,6%	15,8%		
	стамло	12	17	10,2%	11,6%		
агонисты центрального действия	физиотенз	32	39	72,7%	56,5%	44 (2,5%)	69 (3,3%)
	допегит	7	17	15,9%	24,6%		
	гунфацин	5	13	11,4%	18,9%		
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов II	лазортан	8	15	100%	100%	8 (0,5%)	15 (1,0%)
Всего:						1767 (100%)	2169 (100%)

Таблица 1. Структура назначения ЛС на амбулаторном этапе за 2008-2009 гг

В сравнении с 2008 годом количество назначенных лекарственных препаратов за 2009 год увеличилось, связано это, скорее всего, с увеличением количества больных АГ, численность которых предполагает присоединение к амбулатории клиники МКТУ им. Х.А. Ясави населенных пунктов «Айкап» и «Кайтпас».

Среди антигипертензивных групп на первое место за 2008 и 2009 гг. выступали ингибиторы АПФ: 2008 г. - 38,4%, 2009 г. - 40,0%; на второе место определились - диуретики: 2008 г. - 31,4%, 2009 г. - 30,0%; третьи - бета-адреноблокаторы: за 2008 г. - 20,5%, 2009 г. - 19,0%. Долю препаратов прочих фармакологических групп разделили антагонисты кальция, агонисты центрального действия и блокаторы ангиотензиновых рецепторов II, за 2008 год они применялись 6,7%, 2,5% и 0,5% соответственно; за 2009 год - 6,7%, 3,3% и 1,0%. Среди ингибиторов АПФ эналаприл применялся большим процентом за 2008-2009 гг. (46,8%, 45,5%), а наименьшим процентом - фозиноприл - 4,0%, 4,5% соответственно. Однако, на долю моноприла удельный вес за 2009 год, по сравнению с берлиприлом, составляет 6,0%, а берлиприла - 5,6%. В сравнении с 2008 годом, где удельный вес берлиприла превышает моноприл (6,8% и 6,6% соответственно), процентное соотношение обоих препаратов варьирует. В группе диуретиков удельный вес ЛС за 2008-2009 гг. распределился одинаково по распространенности\* применения: фуросемид (46,5% и 45,7%), индапамид (36,2% и 35,7%), верошпирон (10,5% и 11,1%), гипотиазид (6,8% и 7,5%). Среди бета-адреноблокаторов с наибольшей частотой применения за 2 года занимает конкор (51,3% и 48,6%), эгилок (37,2% и 37,8%), затем атенолол (11,5% и 13,6%). Удельный вес других антигипертензивных групп за 2008-2009 гг., практически, не менялся.

**Выводы:** в структуре фармакотерапии больных АГ на амбулаторном этапе за 2008-2009 гг. преобладают современные антигипертензивные ЛС. В целом, структура назначений гипотензивными препаратами за 2 года, не изменилась, лечение соответствует стандартам и протоколам диагностики и лечения заболеваний. Изучение структуры ЛС позволит определить прогноз сердечно-сосудистых осложнений АГ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Биртанов А.Б., Байзолданова А.Т., Алишева А.О., Туюкбаева Л.Д. Комбинированная терапия артериальной гипертензии /Медицина.-2004.-№5 С.40-41.
2. Джусипов А.К., Джунусбекова Г.А., Лигаи З.Н., Кучина Н.Н., Ибакова Ж.О. Влияние комбинированного гипотензивного препарата энап-Н на суточный профиль артериального давления и гипертрофию левого желудочка у больных артериальной гипертензией /Медицина.-2005.-№2 С. 21-24.
3. Laing R. Hogerzeil H.V. Ross- degnan D. Ten recommendations to improve the Us of Medicines in Deleloping Countries // Health Policy and Planning.-2001-№16.-P.13-20.
4. Бозгунчиев М.М. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний //Материалы научной конференции «Формирование здорового образа жизни- основной приоритет стратегии социального развития «Казахстан 2030».-Алматы, 2001.- С. 115-118.
5. Маколкин В. Лечение гипертонической болезни /Врач.-2005.-№2 С.12-15.

УДК

**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ЗИПРЕКС» НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ***Г.Ш.Карымсакова, А.А. Куттыходжаева**Южно-Казахстанский областной психоневрологический диспансер, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Бұл мақалада Зипрекса дәрі-дәрмегінің қолдануын көрсетілген. Бірақ та, «Зипректі» қант диабеті және асқазанасты безі бұзылымдары бар науқастараға байқап тағайындау керек екендігі дәлелденген.

## SUMMARY

That article analyses by effected of «Ziprex» preparation. But, caution should be exercised in the preparation of the «Ziprex» patients diabetes mellitus and pancreases function's.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 30% до 50% населения земного шара принимает те или иные нейротропные или психотропные средства. Современная психофармакология развивается весьма интенсивно как открытием новых лекарственных средств, так и расширением показаний к применению хорошо известных препаратов.

Врачи-психиатры в повседневной практике вооружены множеством эффективных психотропных средств различных групп. Одним из наиболее востребованных и широко применяемых в практике современной психиатрии средств являются нейролептики. Применение из этой группы психотропных средств препарата «Зипрекс» позволяет более оптимистично относиться к вопросу лечения психических заболеваний. И необходимость выявления влияния препарата на различные состояния организма при помощи лабораторных методов требует расширения исследований в этой области.

**Цель исследования** - изучить влияние препарата «Зипрекс» на содержание глюкозы в крови у больных в динамике терапии.

**Материалы и методы исследования.** Материалами для исследования служили пробы крови от стационарных больных в динамике лечения, методами – лабораторные методы исследования крови на глюкозу при помощи полуавтоматического анализатора с применением стандартных тест-систем.

Всего обследовано 40 пациентов, находящихся на стационарном лечении в областном психоневрологическом диспансере, из которых 37,50% составили мужчины и 62,50% - женщины. От всех пациентов при поступлении в стационар было получено информированное согласие на проведение исследования. Диагностическая оценка и клиническая квалификация психических расстройств проводились врачами-психиатрами в соответствии с Международной классификации болезней-10-го пересмотра (МКБ-10). Код диагноза по МКБ-10 – F 20.

**Результаты исследования.** Обследование пациентов на содержание глюкозы в крови проводили при поступлении и в динамике лечения через каждые 3 дня. Повторное обследование проходили только те пациенты, которые непрерывно получали антипсихотическую терапию препаратом «Зипрекс». Клиническое состояние пациентов характеризовалось преимущественно галлюцинозными-параноидной и аффективно-бредовой симптоматикой. Препарат «Зипрекс» применяли в дозировке - 10 мг 1 раз в сутки. Дополнительно пациенты получали азалептол (25,0 мг или 50,0 мг) или аминазин в поддерживающих дозах. Регистрировали побочные эффекты от лечения. Длительность лечения составляла от 6 до 8 недель. Результаты лабораторных исследований до начала терапии показало, что уровень глюкозы в крови у всех пациентов был в пределах нормы, то есть от 3,5 до 5,5 ммоль/л.

Улучшение состояния больных после лечения препаратом «Зипрекс» наступало уже через 6-7 дней. Сразу после наступления положительных эффектов, которые выражались в частичной редукции

галлюцинаторно-бредовой симптоматики, были повторно взяты лабораторные анализы крови на содержание глюкозы. Результаты лабораторных анализов через неделю после лечения показали, что из 15 мужчин только у одного больного (6,67%) было незначительное увеличение глюкозы в крови: до лечения – 4,8 ммоль/л, через 1 неделю от начала лечения – 5,7 ммоль/л. Из 25 женщин незначительное повышение глюкозы после лечения отмечалось у 3 больных (12,00%): 3,7 - 4,9 ммоль/л, 4,2 – 5,3 ммоль/л; 4,8 – 5,6 ммоль/л, соответственно. Среднее содержание глюкозы у них до лечения составило  $4,23 \pm 0,55$  ммоль/л, после лечения -  $5,26 \pm 0,35$  ммоль/л (рисунок 1).

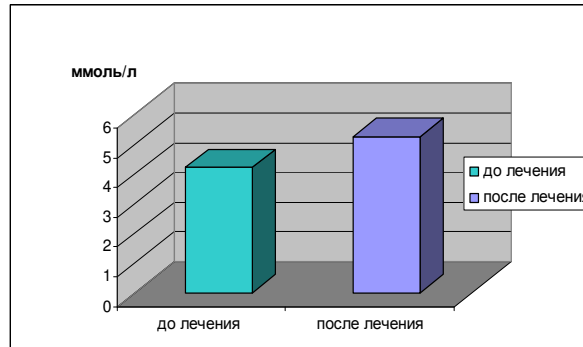


Рисунок 1 – Содержание глюкозы в крови

У больных с психическими заболеваниями в динамике лечения. Повышение уровня глюкозы у отмеченных больных было связано с наследственной отягощенностью сахарным диабетом. У всех остальных пациентов уровень глюкозы был в пределах нормы.

При дальнейшем лечении с применением препарата «Зипрекс» у больных отмечались заметные изменения, улучшались коммуникативные способности, уменьшалась апатия, повысился энергетический уровень, уменьшились явления эмоциональной отгороженности. На фоне улучшения состояния больных за период лечения было проведено многократное исследование (через каждые 3 дня) уровня глюкозы в крови, которое показало, что содержание глюкозы не повышалось, за исключением отмеченных пациентов с сахарным диабетом.

**Выводы.** Таким образом, комплексное применение препарата «Зипрекс» у больных с психическими заболеваниями на фоне терапии нейролептиками повышает эффективность лечения за счет редукции позитивной симптоматики. Результаты лабораторных исследований крови на содержание глюкозы у больных в динамике лечения показало, что при всей эффективности препарата «Зипрекс», следует соблюдать осторожность при назначении его больным с сахарным диабетом и с нарушениями функций поджелудочной железы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России.-М.: АстраФрамСервис, 1999, 2000, 2001 гг.
2. Одинак м.М., Вознюк И.А. Новое в терапии острой и хронической патологии мозга. – СПб., 1999.
3. Клиническая психиатрия (пер. с англ.) под ред. Т.Б. Дмитриева.-М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997.-496 с.
5. Нуллер Ю.Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988.

УДК 616.831-005+615.03

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРАКСОНА, АКТОВЕГИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*К.С. Дүйсенбиев*

*Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Актовегин мен цераксонды мидағы жедел қан айналымының бұзылуында қолданған кезде, науқастың жалпы жағдайының жақсаруына, коматозды кезеңнің қысқаруына, ошақты неврологиялық симптомдардың қалпына келуіне септігін тигізеді. Жоғары аталған дәрілердің ықпалының нәтижесінде мидың ісінуін едәуір азайтуға мүмкіндік береді.

#### SUMMARY

Application of ceraxson and actovegin in complex therapy of sharp infringement of circulation of the blood in brain leads to improvement of general condition, reduction of comatose period and accelerated regress of neurological symptoms. As a result of application of the given preparations extraordinary swells of head brain decrease.

Интенсивная терапия (ИТ) острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) не вызывает сомнения в связи с сохранением высокой степени летальности на госпитальном этапе. Лечение ОНМК,

особенно в остром периоде представляет сложную проблему, которая еще далека от решения. Основным направлением является борьба с ишемией головного мозга. Поскольку у больных с нарушением кровообращения часто наблюдается сочетание церебральной и кардиальной патологии, важно выбрать лекарственные препараты, которые не вызывают коронарной недостаточности. К ним, в частности, относят препараты Цераксон и Актовегин.

**Цель исследования :** - оценка эффективности действия Цераксона и Актовегина при лечении больных с ОНМК.

**Материал и методы.** Цераксон и актовегин были применены в комплексном лечении 22 пациентов. Из них с ишемическим инсультом – 9(41%), геморрагическим инсультом-13(59%). Возраст больных находился в пределах до 40-7 больных, от 40 до 60 лет-12, старше 60 лет-3 больных. Клиническая оценка состояния больных проводилась непосредственно перед началом лечения и в последующие дни нахождения в отделении интенсивной терапии.

Клинический осмотр пациентов перед началом лечения проводился для тщательного выявления патологических симптомов и синдромов, характерных для ОНМК. Клиническая оценка состояния складывалась из неврологического статуса, оценки нарушения сознания по шкале Глазго, КШС, газового состава крови, уровня осмолярности плазмы и результатов компьютерной томографии (КТ).

**Результаты и обсуждение.** Лечение больных основывалось на проведении комплекса мероприятий, направленных на борьбу с гипоксией нарушениями дыхания и сердечнососудистой системы, отеком мозга.

В нашей клинике было подтверждено, что введение цераксона (1000-2000 мг/сутки), а также включение актовегина (1000 мг/сутки) в комплексное лечение ОНМК увеличивает вероятность улучшения состояния больного. В первый 24 часа после инсульта и в последующие 10 дней применение цераксона и актовегина существенно сокращает длительность коматозного периода, ускоряет восстановление двигательных и сенсорных реакций, улучшает нейропсихологические характеристики, кроме того, цераксон, по данным КТ непосредственно уменьшает выраженность отека головного мозга у больных с инсультом. Причем максимальный терапевтический эффект получен при применении дозы цераксона 2000 мг/сутки и актовегина 1000 мг/сутки у 11 пациентов.

**Выводы.** Таким образом, включение в комплекс интенсивной терапии ОНМК цераксона и актовегина приводит к улучшению общего состояния, сокращению коматозного периода и к ускоренному регрессу очаговых неврологических симптомов у данной категории больных. В настоящее время мы накапливаем опыт использования этих препаратов у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, результаты которого будут предметом последующих сообщений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Черний В.И, Островая Т.В, Андропова И.А. Оценка реактивности цнс при сочетанной применении Актовегина и Цераксона у пациентов с острой церебральной недостаточностью различного генеза. Киев.2007 т.15 вып 1(50)с 133.
2. Островая Т.В, Черний В.И. Церебропротекция в аспекте доказательной медицины. // Медицина неотложных состояний // Киев 2007 N 2 (9) с 48-53.
3. А.Танович,В.Альфаро,Х.Секадес. Цераксон в лечении травматической поражения мозга. Барселона.2004 40 с 1-18
4. И.Тазаки,Ф.Сакай,Е.Отомото,Т.Куцузава.Многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование применение цераксона для лечения острого церебрального инфаркта. Токио 1988.19 с 11-16.

УДК 616.12-008.331.1+615.03+616-089.163:616-089.5-031.81

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНАП В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ И ВЕДЕНИИ НАРКОЗНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*К. С. Дуйсенбиев*

*Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

АПФ ингибиторы эналаприл қазіргі таңда жедел ота жүргізу кезінде қан қысымы жоғары науқастарда емдеу барысында кеңінен қолданылатын дәрі болып табылады. Отаудан кейінгі кезеңде қан қысымын 2-3 күн бойы қалыпты жағдайда ұстап тұрады.

#### SUMMARY

Thus, preparation ENAP used by us, which gives an opportunity to correct arterial pressure before preparation for operation and realization of anesthetization period of the patients suffering from arterial hypertension, which positively affects the process of anesthetization period and result of the cure.

Среди сопутствующих заболеваний артериальная гипертензия, по данным разных авторов, встречается у 20,5% больных подвергающихся оперативному лечению. Если в практике плановой хирургии обычно

возникает о тактике в отношении гипотензивной терапии (её отмене иерея операцией или продолжение), то в практике экстренной хирургии и анестезиологии такой вопрос не существует.

Предоперационная медикаментозная подготовка у больного с артериальной гипертензией даже при экстренных показаниях к операции желательна.

Нами в предоперационной подготовке и в ведении наркозного периода у больных с артериальной гипертензией применяется в течении двух лет препарат ЭНАП внутривенно капельно.

Эналаприлат является метоболитом эналаприла-ингибитора АПФ. Уменьшает образование ангиотензина II из ангиотензина I. Снижает общее периферическое сопротивление, артериальное давление, пред и пост нагрузку на миокард. Время наступления эффекта после внутривенного введения 5-15 минут.

**Материал и методы.** Из практического опыта следует, что накануне операции вечером больному с артериальной гипертензией внутривенно капельно в течение 40 минут производится инфузия раствора ЭНАП в дозе 0,625 мг внутривенно капельно на 200,мл 0,9% раствора натрия хлорида, под контролем АД.

Если вовремя анестезии отмечается подъемы артериального давления, нами производится внутривенно капельно, что на практике позволяет регулировать артериальное давление.

В послеоперационном периоде в течение 2-3 суток артериальное давление у больных, получавших ЭНАП внутривенно капельно должна сохраняться в пределах 120-130/80 мм.рт.ст.

На третьи сутки следует принимать ингибиторы АПФ перорально.

**Выводы.** Таким образом, нами использован препарат ЭНАП, позволяющий корректировать артериальное давление в предоперационной подготовке и введении наркозного периода у больных страдающих артериальной гипертензией, что положительно влияет на течение наркозного периода и исхода лечения. За период использования препарата осложнений не наблюдалось.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н, Мареев В.Ю, Агеев Ф.Т. Медикаментозные пути улучшения прогноза больных хронической сердечной недостаточностью. Москва "Инсайт"1997 80 стр.
2. Агеев Ф.Т. "Хроническая сердечная недостаточность" Кардиология N12 с 54-55.
3. Арабидзе Г.Г, Белоусов Ю.Б, Карнов Ю.Л. Артериальная гипертония "Справочное руководство по диагностике и лечению". Москва 1999 40 стр.
4. Сидоренко Б.А, Преображенский Д.В. Москва 1997 стр 9-10.

УДК 615.011

#### ХИМИЧЕСКИЕ ИЛИ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

*А. Сатыбалдиева*

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

#### ТҮЙІН

Қазіргі таңда сырқаттап қалсаңыз дәрігерлерден бір бума қағаз – рецептермен шығасыз. Ал, сол дәрілерді бір мезгілде барлығын бірдей қабылдайтын болсақ, олар біздің ағзамызда бір – бірімен әрекетке туседі. Яғни, ол әрекеттердің біздің ағзамызға жақсы және нашар әсері бар екенін бізді толғандыру керек.

У пациентов после посещения врача часто на руках оказываются несколько рецептов. Чтобы быстро и всесторонне воздействовать на болезнь, врач, порой назначает сразу несколько препаратов, причем сочетания препаратов могут быть самыми различными. Следует сообщать врачу обо всех препаратах, которые были назначены ранее другими специалистами, и принимаемых больными в настоящее время. Существенным фактором является и то, что многие препараты, которые мы приобретаем в аптеках, являются комбинированными, то есть содержат несколько действующих веществ. А лекарства – это химические вещества, которые могут вступать во взаимодействие друг с другом, конкурировать за места связывания или быть несовместимыми (то есть усиливают или ослабляют фармакологические действия, в том числе побочное).

Одновременное применение нескольких лекарств может вызвать эффект, отличающийся по силе, длительности и даже по характеру действия от наблюдаемого при их раздельном использовании – это называется взаимодействием лекарств.

Взаимодействие может проявляться уже на этапе всасывания лекарств. Так, средства, нейтрализующие соляную кислоту (антациды), активированный уголь или другие адсорбирующие вещества, а также ионообменные смолы (например, колестирамин) могут связывать принимаемые одновременно с ними лекарства, не позволяя им всасываться в кровь. Естественно, что терапевтический эффект при этом ослабляется или не наступает совсем. На этапе всасывания могут образовываться и неактивные комплексы, что также препятствует лечебному действию препаратов. Примером этого может служить связывание тетрациклинов с ионами железа, кальция или магния. Лекарства, которые изменяют кислотность в желудочно-кишечного тракте,

могут влиять на скорость и полноту всасывания веществ, являющихся слабыми кислотами или слабыми основаниями. Известно, что такие вещества всасываются тем лучше, чем меньше степень их ионизации и, следовательно, выше растворимость в жирах. На всасывание лекарств влияет интенсивность волнообразных сокращений, перемещающих содержимое пищевода, желудка и кишечника по желудочно-кишечному тракту (перистальтика). Лекарства, усиливающие перистальтику, ухудшают всасывание других лекарств, а уменьшающие – улучшают его.

Распределение лекарств в организме, их превращение (биотрансформация) и выведение – следующие этапы, на которых может проявляться их взаимодействие. Мы уже говорили, лекарства связываются с белками крови и за счет этого разносятся по всем органам и тканям. Если одно вещество вытесняет другое из его комплекса с белком, то концентрация последнего в плазме и тканях повышается, а фармакологическое действие усиливается. Например, средства, обладающие выраженной противовоспалительной активностью и оказывающие обезболивающее и жаропонижающее действие (нестероидные противовоспалительные средства) высвобождают из комплекса с белками крови сахароснижающие лекарства типа толбутамида, что может привести к резкому понижению содержания глюкозы в крови вплоть до потери сознания и расстройства жизненно важных функций организма. Взаимодействие лекарств может происходить на стадии биотрансформации, если препараты принимаются в комбинации с другими лекарствами, способными повысить или подавить активность ферментов печени. Аналогичные явления имеют место и на пути выведения, главным образом в почках, где скорость выведения многих лекарств из организма зависит от реакции мочи. Наиболее распространенным типом лекарственного взаимодействия является конкурентная борьба лекарств за места связывания на клеточных мембранах. При этом одно лекарство может усиливать или ослаблять действие другого.

Усиление конечного эффекта называют синергизмом, который может появляться либо за счет простого суммирования эффектов, либо за счет потенцирования действия. Во втором случае общий эффект может превышать простую сумму эффектов обоих лекарств, иногда даже значительно. Так происходит, например, при одновременном применении лекарственных средств, тормозящих функции центральной нервной системы, например, антипсихотических средств, или нейролептиков, совместно с наркозными средствами, эффект которых значительно усиливается. Синергизм может быть прямым, если оба лекарства действуют на один и тот же биологический субстрат, или косвенным, когда локализация их действия различна. Например, ноотропное средство пирацетам – в пожилом и старческом возрасте усиливает действие антиангинальных препаратов, снижает потребность в нитроглицерине. Повышает эффективность антидепрессантов. Ослабление или угнетение действия одного лекарства другим, принимаемым одновременно, называют антагонизмом. Это довольно широко встречающийся тип лекарственного взаимодействия, который врачам приходится учитывать при назначении нескольких лекарств. Например, при совместном применении пенициллина и тетрациклинов противомикробное действие пенициллина ослабляется, так как он разрушает только делящиеся клетки микробов, а тетрациклин подавляет их деление.

Химические или физико-химические взаимодействия лекарств приводят к образованию соединений, отличающихся по активности от исходных. Мы уже упоминали о таком типе взаимодействия, рассматривая механизм действия адсорбирующих веществ и других соединений, способных образовывать комплексы. Этот тип взаимодействия часто используют при лечении передозировки или отравлений лекарствами. Есть еще один вид взаимодействия лекарств, который называют фармацевтической несовместимостью. Речь идет о таких случаях, когда в процессе изготовления, хранения или смешения лекарств в одном шприце компоненты смеси вступают во взаимодействие и наступают изменения, делающие препарат непригодным для использования. В основе такой несовместимости также лежат химические, физико-химические или физические взаимодействия компонентов. Например, разная растворимость в используемом растворителе, коагуляция (“свертывание”), адсорбция и другие процессы. Таким образом, возможности лекарственного взаимодействия весьма разнообразны.

При разработке комбинированных препаратов и их производстве в промышленных условиях стараются учесть все возможные варианты взаимодействия, и применяемые в одной форме лекарства не имеют нежелательных реакций. Возможна и обратная ситуация: комбинации различных лекарств нередко используют для усиления терапевтических эффектов или устранения нежелательного действия. Так, вместе с антибактериальными средствами в одну лекарственную форму включают стероидные гормоны (кортикостероиды) или противогрибковые средства. Такая комбинация относится к числу целесообразных. Некоторые психотропные средства могут значительно усиливать обезболивающее действие наркотических анальгетиков, и это тоже учитывается в медицинской практике.

Предвидеть все возможности взаимодействия на этапе разработки препарата невозможно. Специалисты-разработчики постоянно отслеживают все возникающие случаи взаимодействия и включают соответствующие предупреждения в инструкции по применению препарата. Но в некоторых случаях, особенно когда препарат новый, данные о возможных взаимодействиях с другими лекарствами появляются уже в процессе применения. Больным вынужденным принимать несколько препаратов, следует проконсультироваться об их возможных взаимодействиях у лечащего врача. Предвидеть возможное взаимодействие лекарств при их одновременном назначении – это задача врача. Только он, обладая достаточными знаниями и опытом, может

предотвратить нежелательные последствия от совместного приема нескольких лекарств, разделив по времени их прием или выбрав комбинации с минимальным уровнем взаимодействия. Пациенту важно знать, что такие случаи возможны, и предупреждать врача обо всех назначенных ему другими врачами-специалистами лекарствах.

Не следует пытаться самостоятельно назначать себе дополнительное лечение. Обязательно нужно проконсультироваться с врачом, даже если речь идет о безобидных на первый взгляд безрецептурных средствах от насморка, кашля или других легких недомоганий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей. – М.: Универсум, 1993. – 398 с.
2. Горячкина Л., Ещанов Т., Коган В. и др. Когда лекарство приносит вред. – М.: Знание, 1980.
3. Каркищенко Н.Н. Фармакологические основы терапии: Руководство и справочник для врачей и студентов. – М.: ИМП-Медицина, 1996. – 560 с.
4. Крылов Ю.Ф., Бобырев В.М. Фармакология. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 352 с.
5. Кудрин А.Н. Лекарства не только лечат... – М.: Знание, 1971.
6. Кудрин А.Н., Пономарев В.Д., Макаров В.А. Рациональное применение лекарств: серия “Медицина”. – М.: Знание, 1977.
7. Современная медицинская энциклопедия. / Под ред. Р. Беркоу, М. Бирса, Р. Боджина, Э.Флетчера. Пер. с англ. под общей ред. Г.Б. Федосеева. – СПб.: Норинт, 2001 – 1264 с.: ил.
8. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник. – 6-е изд., перераб. и доп. – М: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 664 с.
9. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Гл. ред. Б.В. Петровский. В 3-х томах – М.: Советская энциклопедия, 1982. – Т. 1, 2, 3.

УДК 616-082:615.363

#### ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ ӨРШУ КЕЗЕҢІНДЕ КЛАРИТРОМИЦИНДІ ҚОЛДАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІН БАҒАЛАУ

*Ж.К.Нурмышев*

*Шардара аудандық орталық клиникалық аурухана, Шардара қаласы ОҚО*

#### РЕЗЮМЕ

Анализ результатов вышеуказанных материалов показывает, что длительный прием малых доз кларитромицина безопасен, эффективность препарата, которая заключается в улучшении клинического течения хронической обструктивной болезни легких, сокращении количества обострений и улучшении показателей внешнего дыхания, дает основание широкому применению этого препарата в клинической медицине.

#### SUMMARY

Analysis of results of the above – stated shows that long reception of small doses of clarytromycin is safe, effects of a drug which consists in enriching of clinical flow of chronic obstructive pulmonary disease, reduction of quantity of exacerbations and enriching of indexes of an external respiration yields the establishment to wide application of this drag in practical activities of doctors.

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бойынша нұсқауларда (GOLD) бұл аурудан емдеудің негізгі міндеттеріне ауру белгілерін және оның өршу жиілігін азайту, науқастың дене жүктемелеріне төзімділігін, өмір сүру сапасын арттыру, аурудың асқынуы мен өршуінің алдын алу және тиімді емдеу, өлім көрсеткіштерін төмендету жатады. Аурушандық құрылымында өкпенің созылмалы обструктивті ауруы еңбекке жарамсыздыққа, мүгедектікке әкеліп соқтыратын алдыңғы шептегі аурулар тобына жатады, сонымен қатар өлім көрсеткішіне әсер ететін себептер ішінде төртінші орын алып отыр. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы тұрғындардың ең белсенді бөлігі арасында уақытша және тұрақты еңбекке жарамсыздық тудыруы салдарынан елге айтарлықтай экономикалық шығын әкеледі.

Ресейде эпидемиологиялық маркерлерді қолдану арқылы жүргізілген есептеулер нәтижелері өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен 11 млн адам ауырады деген болжам жасады. Дегенмен ресми медициналық статистика бойынша олардың саны 1 млн-ға жуық. Бұл аурудың соңғы сатыларында анықталуымен және қазіргі ең жетілдірілген емдеу бағдарламаларының өзі ойдағыдай нәтиже бермеуімен, аурудың ары қарай өршуі, оның салдарынан туындайтын өлім көрсеткіштерінің төмендемей отырғандығымен түсіндіріледі.

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруын созылмалы тыныс жетіспеушілігін күшейтетін қайтымсыз баяу үдемелі бронх обструкциясы анықтайды. Бұл ауруды шеткі тыныс жетіспеушілігін сипаттайтын (алғашқы 1 секундтағы ең жоғарғы дем шығару көлемі < 1,5 л немесе қажетті шаманың 30%) белгілер



жиынтығы, демек бронх обструкциясының қайтымдылығының жоғалуына, өкпелік жүрек дамуына әкеліп соқтыратын үдемелі ауру деп қарастырады [1].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы ауырлық дәрежесіне қарамастан тыныс жолдарының шеткі бөліктерінің созылмалы қабынуымен сипатталады. Бұл аурудағы қабыну процесі биомаркерлері миелопероксидаза, нейтрофилді эластаза белсенділігі жоғары нейтрофилдер болып табылатындығымен және протеолиз-антипротеолиз, оксиданттар-антиоксиданттар жүйесіндегі тепе-теңдік бұзылуымен ерекшеленеді. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының негізгі клиникалық белгілері: әртүрлі дәрежедегі жөтел, тыныс жетіспеушілік және қақырық пайда болуы.

Сыртқы тыныс қызметі тыныс жолдарындағы обструкцияның қайтымсыздығын көрсететін өкпенің газ алмасу қызметінің біртіндеп бұзылуы және тыныс жолдарындағы үдемелі кедергі салдарынан дем шығарудың ең жоғарғы жылдамдығының төмендеуімен жүретін вентиляциялық бұзылыстың обструктивті түрімен сипатталады. Науқастар медициналық көмек көрсету орындарына аурудың өршу кезеңінде ғана қаралады. Мұндай жағдайларда науқастар тек қосымша ем ғана тағайындаумен бірге ауруханаға жатқызуды да қажет етеді. Аурудың өршуі өкпенің созылмалы обструктивті ауруына тән белгі және аурудың ауырлық дәрежесі артқан сайын үдемелі өршу байқалады. Аурудың жиі өршуі науқастардың өмір сүру сапасын төмендетеді, сонымен қатар өршудің ауыр түрлері жиі өлімге әкеліп соқтыратын негізгі себепке жатады [2].

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуін сипаттайтын жалпы қабылданған анықтама әлде де жоқ. Жақын арада өкпе аурулары бойынша АҚШ және Еуропа мамандарының Жұмыс Тобы келесі анықтаманы ұсынды: салыстырмалы түрдегі ұзақ уақыт бойы (24 сағаттан ұзақ) науқастың күйі нашарлауы, аурудың ауыртпалық ағымы қалыпты тәуліктік ауытқу шегінен шығып емдеу схемасын өзгертуді қажет етуі өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуі деп есептеуге болады. Бронхтар инфекциясы өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуінің негізгі себебі болып табылады.

Бактериялық патогендер өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршуі кезеңіндегі 50-60 % науқастарда анықталған. Аурудың өршу кезеңінде бактериялардың ішінде *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* және *Moraxella catarrhalis*, *P. Aeruginosa* жиі орын алады, сонымен қатар *Chlamydomphila pneumoniae* және *Mycoplasma pneumoniae* сияқты атипиялық жасушаішілік патогендер де кездеседі. Осыған байланысты антибактериялық препараттардың әсер ету спектрі анықталады [3].

Тәжірибелік медицинада науқастарға антибактериялық препараттарды қолдану іріңді қақырықтың болуына, оның бөліну мөлшері ұлғаюына және тыныс жетіспеушіліктің үдеуіне негізделеді. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршу кезеңінде антибиотиктерді тиімді таңдау өте маңызды мәселе. Аурудың өршуін тудыратын патогендер спектрін ескере отырып бета – лактамды антибиотиктер, макролидтер және фторхинолондар жиі қолданылады. Соңғы жылдары қауіпсіздігі, кең спектрлі әсерлеріне байланысты кларитромицин, азитромицин сияқты макролидтердің соңғы туындыларына көп көңіл бөлініп жүр.

Бұл препараттар әсіресе *Streptococcus pneumoniae* және *Moraxella catarrhalis* бактерияларына қатысты жоғарғы белсенділік қасиеттерімен белгілі. Кейбір зерттеушілер тыныс жолдарында *Streptococcus pneumoniae* созылмалы тұрақтануы созылмалы бронхиттің жиі өршуінің негізгі себебі деп есептейді. Сонымен қатар кларитромицин көптеген атипиялық қоздырғыштарға қарсы да жоғарғы нәтижелілік көрсететіні белгілі.

Көптеген зерттеулер нәтижесі өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршу кезеңінде клиникалық нәтижелілігі жағынан макролидтер бета-лактамыр мен респираторлық фторхинолондардан кем емес нәтиже көрсететіні дәлелдеп отыр. Қазіргі таңда макролидтердің антибактериялық әсерлерімен қатар клиникалық маңыздылығы өте зор қосымша қасиеттері де дәлелденген. Оларға мукорегуляторлық, антиоксиданттық және қабынуға қарсы әсерлері жатады.

Біз орташа жасы  $58,8 \pm 4,6$  аралығындағы орташа ауырлық дәрежелі өкпенің созылмалы обструктивті ауруының жиі өршуі байқалатын 21 науқасты бақылауға алдық. Науқастар аурудың өршу кезеңінің алғашқы 2 аптасында кларитромицинді 500 мг-нан тәулігіне 2 реттен қабылдады, сонан соң қалған 6 апта бойы тәулігіне 250 мг-нан 1 рет қабылдау ұсынылды. Емдеудің бұл схемасы айқын нәтижелілік көрсетті. Барлық бақылауға алынған науқастарда препараттың кері әсері байқалмады. Сонымен қатар науқастардың өмір сүру сапасы жақсарды, аурудың өршу жиілігі азайды  $4,2 \pm 0,3$  до  $1,5 \pm 0,3$  ( $p < 0,001$ ), қызметтік көрсеткіштер (алғашқы 1 секундтағы ең жоғарғы дем шығару көлемі қажетті шамадан  $52,15 \pm 17,27\%$  деңгейді көрсетті  $50 \pm 6,2$  деңгейдегі емдеу алдындағы көрсеткішпен салыстырғанда) тиімді өзгерді. Препараттың тиімді әсері оның антибактериялық әсерімен бірге антиоксиданттық, мукорегуляторлық, қабынуға қарсы әсерлерінің де нәтижесі болуы ықтимал.

Жоғырыда талданған зерттеулер нәтижелері кларитромицинді ұзақ уақыт аз мөлшерде қабылдаудың қауіпсіз екендігін, аурудың өршу жиілігінің азаюы және сыртқы тыныс көрсеткіштерінің жақсаруы бұл препараттың клиникалық нәтижелілігін көрсетті.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание. Пульмонология. 2007; 2: 104-113
2. Agusti A.G.N. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease Proc. Am.Thorac. Soc.2005, 2: 367-370
3. Dourado V.Z., Tanni S.E., Vale S.A. et al. Systemic manifestation in chronic obstructive pulmonary disease J.Bras. Pneumol.2006, 32 (2), 161-171

УДК: 616.24-008.41:616.9

**КАШЕЛЬ - ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ И СИМПТОМ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

Д.А.Жумадилова

Южно-Казахстанская областная детская больница, г. Шымкент

**ТҮЙІН**

Бұл мақалада педиатрдың күнделікті жұмысында жиі кездесетін жөтелдің клиникалық сипаттамасы берілген. Созылмалы жөтелдің емдік диагностикалық алгоритмі сипатталған. Дәстүрлі жөтелге қарсы еммен салыстырмалы (50 және 100 бала), стодаль препаратын (Буарон Лабораториясы) жөтелдің жедел (1-15 жастағы 50 бала) және созылмалы түрінде (3-15 жастағы 101 бала) қолданудың нәтижелері жарияланған.

Стодаль препаратының керемет клиникалық әсерімен төзімділігі көрсетілген.

Кілтті сөздер: *Жедел және созылмалы, балалар, жасөспірімдер, гомеопатикалық препарат Стодаль.*

**SUMMARY**

Authors discuss main characteristics and origins of cough and emphasize most typical clinical situations in practice of pediatric otolaryngologist and describe diagnostic and therapeutic algorithms in cases of chronic cough. They present results of homeopathic medicine Stodal (Boiron laboratory, France) usage in cases of acute cough (50 children aged 1-15 years) and chronic cough (100 children aged 3-15 years) in comparison with routine anti-cough therapy (50 and 100 patients). The study proved good clinical efficacy and safety of Stodal.

*Key words: children, cough, anti-cough drugs, homeopathic drugs.*

Рассматривая процесс заселения живыми существами территории нашей планеты в историческом аспекте, приходится констатировать, что существующие ныне виды обладают самыми мощными защитными механизмами. Проблема защиты от меняющихся условий внешней среды актуальна и поныне. В последние годы все шире рассматривают образование биопленок патогенными микроорганизмами - это новая форма их ответа на применение современных антибактериальных препаратов. Человек использует для этого достижения технического прогресса, однако у этой медали есть обратная сторона - все чаще и чаще раздаются призывы различных экологических организаций остановиться и подумать, какое влияние оказывает технический прогресс на окружающую среду. Поскольку лишь малая часть трудоспособного населения откликнется на призыв отказаться от использования аэрозолей, личного автотранспорта, оргтехники, основной процент будет продолжать жить и работать в условиях мегаполисов.

Согласно исследованиям последних лет, неблагоприятные условия окружающей среды являются предпосылками развития нервно-психических заболеваний, роста детской заболеваемости. Экологический мониторинг показывает увеличение числа аллергенов, с которыми человек практически ежедневно сталкивается в быту; а из-за загрязнения атмосферы диоксидами число заболеваний органов дыхания (в том числе бронхиальной астмой) среди детей возросло в несколько раз. Поэтому вопросы лечения и профилактики различных заболеваний не теряют свою значимость.

Превентивная и профилактическая медицина -интереснейший раздел медицины, где рассматриваются в том числе и защитные механизмы человеческого организма и обсуждаются возможности их использования в практических целях. Не имея возможности обсудить эту проблему целиком, остановимся на вопросе защиты верхних дыхательных путей (ВДП) от проникновения патогенных организмов. Дыхание - одно из необходимых условий поддержания жизнедеятельности организма, поэтому эпителий дыхательных путей (ДП) первым встречается с различными чужеродными примесями вдыхаемого воздуха, в том числе и с патогенными микроорганизмами. Благодаря мукоцилиарному клиренсу, все посторонние частицы осаждаются слизью, вырабатываемой бокаловидными клетками, и транспортируются из полости носа и околоносовых пазух в глотку. Кроме того, удалению повышенного количества секрета из полости носа и/или чужеродных агентов способствуют рефлекторные акты - чихание и/или сморкание. Следует обращать внимание родителей на необходимость вырабатывать умение сморкаться у детей, начиная с раннего возраста.

Механизм мукоцилиарного клиренса нарушается при любой вирусной инфекции, однако выраженность нарушения зависит от массивности и длительности воздействия патогенного фактора. Своевременно начатое адекватное лечение позволяет восстановиться высокодифференцированным реснитчатым клеткам. Реснитчатый эпителий выстилает не только полость носа и околоносовых пазух. Этот вид эпителия характерен для всей дыхательной трубки. Говоря о гортани, трахее и бронхах, заметим, что на этом уровне кашель является рефлекторным защитным механизмом, физиологическая роль которого состоит в очищении ДП не только от секрета, но и от посторонних веществ, попавших в организм извне. Приводим пример инородного тела гортани, самостоятельно удаленного при кашле 8-месячным ребенком. Справедливости ради заметим, что, к сожалению, у детей отмечаются и длительно стоящие инородные тела гортани, а также нижележащих отделов ДП.

Описывая кашель, отмечают следующие его характеристики: *длительность* - в настоящее время присутствует некоторое разночтение, но большинство специалистов используют следующую градацию кашля: острый (менее 3 недель), подострый (от 3 до 8 недель), хронический (более 8 недель); *время появления* - утренняя,

дневной, вечерний, ночной; *характер* — продуктивный («влажный») и непродуктивный («сухой»); *ритм* (покашливание, серия кашлевых толчков, приступообразный); *тембр* (короткий, лающий, сиплый и беззвучный). Кашель может являться и симптомом ряда заболеваний. Причины, вызывающие кашель, многообразны. Патология различных органов и систем проявляется кашлем. Многообразие характеристик помогает врачу в постановке правильного диагноза.

С точки зрения педиатра и оториноларинголога, целая группа причин, вызывающих кашель (особенно хронический), объединена понятием PNDS (post nasal drip syndrome) - синдром постназального затекания. Этот синдром объединяет воспалительные процессы в носоглотке, полости носа, околоносовых пазухах, при которых патологическое отделяемое, стекая из полости носа по задней стенке глотки, попадает в гортаноглотку, запуская афферентную часть дуги кашлевого рефлекса. Кашель обычно возникает ночью, так как днем в вертикальном положении тела слизь, стекая в гортаноглотку, рефлекторно проглатывается, не вызывая кашель. По сути дела, кашель при PNDS сухой, но больные, характеризующие его, описывают его как продуктивный.

Следующей по частоте причиной кашля называют гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, далее — воспалительная патология нижних ДП. Причины хронического кашля представлены в таблице.

<b>Наиболее общие причины</b>	
Вирусная инфекция ВДП	Хронизация может быть обусловлена непрерывно-рецидивирующими эпизодами ОРВИ
Гиперреактивность ДП	Почти всегда является следствием вирусной инфекции
<b>Общие причины</b>	
Респираторный аллергоз	Обычно связана с гиперреактивностью ДП
Синдром постназального затекания	Стекание слизи по задней стенке глотки вызывает кашель
Ирритативный кашель	Обычно инициируется вирусной инфекцией или вторичен (на фоне активного и пассивного курения)
Психогенный	Уменьшается во время сна
Инфекции (хламидийная инфекция, коклюш, туберкулез и др.)	Диагноз ставится на основании клинических данных и специфических лабораторных тестов
<b>Редкие причины</b>	
Инородные тела ДП	Наиболее часто у маленьких детей
Врожденные аномалии развития ДП и/или органов средостения	Трахеозофагеальная фистула или иные причины, вызывающие кашель посредством сдавления ДП или забросом содержимого желудочно-кишечного тракта в ДП

Таблица - Причины хронического кашля у детей

Диагностический алгоритм у больных с хроническим кашлем, помимо традиционного сбора данных анамнеза, физикального осмотра, рентгенографии органов грудной клетки, наиболее общих лабораторных анализов, должен включать в себя и эндоскопическое обследование ЛОР-органов (особенно гортани). Кроме того, по показаниям проводятся исследование функции внешнего дыхания, консультации педиатра, аллерголога, пульмонолога, инфекциониста, кардиолога.

Лечение должно быть комплексным и направлено на устранение причин болезни, а также ее симптомов и на повышение защитных сил организма. Для этих целей используют следующие группы лекарственных средств (ЛС): 1) *нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)*. Использование кетопрофена облегчает раздражение и болезненность в горле, также как и системные проявления простуды (лихорадка, недомогание, миалгии). Хотя некоторые недавние исследования выявили, что использование naproxena, indometacin и некоторых других НПВС может облегчить кашель у взрослых больных риновирусной инфекцией, большинство НПВС не одобрены для использования у детей или имеют возрастные ограничения, т.к. имеют узкие безопасные дозы и высокий риск развития кровотечений из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и реакций гиперчувствительности; 2) *мукоактивные препараты* могут быть прямого (производные N-ацетилцистеина) и непрямого действия (производные карбоцистеина, препараты растительного происхождения и др.). Приемляемые в виде ингаляций (N-ацетилцистеин) или системно (N-ацетилцистеин, карбоцистеин, препараты природного происхождения), они воздействуют на все виды кашля; 3) *противокашлевые препараты* центрального действия (угнетают кашлевой центр продолговатого мозга) могут использоваться в качестве монопрепаратов или входить в состав комплексных противопростудных препаратов. Использование противокашлевых ЛС, преимущественно неопиоидных, может быть рекомендовано детям с сухим, раздражающим кашлем (как острым, как и хроническим), который не облегчается использованием вышеупомянутых ЛС. Следует учитывать, что маленькие дети очень чувствительны к использованию этих ЛС, и у них могут быть такие побочные эффекты, как сонливость, иногда заторможенность, даже при

использовании возрастных дозировок. Кашель у детей-астматиков часто связан с бронхиальной гиперреактивностью. В такой ситуации облегчить симптомы должны бронходилататоры, лучше в виде ингаляций; 4) комплексные гомеопатические препараты практически лишены недостатков, присущих средствам официальной медицины.

Одним из таких препаратов является препарат Стодаль (Лаборатория Буарон, Франция). Выпускаемый в виде сиропа, препарат содержит такие активные компоненты, как *Anemone Pulsatilla*, *Rumex crispus*, *Bryonia dioica*, *Tracasuanha*, *Spongia tosta*, *Sticta pulmonaria*, *Antirraonium tartaicum*, *Myocarde*, *Coccus cacti*, *Drosera*, Толуанский сироп, сироп Полигала.

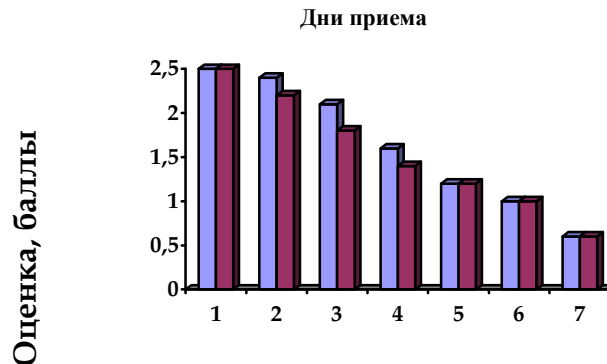
Показания к применению Стодаля - комплексная терапия заболеваний, сопровождающихся кашлем. Воздействие препарата Стодаль на различные виды кашля подтверждено многочисленными клиническими исследованиями за рубежом и в Казахстане. Ряд из них был проведен в КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова с целью оценки эффективности препарата Стодаль по сравнению с традиционной противокашлевой терапией при остром и хроническом кашле. Всем больным проводили общую оценку состояния больного, педиатр, ЛОР-осмотр, включая ринофарингоскопию, балльную оценку симптомов по 3-балльной шкале (0 - симптом отсутствует, 3 - выражен максимально).

Первое исследование включало оценку эффективности препарата Стодаль у детей с острым кашлем на фоне ОРВИ. Обследовано 100 детей в возрасте от 1 года до 15 лет. Дети основной группы (50 человек) получали Стодаль в соответствии с инструкцией - по 1 ч. л. 3-5 раз в день в качестве монотерапии. Детям контрольной группы (50 человек) назначали различные противокашлевые и мукоактивные препараты (производные ацетил- и карбоцистеинов). Динамика балльной оценки интенсивности: выраженности кашля у детей основной и контрольной групп представлена на рис.1. На основании полученных данных эффективность монотерапии препаратом Стодаль при остром кашле у детей сопоставима с традиционно используемыми противокашлевыми препаратами.

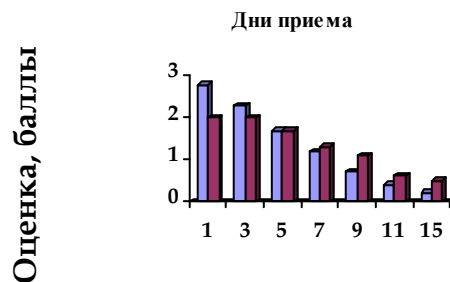
Целью следующего исследования была оценка эффективности препарата Стодаль у детей с хроническим кашлем в возрасте от 3 лет 2 мес до 15 лет, уже получавших симптоматическое аллопатическое лечение. Под наблюдением было 200 детей (по 100 детей в основной и контрольной группах). Все дети были направлены педиатрами к оториноларингологу для проведения эндоскопического обследования, так как физикальное (аускультация), в некоторых случаях и инструментальное (рентгенография) обследование не выявило причины хронизации кашля.

Изменение интенсивности кашля по дням на фоне терапии препаратом Стодаль в сравнении с традиционной терапией представлено на рис. 2.

У 9 (9%) больных кашель прекратился полностью (0 баллов) на 3-й день, у 16 (16%) - на 5-й день, у 40 (40%) - на 7-й день, у 56 (56%) - на 9-й день, у 65 (65%) - на 11-й день, у 71 (71%) - на 15-й день (рис. 3).



**Рисунок 1.** Динамика балльной оценки выраженности кашлевого симптома у детей основной и контрольной групп. Здесь и на рис. 4: 1-й столбик - основная группа, 2-й столбик контрольная группа.



**Рисунок 2.** Изменение средней интенсивности кашля у детей основной и контрольной группы.

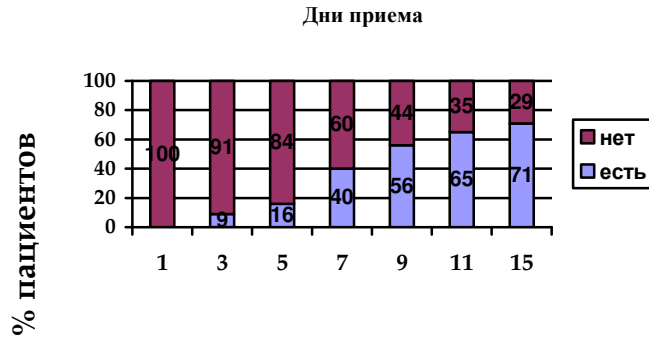


Рисунок 3. Наличие кашля у больных на фоне терапии препаратом Стодаль.

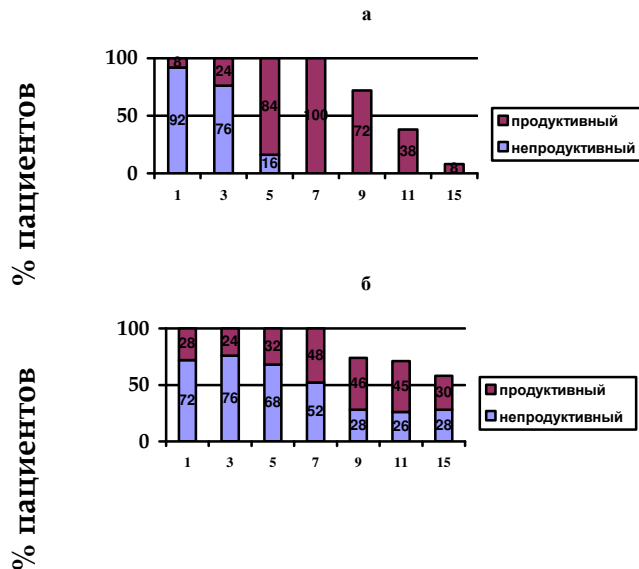


Рисунок 4. Оценка характера кашля у детей (а) и контрольной (б) групп.

Полученные данные выявили, что целесообразно пролонгировать прием препарата у детей с хроническим кашлем до 7-9-го дня. Существенного изменения средней интенсивности балльной оценки симптомов кашля при пролонгировании приема препарата до 15-го дня не выявлено.

Оценка характера, кашля у больных основной и контрольной групп на фоне проводимой терапии представлена на рис. 4.

Эффективность лечения была оценена как «отличная» у 37 (37%) больных, как «хорошая» - у 33 (33%), как «удовлетворительная» - у 27 (27%) и «без эффекта» - у 3 (3%) больных (рис. 5).

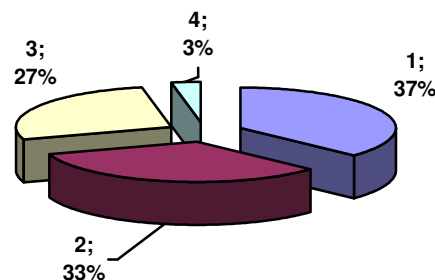


Рисунок 5. Оценка эффективности препарата Стодаль при терапии хронического кашля у детей.

1 - отличная, 2 - хорошая, 3 - удовлетворительная, 4 – без эффекта.

Побочных и нежелательных явлений, требующих отмены препарата, ни у одного из наблюдаемых больных отмечено не было.

Таким образом, препарат Стодаль может использоваться как средство монотерапии симптома кашля у детей, как в острых, так и в хронических случаях. Традиционный 5-дневный курс приема препарата при хроническом кашле должен пролонгироваться до 7-9-го дня. Пролонгирование приема препарата до 15-го дня не оказывает существенного влияния на улучшение клинической симптоматики. На фоне приема препарата не отмечено никаких побочных реакций. Родители отмечали, что детям очень нравится вкус сиропа и они с

удовольствием его принимают. Клинические наблюдения подтвердили клиническую эффективность и хорошую переносимость препарата Стодаль, который может быть рекомендован как средство для монотерапии кашля различных типов и длительности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова О.В. Лечение кашля у детей. Педиатрия. 2004; 3: 16-20.
2. Аюпова С.Х. Болезни органов дыхания. Педиатрия. 2008

УДК: 616.94-022.7-053.31-08

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

А.А.Туякбаев

Южно-Казахстанская областная детская больница, г. Шымкент

#### ТҮЙІН

Мақала жаңа туылған нәрестелердің сепсисін емдеудің заманауи сұрақтарына арналған – ерте және кеш сепсисегі антибиотиктерді таңдау; инфузионды терапия; респираторлы қолдау; шокқа қарсы терапия; иммуностимуляциялаушы терапия.

*Кілтті сөздер: жаңа туылған нәрестелер сепсисі, емдеу, антибиотиктер, инфузионды терапия, респираторлы көмек, шокқа қарсы терапия, иммуностимуляциялаушы терапия.*

#### SUMMARY

The article deals with problems of current therapy of neonatal sepsis: choice of antibiotics in cases of early and delayed sepsis, problems of fluid therapy, breath support, anti-shock therapy and immunostimulating therapy.

*Key words: neonatal sepsis, treatment, antibiotics, fluid therapy, breath support, anti-shock therapy, immunostimulating therapy.*

Сепсис новорожденных (СН) - это заболевание, представляющее собой генерализованную гнойно-воспалительную инфекцию, вызванную условно-патогенной бактериальной микрофлорой, основой патогенеза которого является дисфункция иммунной системы организма ребенка с развитием неадекватной системной воспалительной реакции (СВР), очага (очагов) гнойного воспаления или bacteriemia и полиорганной недостаточности. Таково последнее определение СН, которое было опубликовано в Национальном руководстве «Неонатология» в конце 2007 г. [1]. Такое же определение прозвучало и на III и IV Ежегодных конгрессах специалистов перинатальной медицины 2008 и 2009 гг.

Как известно, у новорожденных детей выделяют ранний (РСН) и поздний сепсис (ПСН). РСН клинически проявляется в первые 3-5 дней жизни, причем 85% детей с РСН разворачивают болезнь в первые 24 часа жизни, еще 5% - между 24 и 48 часами жизни и остальные 10% заболевают позже - на 3-5-й дни жизни. Для РСН характерно внутриутробное инфицирование плода, трансплацентарное или за счет микроорганизмов, колонизирующих родовой (генитальный) тракт матери. В связи с этим у ребенка обычно отсутствует первичный гнойный очаг, зато часто выявляется внутриутробная пневмония или энтероколит. Источником инфекции чаще всего являются микроорганизмы, колонизирующие родовые пути матери, хотя возможно и трансплацентарное инфицирование. Это - стрептококки группы В (GBS), *S. epidermidis et aureus*, реже *Klebsiella spp.*, *Listeria monocytogenis* и др. Если у ребенка диагностируется аспирация мекониальных вод, то причинами РСН могут быть анаэробы.

При клинической манифестации сепсиса в более поздние сроки жизни (после 6-х суток жизни) принято говорить о ПСН. При ПСН инфицирование новорожденного происходит постнатально. Первичный очаг инфекции, как правило, присутствует. Чаще регистрируется септикопиемия, т.е. сепсис протекает с образованием одного или нескольких септикопиемических гнойно-воспалительных очагов, но может быть и септицемия, протекающая с bacteriemia. Типичным септикопиемическим очагом является гнойный менингит. Микроорганизмы, которые вызывают ПСН, это, прежде всего, коагулазоотрицательные стафилококки и *S. aureus*. Для госпитального сепсиса характерны *Pseudomonas spp.* и *Klebsiella spp.*, реже его причиной выступают *Enterobacter spp.*, *GBS*, *Serratia spp.*, *Acinetobacter spp.* и анаэробы.

Целью лечения СН является предупреждение летального исхода болезни, который развивается в случае отсутствия терапии или при неадекватном лечении. При этом [2,3] необходимо помнить, что весь объем медикаментозной терапии необходимо начинать как можно раньше. Показано, что терапия СН, начатая в первые 6 часов развития процесса, значительно снижает летальность от этого тяжелого заболевания [4].

Если говорить об общих принципах лечения СН, то можно сказать, что лечение должно включать общегигиенические мероприятия; этиотропную терапию, которая представляет собой антибактериальное лечение; патогенетическую терапию, которая включает коррекцию водно-электролитного баланса, КОС, гемодинамическую и респираторную поддержку, коррекцию иммунного статуса новорожденного и в случаях, когда СН осложняется развитием септического шока, проведение противошоковой терапии.

Итак, отсюда понятно, что немаловажное значение в лечении СН играют проведение ежедневной гигиенической обработки кожи и видимых слизистых оболочек или купание новорожденного, соблюдение теплового и влажностного режимов (кювезное содержание новорожденного, особенно недоношенного, при температуре воздуха не ниже 30 °С и влажности не ниже 80%) и правильное вскармливание. В частности, при вскармливании абсолютное предпочтение отдается нативному материнскому молоку. В зависимости от состояния новорожденного проводится кормление грудью матери, или кормление' нативным молоком из бутылочки, или введение его через зонд. При отсутствии материнского молока используют адаптированные смеси для вскармливания новорожденных, обогащенные бифидобактериями. При вскармливании ребенок должен получать не менее 80-100 ккал/кг массы тела.

Антибактериальная терапия является кардинальным направлением в лечении СН [5]. Антибиотики назначаются эмпирически исходя из предположения о наиболее вероятном спектре возможных возбудителей инфекции у данного больного.

*Общие положения выбора антибактериальной терапии* следующие:

1) выбор препаратов в начале терапии (до уточнения этиологии заболевания) осуществляется в зависимости от времени возникновения сепсиса (РСН, ПСН); условий возникновения ПСН (в домашних условиях или в госпитальных условиях педиатрического или хирургического отделений, или отделения реанимации и интенсивной терапии); локализации первичного септического очага, если таковой имеется;

2) препаратами выбора являются антибиотики или комбинация антибактериальных препаратов с преимущественно бактерицидным типом действия, обладающие активностью в отношении потенциально возможных возбудителей сепсиса, включая возбудителей-ассоциантов (деэскалационный принцип выбора антибиотикотерапии); при уточнении характера микрофлоры и ее чувствительности антибактериальное лечение корректируется;

3) при выборе возможных антибиотиков предпочтение отдается препаратам, проникающим через гематоэнцефалический барьер и другие биологические барьеры организма и создающим достаточную терапевтическую концентрацию в ликворе и веществе мозга и других тканях организма (костная, легочная и др.);

4) при выборе возможных препаратов предпочтение отдается антибиотикам с наименьшей токсичностью и по возможности внутривенным путем введения.

Следует признать, что в настоящее время не существует одного какого-либо универсального препарата или комбинации препаратов, которые можно было бы одинаково эффективно использовать у любого новорожденного с сепсисом. Существуют лишь рекомендуемые схемы выбора антибактериальных препаратов. Эффективной считается антибактериальная терапия, при проведении которой в течение 48 часов достигается стабилизация состояния больного или даже некоторое улучшение. Неэффективной является терапия, при проведении которой в течение 48 часов отмечается нарастание тяжести состояния и органной недостаточности. Это является основанием к переходу на альтернативную антибактериальную терапию.

При РСН антибиотиками выбора, исходя из возможной этиологии сепсиса, считаются ампициллин в сочетании с аминогликозидами (преимущественно амикацином или нетилмицином) или цефалоспорины 2-3-го поколения (цефуросим натрия, цефотаксим) в сочетании с амикацином или нетилмицином. При аспирации мекония, когда возможна анаэробная этиология заболевания, ампициллин или цефотаксим сочетают с метронидазолом или клиндамицином.

При этом следует помнить, что новорожденные дети выделяют амикацин и особенно нетилмицин медленнее, чем дети старшего возраста и взрослые. Так, в первые дни жизни период полувыведения особенно нетилмицина и в меньшей степени амикацина увеличен в 2 или даже в 3 раза в зависимости от гестационного возраста (ГВ) новорожденного. В связи с этим интервал введения амикацина и нетилмицина следует увеличить в зависимости от массы тела (МТ) при рождении и ГВ новорожденного [6,7]. При ПСН большую роль играют условия возникновения сепсиса и локализация первичных входных ворот [5]. Антибиотиками выбора считаются при сепсисе, развившемся в домашних условиях или в условиях педиатрического стационара (а это в основном пупочный поздний сепсис), ампициллин или цефалоспорины 3-го поколения – цефотаксим и цефтриаксон в сочетании с аминогликозидами. Причем, цефтриаксон назначается, если у новорожденного нет гипербилирубинемии, т.к. он препятствует связи билирубина с альбумином и его накоплению в организме новорожденного. При госпитальном ПСН, особенно развившемся в отделении реанимации и интенсивной терапии или в хирургическом отделении, назначаются цефтазидим или карбенициллин, или имипенем/циластатин, или тикарциллин клавуланат в сочетании с аминогликозидами.

Если предполагается, что сепсис вызван коагулазоотрицательными стафилококками или *S. aureus*, а это кожный, риноконъюнктивальный, отогенный, легочный сепсис, то назначается гликопептид ванкомицин или оксазолидинон линезолид (при подозрении на метициллинрезистентные стафилококки) как монотерапия или в сочетании с аминогликозидами. Следует помнить, что аминогликозиды и ванкомицин обладают потенциальным нефротоксическим и ототоксическим побочным действием, поэтому ванкомицин обычно используют без сочетания с аминогликозидами. При подозрении на анаэробную этиологию госпитального ПСН назначают цефтазидим или имипенем/циластатин в сочетании с метронидазолом или клиндамицином. При успешной антибактериальной терапии ее длительность составляет как минимум 2,5-3 недели, за исключением

аминогликозидов, длительность курса которых не должна превышать 10 дней. Курс одного и того же препарата при его явной эффективности может достигать 3 недель. Основанием для отмены антибактериальных препаратов является санация первичного и пиемических очагов, отсутствие новых очагов, купирование признаков системной воспалительной реакции (СВР), нормализация лейкоцитоза формулы периферической крови и числа тромбоцитов.

Полное восстановление функций органов и систем, исчезновение бледности, спленомегалии и анемии, стойкая прибавка массы тела (МТ) отмечаются в значительно более поздние сроки (не ранее 4-6-й недели от начала терапии сепсиса). Эти клинические проявления сами по себе не требуют продолжения антибактериальной терапии, а нуждаются в проведении комплекса восстановительной терапии.

При менингите при успешном лечении после санации ликвора при грамположительной этиологии антибактериальную терапию продолжают еще в течение 2 недель, при грамотрицательной этиологии - в течение 3 недель, только затем антибактериальную терапию отменяют.

Учитывая необходимость в длительной и интенсивной антибактериальной терапии и большое значение дисбактериоза в патогенезе инфекционного процесса при СН, целесообразно проведение антибактериальной терапии сочетать с *терапией сопровождения*. К ней относится одновременное назначение *пробиотиков* (бифидумбактерина, лактобактерина, линекса, примадофилуса и др.) и антимикотика *флуконазола* (дифлюкан, медофлюкон, форкан и др.). При этом следует помнить, что флуконазол выводится у недоношенных новорожденных медленнее, чем у доношенных. В связи с этим интервал введения флуконазола следует увеличить у недоношенных новорожденных в зависимости от МТ при рождении и ГВ.

Патогенетическая терапия СН объемна и очень важна. Основная цель этой терапии – оптимизация транспорта кислорода в условиях его повышенного потребления путем гемодинамической и респираторной поддержки и влияние на иммунный статус новорожденного. Коррекция жизненно важных функций организма ребенка проводится под контролем, который включает следующие параметры: показатели КОС, рО<sub>2</sub>; уровень Нб, Нт; уровень глюкозы, креатинина (мочевины), К, Na, Са, Mg, по показаниям - билирубина, уровня трансаминаз и других показателей; уровень АД, ЭКГ.

Интенсивная патогенетическая терапия СН включает следующие направления: инфузионная терапия, направленная на поддержание гемодинамики, восстановление водного и электролитного баланса, коррекцию КОС крови; респираторная поддержка; противошоковая терапия, если в ней есть необходимость; иммунокорректирующая терапия; восстановление функций основных органов и систем организма.

*Инфузионная терапия* направлена на восстановление адекватной тканевой перфузии, нормализацию метаболизма, Нб и Нт, коррекцию расстройств гомеостаза, снижение концентрации медиаторов СВР и токсических метаболитов. С этой целью используются как кристаллоиды, так и коллоидные растворы [9,10]. Коллоидные растворы – гидроксипропил-крахмал (ГЭК), например инфукол, свежезамороженная плазма (СЗП), но не раствор альбумина, который при его введении уходит в ткани организма, вызывая или усиливая внутритканевые отеки. СЗП содержит антитела, белки, кроме того, является донатором антитромбина III, уровень которого существенно снижается при развитии сепсиса, что в свою очередь обуславливает депрессию фибринолиза и может способствовать развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Поэтому СЗП особенно показана при ДВС синдроме у новорожденных. Коллоидные растворы вводят из расчета 15-20 мл/кг МТ ребенка в первые 5-10 мин. инфузионной терапии капельно.

Надо сказать, что в последнее время появилось мнение, что не обязательно начинать инфузионную терапию с введения коллоидных растворов и можно начинать с введения кристаллоидов. Кристаллоиды вводят в среднем из расчета 30-60 мл/кг МТ, но при показаниях, например при эксикозе, и в больших количествах. Инфузионная терапия включает также такие препараты, как растворы калия, кальция, магния, а также при необходимости парентерального питания растворы аминокислот. При тканевой гипоперфузии, о которой можно судить по дистальному цианозу, пятнам стаза, показан допамин, который в дозе от 5 до 10 мкг/кг/мин повышает АД за счет повышения сердечного выброса с минимальным действием на системное сосудистое сопротивление. В дозе 10-15 мкг/кг/мин допамин повышает АД за счет повышения сердечного выброса и артериальной вазоконстрикции. При нарушении сердечной и сердечно-сосудистой деятельности может использоваться и добутамин, который также повышает сердечный выброс и повышает доставку и потребление кислорода.

*Респираторная поддержка* не менее важна, чем поддержка гемодинамики, так как легкие очень рано становятся одним из первых органов-мишеней при СН. Острая дыхательная недостаточность – один из ведущих признаков полиорганной недостаточности, поэтому состояние новорожденного с сепсисом строго контролируется в этом плане. Оптимальный уровень насыщения крови кислородом (рО<sub>2</sub> выше 92%) можно поддерживать различными методами кислородотерапии (лицевая маска, носовые катетеры), при их неэффективности – перевод ребенка на искусственную вентиляцию легких.

*Септический шок (СШ)* является наиболее грозным проявлением СН, летальность при котором превышает 50-60%. Основными патогенетическими составляющими СШ является крайне выраженная СВР с противовоспалительной направленностью, которая в поздней фазе шока переходит в стадию «медиаторного хаоса»; крайне выраженное напряжение адаптивной реакции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с развитием в поздней фазе шока срыва адаптивных механизмов с явлениями скрытой или явной



надпочечниковой недостаточности, недостаточности функции щитовидной железы, гипофизарной дисрегуляции и развитие ДВС синдрома вплоть до полной несвертываемости крови вследствие тромбоцитопатии и коагулопатии потребления.

Тяжелая полиорганная недостаточность - обязательная спутница СШ. При СШ показано проведение инфузионной терапии с включением катехоламинов, так как одна инфузионная терапия не приводит к стабилизации АД. В поздней стадии шока показаны глюкокортикоиды, так как так называемая скрытая надпочечниковая недостаточность также способствует, кроме всего прочего, падению АД. Терапия низкими дозами глюкокортикоидов (гидрокортизон 3-5 мг/кг МТ, а не преднизолон или дексаметазол, в течение 5-7 дней) позволяет купировать скрытую надпочечниковую недостаточность и обеспечить резервные возможности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Использование глюкокортикоидной терапии достоверно повышает выживаемость больных с СШ [9,11].

Лидирующее место в области *иммунокоррекции* при СН занимает использование препаратов поликлональных антител – иммуноглобулинов для внутривенного введения (ИГВВ) [5,13]. Использование ИГВВ у новорожденных патогенетически обосновано: концентрация IgM и IgA в неонатальном периоде крайне низка и начинает возрастать, только начиная с 3-недельного и 3-месячного возраста соответственно. Это обуславливает «физиологическую гипогаммаглобулинемию новорожденных». У недоношенных новорожденных гипогаммаглобулинемия выражена еще более значительно. При СН «физиологическая гипогаммаглобулинемия» значительно нарастает за счет снижения уровня IgG, а в организме больного ребенка образуется избыток продуктов нарушенного обмена веществ, продуктов клеточного реагирования. Эти вещества, накапливаясь, становятся для организма ребенка эндогенными токсическими субстанциями, вызывающими интоксикацию, что приводит к нарушению нормальных межклеточных взаимодействий в иммунном ответе.

ИГВВ, связывая и элиминируя многие из компонентов, вызывающих интоксикацию, способствуют деблокировке рецепторов и нормализации экспрессии антигенов. Они также способствуют восстановлению способности фагоцитов и эффекторов естественной цитотоксичности (натуральные киллеры, Т-лимфоциты и др.) осуществлять противомикробную защиту, увеличивают количество соответствующих рецепторов различных клеточных популяций, способных отвечать адекватной реакцией на влияние бактериальных индукторов, гормонов, интерферонов и других биологически активных веществ. Таким образом, ИГВВ способствуют повышению чувствительности иммунокомпетентных клеток организма к антибактериальной терапии и повышают противомикробную защиту.

Доношенным новорожденным целесообразно введение ИГВВ до достижения уровня IgG в крови не менее 7-8 г/л, а у недоношенных новорожденных - не менее 4 г/л. Рекомендуемая суточная доза при этом составляет от 500 до 800 мг/кг МТ, а длительность курса введения - от 3 до 6 суток. Применение ИГВВ должно проводиться в максимально ранние сроки при предположении диагноза СН. Ранее для иммунокоррекции сепсиса в клинической практике использовались стандартные иммуноглобулины, к которым относятся все препараты нормального донорского IgG: интраглобин, интратект, альфаглобин, эндобулин, отечественный иммуноглобулин для внутривенного введения и др. Механизм их действия и клинический эффект примерно одинаковы. Однако различные препараты отличаются по вирусной безопасности, способности вызывать побочные реакции и требованиям по хранению и применению.

Но особо эффективным при СН является иммуноглобулин, обогащенный IgM. Единственным иммуноглобулином для внутривенного введения, содержащим IgM, является Пентаглобин (Биотест Фарма, Германия). Наличие в Пентаглобине иммуноглобулина класса М — первого иммуноглобулина, образующегося в ответ на антигенное раздражение и несущего антитела к эндотоксину и капсулярным антигенам бактерий, сделало его чрезвычайно эффективным в лечении тяжелых заболеваний. Благодаря своим структурным преимуществам антитела класса IgM проявляют, по сравнению с антителами класса IgG, в 1000 раз большую опсонизирующую активность, в 100 раз большую силу агглютинации и фагоцитарную активность, в 400 раз сильнее активируют специфический комплемент.

Применение Пентаглобина в терапии сепсиса обосновано в соответствии с концепцией доказательной медицины. Более высокая эффективность Пентаглобина, по сравнению со стандартными IgG-иммуноглобулинами, в качестве адьювантной терапии сепсиса и септического шока была доказана в 4 мета-анализах. По данным Креймманна, в группе детей и новорожденных относительный риск летального исхода при включении в терапию сепсиса Пентаглобина уменьшается на 50% по сравнению с 37% на фоне терапии стандартными внутривенными IgG-иммуноглобулинами.

Таким образом, терапия Пентаглобином является патогенетически обоснованной и позволяет сочетать различные механизмы действия для купирования СВР, вызванной бактериями и токсинами. Кроме ИГВВ для иммунокоррекции при СН, сопровождающимся абсолютной нейтропенией (менее  $1,5 \cdot 10^9$ /л нейтрофилов в анализе периферической крови) используют назначение рекомбинантных гранулоцитарных или гранулоцитарно-макрофагальных факторов роста. Препараты назначают из расчета 5 мкг/кг/сут МТ больного в течение 5-7 дней. Следует помнить, что терапевтический эффект отмечается только на 3-4-й день терапии.

При сепсисе, протекающем с абсолютной лим-фопенией, когда число лимфоцитов периферической крови менее  $2 \cdot 10^9$ /л, показано назначение рекомбинантного интерлейкина-2 человека - Ронколейкина®.

Ронколейкин® является аутокринным ростовым фактором для лимфоцитов, ускоряет их пролиферацию, дифференцировку и выполнение ими своих эффекторных функций. В соответствии с международными критериями при оценке выживаемости на 28-е сутки после введения препарата, включение Ронколейкина® в комплексную этиотропную и патогенетическую терапию неонатального сепсиса приводит к достоверному снижению летальности до 8% против 20% при традиционной терапии [19,20]. Весьма существенным является тот факт, что к 29-м суткам от начала иммунотерапии Ронколейкином® практически у половины детей (49,4%) были купированы очаги инфекции, нормализовались лабораторные показатели, что способствовало их выздоровлению и выписке из стационара. Аналогично в группе сравнения при стандартной терапии такая ситуация наблюдалась у 16,7% детей. Снижение показателей летальности, сокращение длительности санации очагов инфекции и крови, нормализация показателей гемограммы и иммунного статуса, уменьшение интенсивности воспалительного ответа свидетельствуют о высокой клинической эффективности Ронколейкина®.

*Восстановительная терапия при СН* начинается по мере исчезновения симптомов токсикоза. В этот период дети чрезвычайно уязвимы по отношению к присоединению суперинфекции. Кроме того, в этот же период возможно возникновение новых инфекционных процессов вследствие активации аутофлоры и выраженного дисбактериоза. Поэтому в восстановительном периоде целесообразна изоляция больного ребенка от других пациентов отделения, строгое соблюдение гигиенического режима, коррекция биоценоза кишечника, проведение антимикотической терапии, обеспечение грудного вскармливания. Целесообразно также проведение метаболической терапии, направленной на восстановление окислительных внутриклеточных процессов, повышение анаболической направленности обмена веществ. С этой целью показано назначение витаминных комплексов, незаменимых аминокислот, ферментов.

При выраженных нарушениях иммунного гомеостаза, подтвержденных лабораторными исследованиями, показано проведение иммунотерапии. В этот период в зависимости от характера иммунных нарушений могут быть использованы такие препараты, как липоид, полиоксидоний, рекомбинантные  $\alpha$ -интерфероны (Виферон). Особое внимание уделяется терапии, направленной на восстановление функциональной активности отдельных органов и систем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина Г.Л., Шабалов Н.П., Дегтярева М.В. Сепсис. Неонатология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н. Володина. М.: Изд-во Геотар-Медиа, 2007. – С. 673-687.
2. Формуляр по использованию препаратов иммуноглобулинов для внутривенного введения в неонатологии. //Вопр. практ. пед. - 2007; 2 (2). – С. 56-64.
3. Самсыгина Г.Л. Сепсис новорожденных. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. Руководство для врачей. Книга 1. /Под ред. А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной. М.: Изд-во Литера, 2007. – С. 218-237.
4. Гельфанд Б.Р., Рудное В.А., Проценко Д.Н. и др. Сепсис: определение диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия. Сепсис в начале XXI века. Клинические рекомендации РАСХИ. /Под ред. В.С. Савельева и Б.Р. Гельфанда. М.: Изд-во Литера, 2006. – С. 16-20.
5. Дегтярева М.В., Бирюкова Т.В., Володин Н.Н. и др. Клинико-лабораторные особенности раннего неонатального сепсиса у детей различного гестационного возраста и оценка эффективности иммунозаместительной терапии пентаглобином. //Педиатрия. 2008; 87 (1). – С. 32-40.
6. Ашиткова Н.В., Солдатова И.Г., Дегтярева М.В., Володин Н.Н. Оценка клинической эффективности Ронколейкина у новорожденных детей с осложненным течением неонатального периода и абсолютной лимфопенией //Вопр. практ. пед. - 2008; 3 (5). – С. 9.

УДК 613.25-053.2/6-008.6:615.036.8

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «СИОФОРА 500 МГ» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Д.С.Бердиярова*

*Областной эндокринологический диспансер, г. Шымкент,*

#### РЕЗЮМЕ

Число больных, страдающих ожирением, неуклонно растет в мире, что позволило ВОЗ рассматривать данное заболевание как эпидемия, охватившую миллионы людей. Причем прогрессивный рост распространенности ожирения отмечается как среди взрослого, так и детского населения. Так, в экономических развитых странах, каждый третий житель имеет массу тела, превышающую максимально допустимую. В Казахстане распространенность метаболического синдрома до 20% в популяции у них 35 % женщины, 31% мужчины старше 20 лет и 25% дети и подростки.

#### SUMMARY

The number of the patients, suffering adiposity, steadily grows in the world that has allowed to consider the CART the given disease as epidemic, captured millions people. And progressive growth of prevalence of adiposity is marked as among the adult, and the children's population. So, in the economic developed countries, every third inhabitant has the weight of a body exceeding as much as possible admissible. In Kazakhstan prevalence of a metabolic syndrome to 20 % in population at them of 35 % of the woman, 31 % of the man are more senior 20 years both 25 % children and teenagers.

Общепризнано, что в основе развития метаболического синдрома лежит инсулинорезистентность. Из медикаментов, воздействующих на инсулинорезистентность, в детской практике разрешены лишь препараты метформина.

Считается, что основным составляющим метаболического синдрома являются нарушениями углеводного обмена, в виде нарушенной толерантности к глюкозе или сахарного диабета 2-го типа, повышение артериального давления в виде артериальной гипертензии, дислипидемия и абдоминальное ожирение, что позволило объединить эти состояния в единое понятие «метаболический синдром X» или «синдром инсулинорезистентности». Нарушения, объединенные рамками метаболический синдром, нередко начинают формироваться в детском и юношеском возрасте, задолго до клинической манифестации сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертонии и атеросклеротических поражений сосудов, что диктует необходимость начала мероприятий по профилактике этих состояний с детского возраста. Учитывая инсулинорезистентность в патогенезе данного синдрома. Представляет интерес применение комплекс лечебных мероприятий препарата «сиофор» из группы бигуанидов.

**Целью исследования:** явилось изучение возможности применения «сиофора» у детей и подростков с признаками метаболического синдрома.

**Материалы и методы исследования:** В исследовании были включены 90 детей с ожирением в возрасте от 12 до 16 лет. Из них 35 детям на фоне субкалорийной (1200 ккал) диеты был назначен сиофор в дозе 500мг. во время ужина (основная группа) среди них 15(42.8%) было пациентов с полной формой метаболического синдрома, 20(57.1%)- с неполной. В контрольную группу вошли 55 детей, находившиеся на монотерапии диетой. 7(12.7%) из них имели полную, 25(45.5%)- неполную форму метаболического синдрома. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев с оценкой динамики (в начале и конце лечения) основных клинико-лабораторных признаков метаболического синдрома: степень ожирения, индекса талия/ бедра (ИТБ), уровня артериального давления, концентрации гликемии и через 2 часа после нагрузки, содержания в крови иммунореактивного инсулина, холестерина, триглицеридов, липофракций, микроальбуминурии.

**Результаты и обсуждения:** Использование препарата метформина -«сиофор» показало его высокую эффективность как у детей с полной, так и неполной формой метаболического синдрома. У детей с полной формой, получавших «сиофор» к концу 6 месяца лечения произошла достоверная положительная динамика показателей: снижение массы тела, уровня систолического и диастолического артериального давления, гликемии натощак, инсулинемии, общего холестерина, триглицеридов, микроальбуминурии, а также повышение уровня ХС ЛПВП. Отмечается благоприятная динамика значений ИТБ, ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП. У детей с неполной формой метаболического синдрома, лечившихся «сиофором», также наметилась заметная динамика к снижению средних значений массы тела, половина из них похудела за полгода в среднем на  $4,45 \pm 0,98$  кг. Произошло достоверное снижение ИТБ у мальчиков, уровня диастолического давления, базальной гликемии, инсулинемии, средних концентраций общего холестерина, триглицеридов и ХС ЛПНП.

Концентрация АСТ и АЛТ, креатинина в крови у всех детей до и в процессе применения препарата удерживались на нормальном уровне.

В то же время у детей, которые находились на монотерапии диетой, целый ряд показателей обнаружил изменения в сторону ухудшения. В частности, у всех них за время наблюдения отмечена прибавка в весе. У детей с полной формой метаболического синдрома достоверно выросли показатели гликемии натощак, в 1,6 раза повысилось содержание иммунореактивного инсулина в крови. Со стороны других показателей положительной динамики также не наблюдалось, за исключением ИТБ у мальчиков с неполной формой метаболического синдрома.

**Выводы:** Случаи ожирения у детей с наличием признаков инсулинорезистентности являются показанием к применению препаратов метформина в частности «сиофора».

Применение «сиофора» у детей и подростков с метаболическим синдромом способствует устранению инсулинорезистентности, о чем свидетельствует снижение в ряде случаев массы тела и уровня инсулинемии.

Препарат «сиофор» является эффективным и безопасным средством в лечении метаболического синдрома у детей старше 12 лет.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. Эндокринология // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 268–270
2. Касаткина, Э.П. // Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 1996. – С. 54.

УДК 616.521: 615.862

#### КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ ПРЕПАРАТАМИ «СКИН - КАП»

*М.Б. Кыстаубаев*

*Кожвендиспансер Сайрамской ЦРБ Сайрамского района ЮКО с. Аксукеент*

#### ТҮЙІН

«Скин -кап» аэрозоль және кремнің интимді экземаға жүйелі ем үшін нәтижелігіне зерттеу жүргізілді. «Скин -кап» аэрозолін ауруларға сынақ тобына күніне үш рет тағайындалды. Сулану аяқталғаннан

кейін ауру сынақ тобына «Скин -кап» кремін күніне бір рет тағайындалды. Түрлі дәрілердің клиникалық нәтижелігін салыстыру интимді экземада жергілікті ем ретінде қолдану нәтижелері «Скин -кап» дәрісін жүйелі емге басымдылығын көрсетті. Алынған жақсы нәтижелер «Скин -кап» дәрілерін интимді Экзема ауруларында жүйелі емге ұсынуға болатынын көрсетті.

#### SUMMARY

The experiment of the effective including to the complex therapy of real eczema of aerosol and cream “Skin-cup” was conducted. Three times a day the aerosol “Skin-cup” was prescribed to the patients of the testing group. After stopping of weeping to the patients of the testing group the cream “Skin-cup” was used once a day. The results of the comparisons of the clinical efficiency of different preparations in the local therapy at the real eczema showed an advantage of the preparation “Skin-cup”. The taken positive results allow to recommend the using of the preparation in the complex therapy of the patients of the real eczema.

Экзема — хроническое, рецидивирующее заболевание с островоспалительными симптомами, обусловленными серозным воспалением эпидермиса и дермы. Название данного дерматоза происходит от греческого слова *eczeo*, что значит «вскипать», и этим словом объясняется характерное свойство экзематозных пузырьков быстро вскрываться, напоподобие пузырьков кипящей воды. Термин «экзема» применяли давно (за два века до Нашей эры), но для обозначения различных остро возникающих дерматозов. Лишь в первой половине XIX века Уиллен (1808), Бейтмен (1813) Рейс (1823) и другие ученые выделили экзему в отдельную нозологическую форму. На разных этапах развития учения об экземе главенствующее значение в этиологии и патогенезе заболевания придавали нервной системе, эндокринно-метаболическим нарушениям, инфекционно-аллергическим факторам, генетической отягощенности и иммунной недостаточности. Поскольку решающее значение тех или иных эндогенных и экзогенных влияний остается спорным, а чаще они выступают в сложных взаимоотношениях, принято считать экзему полиэтиологическим заболеванием.

В настоящее время аллергические процессы трактуются как патологическая иммунная реакция, сопровождающаяся повреждением и воспалением тканей организма, поэтому в патогенезе экзематозного процесса основное значение уделяют различным иммунным сдвигам. Установлено, что у больных экземой выражена дисгаммаглобулинемия (избыток IgG, IgE и дефицит IgM), уменьшено число функционально активных Т-лимфоцитов, снижено общее число Т-клеток, изменено соотношение хелперных и супрессорных субпопуляций, в связи с чем количество В-лимфоцитов увеличено. Наиболее выраженная иммунопатология была выявлена у больных, носителей изоантигенов А, М, N и резуса D+. Слабость иммунитета при наличии инфекционных антигенных раздражителей проявляется персистенцией микробных и бактериальных антигенов с формированием хронического рецидивирующего воспаления в эпидермисе и дерме. При этом возникают патологические циркулирующие иммунные комплексы, повреждающие собственные микроструктуры с образованием серии аутоантигенов, инициирующих формирование аутоагрессивных антител. Вместе с тем длительное время существует понимание экземы как нейрогенного заболевания. Наиболее убедительным фактором, свидетельствующим о роли нервной системы в патогенезе экземы, является возможность ее возникновения вследствие повреждения периферических нервов. Примером является так называемая посттравматическая экзема, возникающая вокруг раневой поверхности.

В свете современных представлений о взаимосвязи иммунной системы с функциональным состоянием ЦНС, вегетососудистых процессов следует признать, что патогенетический процесс формирования экземы включает комплекс не конкурирующих, а дополняющих друг друга нейроиммуновегетодистонических, инфекционно-аллергических и метаболических механизмов. Формирование экземы на основе генетической предрасположенности, зависящей от присутствия в хромосомах гена иммунного ответа, создает предпосылки для наследования ее в последующих поколениях. При этом имеет место полигенное мультифакториальное наследование с выраженной экспрессивностью и пенетрантностью генов.

Клинические и патогенетические особенности экземы послужили основанием для классификации экземы в клинических вариантах. Различают истинную, себорейную, дисгидротическую, микробную, профессиональную и тилотическую (роговую, мозолевидную) разновидности экземы. Клиническая картина. Истинная, или идиопатическая, форма экземы характеризуется островоспалительной отечной эритемой с последующим высыпанием группы мельчайших серопапул или пузырьков — микровезикул, которые быстро вскрываются, не успев прочно оформиться. На месте быстро вскрывшихся серопапул и везикул обнажаются точечные эрозии, так называемые серозные колодцы, из глубины которых выделяется серозный экссудат, образуя обильно мокнущую поверхность. Постепенно серозная жидкость подсыхает, образуя серовато-желтые корки, под которыми наступает эпителизация. Таким образом, в течении экземы четко выступают стадии — эритематозная, папуловезикулезная, мокнутия и корковая. Вследствие волнообразного развития процесса все первичные элементы — эритема, серопапулы и везикулы — выступают одновременно, создавая один из наиболее характерных признаков экземы — эволюционный полиморфизм. Переход острого течения в хроническое совершается постепенно и выражается в нарастающей инфильтрации, уплотнении пораженного участка кожи и усилении кожного рисунка, что называется лихенизацией. Окраска кожи принимает более застойный характер, на поверхности, помимо корок, появляется значительное шелушение. Наряду с этими

неостровоспалительными симптомами продолжается появление свежих серопапул и везикул с образованием мокнущих «серозных колодцев» и серозных корочек. Такое чередование островоспалительных и инфильтрированных проявлений характерно для течения истинной экземы, которую всегда сопровождает выраженный зуд, усиливающийся при обострении процесса. Очаги экземы не имеют четких границ. Сравнительно редко процесс ограничивается одним участком. Процесс начинается большей частью с лица, кистей и может распространяться по всему кожному покрову. Высыпания имеют симметричный характер со склонностью к распространению на кожу верхних, нижних конечностей и туловища. Больных беспокоит зуд различной интенсивности, способствующий развитию невротических расстройств с явлениями нарушения сна вплоть до бессонницы. По мере уменьшения воспалительных явлений, свойственных экзематозному процессу, мокнутие сменяется образованием корочек, чешуек, появлением шелушения (*eczema crustosum*, *eczema squamosum*), вторичных пигментно-сосудистых или депигментированных пятен, которые постепенно разрешаются. Могут возникнуть очаги сухости и шелушения кожи с образованием трещин рогового слоя (*eczema craquele*). При длительном хроническом течении экземы на ладонях и подошвах иногда появляются мозолистые гиперкератотические образования с трещинами (*eczema tyloticum*).

Нередко течение экземы осложняется присоединением пиогенной инфекции: появляются пустулы и гнойные корки (*eczema impetiginosum*). Остро начавшийся процесс постепенно переходит в хроническое течение, которое может продолжаться годами. Экзема- часто встречающееся рецидивирующее хроническое заболевание, возникающее в любом возрасте, представленное полиморфизмом элементов. В структуре кожной патологии на ее долю приходится 30-40%. Сложность и многогранность патогенеза экземы предусматривают комплексный подход к ее лечению с учетом степени выраженности процесса, формы, стадии заболевания, состояния внутренних органов и систем. В качестве наружной терапии наиболее часто применяются препараты кортикостероидного ряда, но в виду частых побочных эффектов продолжается поиск новых эффективных препаратов для местного лечения экзематозных процессов.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности включения в комплексную терапию истинной экземы аэрозоля и крема Скин-кап, содержащих пиритион цинка. Препарат вызывает избирательный цитостаз, в том числе клеток кожи в стадии гиперпролиферации, стабилизирует клеточные мембраны, нормализует активность ряда мембраносвязанных ферментов, содержит поверхностно активный компонент (метилэтилсульфат), увеличивающий проницаемость кожи для активных субстанций и обеспечивающий их быструю резорбцию и проникновение в глубокие слои эпидермиса, обладает выраженной гидратирующей способностью. При мокнущей стадии экземы наряду с общей терапией (гипосенсибилизирующей, антигистаминной, седативными средствами, витаминотерапией, сорбентами, гепаторотекторами и физиолечением) больным испытываемой группы (n=16) назначался трижды в день аэрозоль Скин-кап, наружное лечение больных группы сравнения (n=14) мы начинали назначением охлажденных примочек из 2% раствора борной кислоты. После прекращения мокнутия больным испытываемой группы (n=16) применяли дважды в день крем Скин-кап, а больные группы сравнения в качестве местной терапии получали пасту с 5 % АСД фракцией III с последующим переходом на ланолиновый крем.

Результаты сравнения клинической эффективности различных препаратов в качестве местной терапии при истинной экземе показали достаточное преимущество включения в комплексное лечение препаратов Скин-кап. Мокнущая стадия экземы купировалась в сроки на 2,3 + 1,1 суток быстрее при применении аэрозоля Скин-кап, с таким же временным преимуществом гиперемия в очагах, прекращалась высыпание свежих элементов сыпи и прекращался зуд кожи в очагах поражения. Более поздние симптомы регресса экзематозного процесса (отторжение серозно-геморрагических корочек, регресс лихенификации, эпителизация трещин) также показали преимущество (на 3,1+1,9 суток быстрее) применения препаратов Скин-кап в комплексной терапии истинной экземы. Все больные отмечают хорошую переносимость препарата. Побочных эффектов за время применения больным препаратов Скин-кап не выявлено. К достоинствам препаратов аэрозоля и крема Скин-кап следует отнести практичность в применении, что значительно сокращает время обработки очагов поражения у больного, отсутствие неприятного запаха и следов препарата на одежде и постельных принадлежностях. Выводы: Полученные положительные результаты изучения клинической эффективности препаратов аэрозоля и крема Скин-кап в качестве наружной терапии позволяют рекомендовать их применение в комплексной терапии больных истинной экземой.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни, г. Москва, 2000 г.
2. К.У. Ушбаев, С.А. Абдурахманов, Л.Е. Токешова. Лекарственные и пищевые растения Казахстана в терапии некоторых заболеваний. г. Алматы 2005 г.
3. Б.А. Беренбейка, А.А. Студницинка. Дифференциальная диагностика кожных болезней, г. Москва, Медицина, 1989 г.
4. Л.Ф. Знаменская. Нейромультивит» в комплексной терапии псориаза, экземы, атопического дерматита// Вестник дерматологии и венерологии, 2001г. № 3.
5. В.А. Самсонов, Л.Ф. Знаменская. Адвантан в лечении дерматита и экземы. // Вестник дерматологии и венерологии, 1998г.
6. И.Я. Шахмейстер, Г.А. Шварц. Новые препараты в дерматологии. Москва, Медицина, 1995г.
7. О.Л. Иванов. Кожные и венерические болезни. Москва, Медицина, 1997.

УДК 616.973: 615.28

**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «СУМАМЕД»***М.Б.Кыстаубаев**Кожвендиспансер Сайрамской ЦРБ Сайрамского района ЮКО с. Аксукеент***ТҮЙІН**

Жіті создық жұқпалы ауруды емдеу үшін «Сумамед» дәрісі қолданылды. Бақылауда 34 пациент болды: 20 еркек және 14 әйел 17 мен 50 жас аралығындағы диагноздары: Жаңа соз. «Сумамед» сызба бойынша тағайындалды. Дәрі тағайындалғаннан кейін келесі тәулікте 27 пациентте клиникалық белгілері жойылды, 7 пациентте қосарласқан урогенитальды трихомониоз клиникалық жағдайы бірден азайды. Зертханалық зерттеу қорытындысы бір аптадан кейін, бір айдан, екі айдан кейін гонококтардың жоқ екенін көрсетті. «Сумамед» дәрісі гонококты жұқпалы ауруды емдеу кезінде жоғары нәтижелі дәрі екенін көрсетті.

**SUMMARY**

The preparation “Sumamed” was used for treatment of the acute gonorrhoea infection. 34 patients were under the observation: 20 men and 14 women at the age of 17 to 50 years with the diagnosis: “Fresh gonorrhoea”. “Sumamed” was prescribed by diagram. After the prescription of the preparation the clinical features disappeared next twenty-four hours at 27 patients, the clinical features were at 7 patients with the wrethrogenitals thrichomoniasis abruptly became improverished. The control laboratory investigation was made after a week, a month, 2 months and the treatment showed the absence of the gonococcus. The preparation “Sumamed” is a high- effective preparation in the treatment of the gonococcus infection.

Гонорея –острое воспаление мочеиспускательного канала у мужчин, уретры и шейки матки у женщин обычно сопровождается выделением наружу гноя . Именно это дало основание Галену во II веке н.э. предположить термин «гонорея». Хотя такое название дает неправильное представление о сущности заболевания (точный перевод «семятечение»; от греч. gone — семя, rhoia — истечение), оно сохранилось, полностью вытеснив употреблявшиеся ранее как синонимы термины «бленнорея», «перелой», «триппер». Впрочем, заразные заболевания у мужчин с истечением гноя из мочеиспускательного канала были известны задолго до Галена. Например, в V веке до н. э. о них писал Гиппократ, который также сообщил о белых выделениях из половых органов у женщин.

Однако выделения примерно одинакового характера сопутствуют воспалительным заболеваниям мочеполовых органов различной природы (как инфекционным, обусловленным микроорганизмами, так и неинфекционным). Только открытие в 1879 г. немецким ученым Нейссером в гное больного уретритом особого микроорганизма, закономерно вызывающего воспаление мочеполовых органов у людей, позволило с научной достоверностью считать гонореею самостоятельным венерическим заболеванием. Возбудитель гонореи — гонококк — грамотрицательный диплококк бобовидной формы. Размеры его варьируют от 1,25— 1,6 мкм в длину и 0,7—0,9 мкм в ширину. Гонококки хорошо окрашиваются всеми анилиновыми красителями. При остро протекающих процессах в окрашенных мазках выявляют большое количество гонококков внутри лейкоцитов. В более поздних (хронических) стадиях болезни, когда отделяемое становится скудным, гонококки встречаются реже, и для их обнаружения иногда необходимо прибегать к провокации и культуральной диагностике. В сканирующем электронном микроскопе гонококки имеют вид шаровидных или диплококковых образованней со слегка бугристой поверхностью. При изучении ультратонких срезов удается выявить у гонококков клеточную стенку, цитоплазматическую мембрану, цитоплазму с многочисленными рибосомами, мезосомы, нуклеоид с нитями ДНК. На поверхности гонококков выявляются тонкие трубчатые нити — пили, с которыми связывают способность их передавать генетически некоторые свойства, в частности устойчивость к антибиотикам. Выявленная в электронном микроскопе капсулоподобная субстанция обеспечивает адаптацию возбудителя к неблагоприятным условиям и персистенции его в организме больного. Цитоплазматическая мембрана имеет отношение к метаболизму клетки. При неблагоприятных условиях возможна L-трансформация гонококков, при которой наблюдается утрата клеточной наружной оболочки. Гонококки растут на искусственных питательных средах в присутствии человеческого белка (асцитический агар), при температуре 37°С. Отдельные штаммы гонококков вырабатывают пенициллиназу, что способствует их резистентности к пенициллину и его дериватам.

Во многих странах в последнее время при неудачном лечении все чаще выделяются гонококки, продуцирующие пенициллиназу или (3-лактамазу. Гонококки являются паразитами человека. Вне человеческого организма они быстро погибают. На них губительно действуют различные антисептические препараты, нагревание свыше 56°С, высушивание, прямые солнечные лучи. Температуру ниже оптимальной гонококки переносят плохо и быстро погибают при 18°С. В гное гонококки сохраняют жизнеспособность и патогенность, пока не высохнет патологический субстрат (т. е. от 30 мин. до 4—5 ч). Заражение, как правило, происходит половым путем при непосредственном контакте здорового человека с больным (или внешне здоровым носителем). Изредка отмечается заражение не при половом акте, а через инфицированные предметы

туалета, белье, что чаще бывает у маленьких девочек, заражающихся от своих матерей, при извращенном половом акте может возникнуть гонококковая инфекция прямой кишки, носоглотки, слизистой оболочки рта, миндалин. Инфицирование глаз у взрослых возможно при внесении гонококков руками, загрязненными выделениями. У новорожденных инфицирование глаз происходит при прохождении через родовые пути больных матерей. Повышенная восприимчивость слизистых оболочек мочеполовых органов, прямой кишки, носоглотки, рта, миндалин, конъюнктивы объясняется биохимическими гормональными, иммунными и анатомо-физиологическими особенностями организма мужчин, женщин и детей.

Гонококки паразитируют и предпочтительно поражают слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием. При гонококковой инфекции имеет место как гуморальная, так и клеточная реакция, но не развивается защитный иммунитет, способность предотвратить реинфекцию. Обнаруживаемые в сыворотке крови противогонококковые антитела относятся к разным классам иммуноглобулинов (IgG, IgM, IgA). Значительная часть переболевших гонореей заражается ею повторно и даже многократно, иногда несмотря на высокий титр специфических антител в сыворотке крови и наличие выраженной сенсбилизации лимфоцитов к гонококкам. Кроме реинфекции возможна и суперинфекция при сохранении гонококка в организме. Известна относительная невосприимчивость к гомологичному штамму гонококка при «семейной гонорее», при которой гонококки не вызывают у своих постоянных носителей сколько-нибудь заметной воспалительной реакции, но обуславливают острое заболевание при заражении третьих лиц. Суперинфекция чужими возбудителями таких супругов сопровождается клинической картиной острой гонорей.

В настоящее время во всем мире отмечается рост устойчивых штаммов гонококка к антибиотикам пенициллинового и тетрациклинового рядов, которые до сегодняшнего дня использовались в практическом здравоохранении. Часто необоснованные терапевтические вмешательства при гонорее осложняются появлением хромосомной и плазменной резистентности гонококка к антибиотикам. Экспертами ВОЗ рекомендовано для лечения гонококковой инфекции использовать цефалоспорины, фторхинолоны, азалиды, и в качестве альтернативного лечения аミノгликозиды. При поиске химиопрепарата мы исходили из позиции эффективности в отношении гонорей, наш выбор остановился на азитромицине (сумамед), который обладает широким спектром антимикробного действия, связываясь с 50S субъединицей рибосом, подавляет биосинтез белков микроорганизма. В высоких концентрациях оказывает бактерицидный эффект. При приеме внутрь Сумамед хорошо всасывается и быстро распределяется по всему организму, проникая внутрь клеток, в том числе и в фагоциты, которые мигрируют в очаг воспаления, способствуя созданию терапевтической концентрации препарата в месте инфекции. Уже через 12-17 часов в месте воспаления создаются высокие терапевтические концентрации (1-9 мг/кг веса), превышающие минимальные подавляющие концентрации для возбудителей инфекции. Препарат обладает длительным периодом полувыведения и медленно выводится из тканей (в среднем 60-76 часов), указанные свойства определяют возможность однократного приема в сутки.

Результаты собственных исследований эффективности Сумамед при гонорее: под наблюдением находились 34 пациента: 20 мужчин и 14 женщин в возрасте от 17 до 50 лет с диагнозом: свежая гонорея, гонококковый уретрит, кольпит у женщин. Диагноз подтверждался бактериоскопическими и бактериологическими методами лабораторной диагностики. Штаммы гонококка оказались не чувствительными к целому ряду широко практикуемых химиопрепаратов, таких как пенициллин, тетрациклин, сульфаниламиды. Сумамед назначали в 1 – день по 1,0 гр. С 2-го по 5-ый день по 0,25 1 раз в сутки. Все больные предъявляли жалобы: на выделения из уретры гнойного или слизисто-гнойного характера, рези в уретре. У женщин гонорея протекала малосимптомно, а выделения расценивались как физиологические. Инкубационный период заболевания в среднем длился 4 дня (с вариациями от 2 до 14 суток). Клинические признаки и субъективные жалобы полностью исчезали на следующие сутки у 27 пациентов после приема Сумамед, у остальных 7 больных с сопутствующим уrogenитальным трихомониазом клинические проявления резко оскудели, дополнительно проводилась противотрихомонадная терапия, рассасывающая и витаминотерапия. Контрольные лабораторные исследования после провокации через неделю, месяц, 2 месяца после лечения показали отсутствие гонококков. Этиологическая излечимость была достигнута в 100% случаев. Осложнений заболевания и побочных эффектов после лечения Сумамедом не отмечалось ни у одного больного.

**Выводы:** Таким образом, Сумамед оказался высоко эффективным препаратом в лечении гонококковой инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.К. Скрипкин «Кожные и венерические болезни» г. Москва 2000 г. Искусство «Триада-х».
2. И.И. Ильин «Негонококковые уретриты у мужчин» г. Москва «Медицина» 1991 г.
3. В.И. Ткачук «Хронический простатит» Ленинград, «Медицина» 1989г.
4. В.И. Козлова «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталии» Санкт – Петербург, 2000г.
5. В.П. Адашавич «Инфекции, передаваемые половым путем» Руководство для врачей, Нижний Новгород 1999г.
6. Ю.К. Скрипкин «Инфекции, передаваемые половым путем» Москва, 1999г.

УДК 616.523- 08- 084: 615.281.8

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «ГЕВИРАН»***М.Б.Кыстаубаев**Кожвендиспансер Сайрамской ЦРБ Сайрамского района ЮКО с. Аксукеент***ТҮЙІН**

Ұшық жұқтырған үш топ пациент таңдап алынды. Бірінші топ ұшыққа қарсы алынды. Екінші топ иммунодуляторларды қабылдады. Үшінші топ вирусқа қарсы гевиран дәрісін қабылдады. Аурулар бір жыл көлемінде бақылауда болды. Алдыңғы екі топқа профилактикалық ем айтарлықтай нәтиже бермеді. Бақылау кезінде үшінші топта қайталану болмады. Қорытындылар: Гевиран дәрісі пациенттер үшін қолайлы және нәтижелі.

**SUMMARY**

Three groups of patients, infected by the virus of herpes were selected. The first group got antiherpes vaccination. The second group got an immunomodulator (interferon). The third group got an antiviral preparation geyron (aciclovir). The patients were observed during a year. The preventive treatment in the first two groups hadn't given a considerable effect. In the third group in the period of observation wasn't the recidivation. Conclusions: geyron is effective, handy in use and affordable for patients.

Дерматозы вирусной этиологии составляют довольно большую и часто встречающуюся группу кожных болезней. К ним относят герпесы, бородавки, контагиозный моллюск, остроконечные кондиломы. Весьма распространены эти заболевания и у детей, особенно с пятого года жизни (чаще всего вирусные дерматозы констатируются у детей в возрасте 5—8 лет). У взрослых вирусные заболевания кожи составляют 3—4%, у детей — до 9,5% дерматозов.

Несмотря на то, что занос вирусной флоры может происходить внутриутробно, в момент родов или в первые дни жизни ребенка, заболевание не развивается, так как с кровью матери поступают противовирусные антитела, что создает в организме плода и ребенка пассивный иммунитет. К началу второго года жизни этот иммунитет ослабевает, чем обуславливается возможность развития вирусных дерматозов. Пути проникновения вируса многочисленны: через кожу, инфицированные предметы, слизистые оболочки (при половом контакте с больными или вирусоносителями, поцелуях), воздушно-капельным путем. При отсутствии или сниженном иммунитете инкубационный период колеблется от нескольких дней до 2—3 нед.

Герпес простой (herpes simplex), или пузырьковый лишай, встречается наиболее часто. Инфекции, вызываемые вирусом простого герпеса (ВПГ), вернее, те клинические проявления, которые при этой инфекции появляются у больных, известны человечеству со времен античности. Само название «герпес» имеет греческое происхождение и означает «ползти», «подкрадываться». Инфекции эти встречаются достаточно часто и порой приводят к тяжелым осложнениям, вплоть до гибели больных.

По данным центра по контролю заболеваемости в США регистрируется до 500 000 новых случаев герпетической инфекции в год, а по сообщениям органов массовой информации, такими инфекциями поражены от 2 до 20 млн американцев. В Великобритании по степени роста герпетической инфекции гениталий существенно превосходят другие инфекции, передающиеся половым путем. Часто встречается эта инфекция и в Скандинавских странах, где ее, в частности, обнаруживали у 8% женщин, обратившихся в венерологические клиники. К группе вирусов герпеса относят 4 морфологически сходных вируса: ВПГ (вирус простого герпеса), вирус varicella-zoster — возбудитель ветряной оспы и опоясывающего лишая, вирус Эпштейна—Барра и цитомегаловирус. В 1962 г. было установлено наличие двух серотипов вируса простого герпеса, обозначенных как 1 и 2. Контакт с ВПГ-1, согласно данным серологических исследований, происходит к 18-му месяцу жизни практически у всех людей, и попадает вирус в организм, как правило, через дыхательные пути. После первого контакта с организмом вирус проникает в клетки ганглия тройничного нерва, где может сохраняться в латентной форме неопределенно долгое время, иногда всю жизнь, не вызывая клинических проявлений. Первый контакт с ВПГ-2 обычно наступает после полового созревания уже при начале сексуальной активности. После первичного проявления инфекции вирус, так же как и в случае ВПГ-1, переходит в неактивную форму, локализуясь в клетках сакрального ганглия, и способен сохраняться там в латентной форме неопределенно долго. В обоих случаях при некоторых, зачастую прямо противоположных, условиях (переохлаждение, перегревание, простудные заболевания, стрессовые состояния, носительство ВИЧ и пр.) оба вируса способны реактивироваться, вызывая рецидивы инфекции. ВПГ-1, как правило, вызывает высыпания в области рта, губ, керато-конъюнктивиты, а ВПГ-2 — высыпания в области гениталий. Особенности сексуального поведения могут приводить к противоположным явлениям, когда ВПГ-1 обнаруживают в очагах из области гениталий, а ВПГ-2 — в очагах на лице. Очень большое значение имеет тот факт, что ВПГ обладает онкогенными свойствами, особенно ВПГ-2. Заболевание отмечается у лиц обоего пола и всех возрастных групп. Выделяют несколько клинических форм простого герпеса, отличающихся по локализации, тяжести поражения, склонности к рецидивам.



Герпес- одна из самых распространенных вирусных инфекции человека. Описано более 100 типов герпесвирусов человека. Восемь из них могут вызвать заболевание. Уникальными свойствами герпесвирусов человека являются способность к персистенции и латенции. Персистенция – способность непрерывно и циклично размножаться. Латенция-пожизненное сохранение вирусов в нервных клетках. Более 90% жителей земного шара инфицированы одним или несколькими штаммами герпесвируса (80 % бессимптомное носительство, 20 % с клиническими проявлениями). Пути передачи: воздушно –капельный и контактный (половой). Факторы, снижающие иммунитет и способствующие рецидиву, это переохлаждение, стрессы, травмы, интоксикации. Наиболее часто встречающиеся – простой герпес (лабиальный поражает преимущественно лицо, генитальный или половой – половые органы).

Выбраны были три группы больных (взрослых) инфицированных этими видами герпеса, с рецидивами до 6 раз в год. Первая группа (4 человек) получала противогерпетическую вакцинотерапию, с целью создания иммунитета. Вторая группа (4 человек) получала иммуномодуляторы (интерферон). Третья группа (6 человек) получала противовирусный препарат «Гевиран» (ацикловир), компании «Польфарма» (Польша). Таблетки Гевирана по 200 и 400 мг. Больные с рецидивом до 3 раз в год получали по 200 мг 5 раз в сутки -5 дней. При иммунодефицитных состояниях разовую дозу повышали до 400 мг. При первичном генитальном герпесе – по той же схеме 10 дней. Назначался препарат при появлениях первых признаков инфекции. С профилактической целью по 400 мг 2 раза в сутки 6 месяцев. Наблюдались больные в течение 1 года. Профилактическое лечение в первых двух группах не дало значимого протективного эффекта. В третьей группе, у 4 больных в период наблюдения рецидивов не было.

**Выводы:** «Гевиран» эффективен, удобен в применении, экономически выгоден и доступен для пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ю.К. Скрипкин «Кожные и венерические болезни» г. Москва 2000 г.
2. З.Б. Есенгараева, Н.М. Молдабаева, З.Б. Кешилева, А.А. Кубанова «Тері және венерология аурулары» к. Алматы 1997 ж.
3. Е.В. Варапаев, «Герпесвирусная инфекция, краснуха при врожденных пороках развития» Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999 г. №3.
4. Л.М. Актаева «Вирусная инфекция как фактор риска развития врожденных аномалий плода» Вестник дерматологии и венерологии, 2003 г. № 3.
5. О.Л. Иванов «Кожные и венерические болезни» Москва, «Медицина» 1997 г.
6. В.И. Козлова «Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий», Санкт-Петербург 2000 г.
7. В.П. Адашкевич «Инфекции, передаваемые половым путем» Руководство для врачей 1999 г., Нижний-Новгород.

УДК 616.329- 002- 08

#### ГЭРБ. ПРИМЕНЕНИЕ ЛОСЕПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ

*Е.И. Липкина*

*Клиника Международного казахско-турецкого Университета г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Ас қорыту жүйесінің сырқаттары жиілеп барады. Оның ішінде кездесу жиілігіне және асқынту түрлеріне байланысты ерекше орын алатын - асқазан-өңеш рефлюксы сырқаты. Бұл мақалада әр түрлі дәрежедегі асқазан-өңеш рефлюксы сырқаты бар науқастарды бақылау нәтижелерін көрсеткенмін.

#### SUMMARY

All the more noticeable increase in the frequency of gastrointestinal diseases, among which occupies a special place gastroesophageal reflux disease (GERD) - a leading pathology, both in frequency and the spectrum of complications. The results of our own observations of patients with reflux disease gastroesophageal varying degrees.

Все более заметен рост частоты гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – ведущая патология, как по частоте, так и по спектру осложнений. Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни заключается в ее высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, приводят к гипердиагностике некоторых болезней.

Особую значимость гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь приобрела в последние годы, когда пристальное внимание было обращено на пищевод Баррета - осложнение ГЭРБ, которое увеличивает риск развития аденокарциномы пищевода. Выявление пищевода Баррета является значимым и достаточным основанием для проведения эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта

всем больным с хронической изжогой. Рост частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ее осложнений требует активного изучения проблемы ГЭРБ, необходимости внедрения современных алгоритмов диагностики, лечения и профилактики заболевания и его осложнений.

По данным ряда авторов, распространенность ГЭРБ достигает среди взрослого населения 50%. В странах Западной Европы и США широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что 40-50% лиц постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу - основной симптом ГЭРБ. Среди тех, кому было проведено эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта, в 12-16% случаев выявляется эзофагит различной степени выраженности. Развитие стриктур пищевода отмечено в 7-23%, кровотечения - в 2% случаев эрозивно-язвенного эзофагита. Среди лиц старше 80 лет с желудочно-кишечными кровотечениями эрозии и язвы пищевода были их причиной в 21% случаев, среди пациентов отделений интенсивной терапии, перенесших операции, - в 25% случаев. Пищевод Баррета развивается у 15-20% больных с эзофагитом. Аденокарцинома - у 0,5% больных с пищеводом Баррета в год при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% в год - при дисплазии высокой степени.

Целью данного исследования является ранняя диагностика ГЭРБ на основании жалоб, и клинических симптомов пациентов, своевременная адекватная терапия, и профилактика осложнений рефлюксной болезни пищевода.

Стратегия лечения ГЭРБ заключается в изменении образа жизни, правильном и длительном приеме прокинетики, Н2-блокаторов и ингибиторов протонной помпы.

Общие рекомендации при лечении ГЭРБ включают: - соблюдение режима питания и диеты (ограничение жиров, алкоголя, кофе, шоколада, цитрусовых; -дробное питание небольшими порциями, ранний ужин; -после приема пищи находиться в ортостатическом положении); - отказаться от курения; - не носить тесную одежду; - спать с приподнятым (не менее 15 см) головным концом кровати;- пожелание похудеть (при избыточной массе тела), предотвращать состояния повышающие внутрибрюшное давление; - ограничить прием лекарственных средств, вызывающих рефлюкс (седативные, транквилизаторы, антихолинэргические, бета-блокаторы, теофиллин, нитраты, простагландины).

Варианты медикаментозной терапии ГЭРБ: — при гастроэзофагеальном рефлюксе без эзофагита: изменение образа жизни, мотилиум по 10 мг x 4 раза в день 10 дней, антациды; — при рефлюкс-эзофагите 1 степени: Блокаторы Н+К+АТфазы 6 недель; — при рефлюкс-эзофагите 2 степени: Блокаторы Н+К+АТфазы 6-8 недель; — при рефлюкс-эзофагите 3 степени: на 8 недель назначается Блокаторы Н+К+АТфазы;— при рефлюкс-эзофагите 4 степени тяжести на 8 недель назначается Блокаторы Н+К+АТфазы.. Кроме этого необходимо назначение прокинетики (мотилиум, цизаприд) и сукральфата.

**Материал и методы.** Эндоскопические исследования проводились больным на аппаратах: Фиброэзофагогастроуденоскоп OLYMPUS GIF XQ 30; Фиброэзофагогастроуденоскоп OLYMPUS GIF XQ 20; Эндоскопический кабинет входит в состав диагностического отделения клиники МКТУ им. Х.А. Ясави. Кабинет занимает две смежные комнаты, в которых проводятся ФЭГДС. Исследования проводятся в плановом и при необходимости в экстренном порядке для больных стационара, родильного дома и поликлиники. Стационарные больные, направленные на ФЭГДС находились на лечении в отделениях: ревматологическое, аллергопульмонологическое, хирургическое, неврологическое, нефрологическое, профессиональных заболеваний. Обследования амбулаторных больных проводились по направлению участковых врачей и узких специалистов с территории поликлиники: микрорайоны 16, 17, 18, Сайрам, Восток, Север, ул. Валиханова, Жибек жёлы, 351 квартал; СВА Кайтпас -1 и Кайтпас -2, СВА «Айкап», Дачи Бөз Арык, Кайнар Булак, СВА Микрорайонов Наурыз, Самал -1, Самал -2, Нурсат, Отрар, Шапагат, БАМ, подростков, обучающихся в школах, расположенных на территории поликлиники.

В заключении использовалась Эндоскопическая классификация рефлюкс-эзофагита [М. Савари, Г. Миллер, 1977].

1 степень — отдельные не сливающиеся эрозии и (или) эритема дистальных сегментов пищевода.

2 степень — сливающиеся, но не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки эрозивные поражения.

3 степень - язвенные поражения нижних сегментов пищевода, сливающиеся и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки.

4 степень — хроническая язва пищевода, стеноз, пищевод Баррета (цилиндрическая метаплазия слизистой оболочки пищевода).

Мною в 2009 году проведено 2629 фиброэзофагогастроуденоскопий. Из них с ГЭРБ 1876 или 71%. В том числе: ГЭРБ – I степени – 1781; ГЭРБ – II степени – 76; ГЭРБ - III степени - 19.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с ГЭРБ – I ст. – 41 пациент и ГЭРБ - II ст. – 9 пациентов, которые принимали Блокаторы Н+К+АТфазы лосепразол 20 мг 1 раза в сутки утром до завтрака. Контрольная ФЭГДС проводилась через 20 и 40 дней от начала лечения. Клиническое улучшение отмечалось в течение первой недели у 48 пациентов или 96%. У 2 пациентов или 4% сохранялась клиника ГЭРБ, им пришлось сменить препарат Лосепразол на другой препарат. У 41 пациента с ГЭРБ I ст. через 20 дней приема препарата Лосепразол отмечалась эпителизация эрозий. На 40 день приема препарата Лосепразол было отсутствие клинических и эндоскопических признаков ГЭРБ I ст. Больные с ГЭРБ – II степени: двоим из девяти сменили препарат из-за отсутствия эффекта. Из 6 пациентов на 20 день лечения полностью

эпителизация эрозий произошла у 3 или 50% , у 50% больных отмечалась положительная динамика в виде уменьшения количества эрозий, их укорочение. На 40 день приема препарата Лосепразол отмечалось полностью эпителизация эрозий, но сохранялась эритема дистального сегмента пищевода.

**Вывод :** Применение препарата Лосепразол приводит к полной эпителизации эрозий при ГЭРБ – I степени и ГЭРБ – II степени при проведении 6 недельном и 8 недельном курсе лечения.

Таким образом, Лосепразол, являясь эффективным ингибитором желудочной секреции и препаратом выбора для лечения кислотозависимых заболеваний, демонстрирует высокий уровень безопасности, что позволяет использовать для поддерживающей терапии или терапии по требованию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая фармакология и терапия №13, 2004 «Безопасность ингибиторов протонного насоса при длительном применении», В. А. Исаков.
2. Гастроэнтерологический центр ВФН, 4-ая интерн.клиника ВФН ЛФ.УК.Прага Ремедия 2003(supplement 1):р. 18-25, «Антисекреторная терапия ингибиторами протонового насоса», Доктор Петр Маречек, Др.доцент м.н.Милан Лукаш <http://www.gastroscan.ru>, «Инструментальная диагностика рефлюкс-эзофагита»А.С.
3. Ермолов Т.П. Пинчук М.М. Абакумов И.Е. Галанкина А.Н. Погодина О.В. Квардакова Н.Е. Кудряшова
4. «Здоровье украины» номер 23-24, декабрь 2006г. «Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью», О.Я. Бабак, д.м.н., профессор, директор Института терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, г. Харьков

УДК 618.39:615.036.8

#### ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ АБОРТАХ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАВАМ

*А.М. Алтынбекова*

*Городская центральная поликлиника. г. Шымкент.*

#### ТҮЙІН

Дәрігерлік жолмен аборт жасау кезіндегі инфекциялық асқынудың алдын алу шарасы бойынша 18 әйел клаваммен емделді. Қолданылған емнің 94% жағдайда жоғары клиникалық тиімділігі анықталды.

#### SUMMARY

Clavam was appointed 18 women to the prevention of infection complications of abortion. Clavam demonstrated high clinical and bacteriological efficiency.

Послеоперационные инфекционные осложнения после абортів составляют по данным разных авторов от 7 до 25% [1,2,3]. Через два месяца после аборта хронический воспалительный процесс диагностируется в 18% случаев. Через два года в 12,5% случаев [1]. Наряду с хирургическими и организационными аспектами ключевую роль в предупреждении инфекционных осложнений и благоприятном исходе оперативного вмешательства имеет антибиотикопрофилактика. Назначение антибактериальных препаратов при медицинском аборте является рутинной практикой среди акушеров-гинекологов, в то же время "профилактическое" назначение курса антибиотикотерапии длительностью 3–5–7 суток считается устаревшим [4,5,6]. Суть современной периоперационной антибиотикопрофилактики заключается в создании необходимых концентраций антибиотиков в тканях с момента их возможной микробной контаминации и поддержание этого уровня в течение операции и 3–4 ч после операции (время генерации бактерий). Введение антибиотиков после операции не предотвращает развитие инфекции и является нерациональным, так как ведет к росту антибиотикорезистентности, нежелательных лекарственных реакций и дополнительным расходам. Экспериментальные и клинические данные, полученные в результате многоцентровых рандомизированных исследований, доказывают, что периоперационное применение антибиотиков позволяет снизить частоту послеабортных эндометритов в 2 раза, а частоту послеоперационных осложнений – с 20–40 до 1–5% [6]. Антибиотикопрофилактика позволяет не только существенно снизить риск осложнений, но и сохранить репродуктивную функцию пациенток. Для антибиотикопрофилактики в гинекологии используют в сочетании с метронидазолом цефалоспорины I–II поколения, фторхинолоны II поколения. Наиболее оптимальной считается антибиотикопрофилактика с использованием одного препарата, в частности, доказана высокая эффективность монотерапии при применении амоксициллина/клавуланата, относящегося к группе ингибиторозащищенных пенициллинов [4,5].

Препарат Клавам представляет собой комбинацию полусинтетического пенициллина амоксициллина и клавуланата калия, являющегося необратимым ингибитором β-лактамаз. Присутствие клавуланата калия предотвращает разрушение амоксициллина β-лактамазами, продуцируемыми многими грамположительными и грамотрицательными микроорганизмами. Это позволяет сохранить антибактериальную активность препарата и

расширить спектр действия амоксициллина на микроорганизмы, которые обычно резистентны к препарату по причине выработки ферментов разрушающих его.

**Цель исследования** – изучение эффективности препарата Клавам (амоксициллин/клавуланат) Алкем Лабораториз (Индия) при периперационном профилактическом применении при проведении операции искусственного прерывания беременности.

**Материал и методы исследования.** Препарат назначали 18 пациенткам при проведении операции искусственного прерывания беременности, средний возраст 21 год.

В исследование не включали женщин с сопутствующими заболеваниями – экстрагенитальными (сахарный диабет, иммунодефицит, гипотрофия, ожирение, острый инфекционный процесс и др.) и генитальными (воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции, передаваемые половым путем, предшествующие внутриматочные вмешательства), пациентки с аллергией на пенициллины.

С целью антибиотикопрофилактики препарат назначали перорально по 1 таблетке амоксициллина/клавуланата (Клавам, 500/125 мг) за 4 ч до операции; при наличии сопутствующих заболеваний или осложненном течении операции – повторный прием 1 таблетки амоксициллина/клавуланата (Клавам, 500/125 мг) через 10 ч после первого приема. В условиях стационара: внутривенное введение амоксициллина/клавуланата (Клавам) в дозе 1,2 г однократно во время вводного наркоза; при необходимости (наличие двух факторов риска или более) повторно через 4 ч (1,2 г внутривенно).

Определение эффективности профилактического применения препарата Клавам проводилось посредством амбулаторного наблюдения за состоянием пациенток после аборта в течение месяца.

**Результаты.** Из 18 пациенток 12 получали Клавам однократно, 4 женщинам потребовалось повторное применение, 2 оперируемым препарат применяли внутривенно. Одной из пациенток получавших препарат внутрь потребовалось курсовое послеоперационное применение антибиотика (было продолжено применение Клавама в течение 5 дней по 1 таблетке 625 мг 3 раза в день). Таким образом, эффективность периперационной антибиотикопрофилактики при неосложненных медицинских абортах препаратом Клавам (амоксициллин / клавуланат) составила 94%. Отмечена хорошая переносимость препарата Клавам, нежелательных явлений не отмечено.

**Выводы.** 1. Клиническая эффективность препарата Клавам для периперационной антибиотикопрофилактики при искусственном прерывании беременности составила 94%.

2. Препарат Клавам хорошо переносился пациентками, побочных явлений не зарегистрировано.

3. Учитывая результаты проведения исследования, препарат Клавам (амоксициллин/клавуланат) может быть рекомендован для периперационной антибиотикопрофилактики при абортах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г.М. Акушерство. – М.- 2000. – 816 с.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии/Под ред. проф.В.К.Чайки.- Донецк. -2006. -640 с.
3. Денисов Б.А., Саневич В.Н. Аборты в России. – М., 2009. 245 с.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М. – 2005. – 1152 с.
5. Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства применяемые в акушерстве и гинекологии. – М. - 2006. - 384 с.
6. Страчунский Л.С., Беденков А.В. Антибиотикопрофилактика в хирургии//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004 - № 6. - С.286 – 289.

УДК 616.147.17.-007.64-08

#### ТІК ІШЕКТІҢ КЕЙБІР АУРУЛАРЫН «РЕЛИФ» ПРЕПАРАТПЕН ЕМДЕУ

*М.Б. Аймагамбетов, Е.М. Тауасаров  
Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

В статье авторы делятся опытом лечения 65 больных острыми процессами в области прямой кишки с применением препаратов «Релиф», которые значительно сокращают сроки заживления и обладают обезболивающим, а также противовоспалительным действием.

#### SUMMARY

In this article the authors share with experience of treatment 65 sick of sharp processes in the field of a rectum with application of the preparation «Relif» which is considerably reduces term of healing and possesses of anesthetizing, and also anti-inflammatory action.

Геморрой-практологиялық аурулар ішіндегі бірінші орынды алады. Медицинаның дамуына байланысты Геморрой ауруында емдеу әдістерінің өзгеруі. Әсіресе соңғы жылғы әдістерге байланысты, жаңа склероздаушы

ерітінділер және аз инвазиялы әдістерді амбулаториялық жағдайда қолданылады. Негізгі фактор біріншілік және екіншілік геморрой рецидивінің алдын алу болып есептелетін созылмалы іш қатумен күресу. Науқастардың 2/3 бөлігі амбулаториялық жағдайда емдеуге болады. Геморроймен ауырған науқас бірінші болып емхана хирургына келіп тексеріледі. Мұның өзінде үлкен жастағы науқастарда тоқ ішектің қатерлі ісігі дамуына үлкен қауіп төнуде. Тік ішекті саусакпен тексергенде геморроидальді түйіндердің орналасуымен қан- тамырларының анықталуына қарап, хирург геморрой деген диагноз қоюға асықпауы тиіс. [1,2,3,]

Аналь маңы аймағы және анальды каналдың қызметі адам ағзасында әсерлі маңызға ие бұл ағзадағы патологиялық өзгерістер науқастарға жағымсыз әсер етіп, жедел дәрігерлік көмекті және медикаментоздық терапияны қажет етеді. Ең жиі кездесетін аурулар қатарына; геморроидальды ауру және анальды фиссура анальды жомның тарылуы, жедел және созылмалы анальды қабыну, крипті, сфинктерлі қабыну т.б. қазіргі кезде колопроктологиялық өзекті мәселе ауырсыну сезіміне анальгетиктердің әсер етпеуі, науқастардың анемиясына соқтыратын созылмалы қан кетулер, аурудың анальды каналдық және аналь маңы аймағының қызаруы мен қышынуы. Бұл аймақтың қанмен жақсы қамтамасыз етілуі және күшті иннервациясы, жасушалық кеңістіктің айқындылығының үлкен ағымда шектелмегендігі, операциядан кейінгі жараның спецификалық орналасуы, ішек құрамының түсуі және қосымша инфекцияланады. Анатомио-физиологиялық ерекшеліктеріне себепті бұл патологиялық процеске дәрігер назарын аудару қажет. Жоғарыда келтірілгеннен басқа жараның жазылуы және қабыну процесіне әсер етуі үшін, анальды канал аймағында жағымсыз жағдайлар тұдыратын дәрілік препараттарды енгізу қиындығын есте сақтау қажет. Осының барлығы науқастарға ұзақ уақыт қиындықтар туғызады. [4,5,]

**Мақсаты.** Емдеу нәтижесінде кейбір тік ішек ауруларында «Релиф» препаратын қолданып, науқастың жағдайын жақсарту.

**Материалдар және әдістер.** Проктологиялық науқастардың аноректальды аймағының қабыну процесіне тез әсер ететін, қан ағуды тоқтататын, ауру синдромын азайтатын және операциядан кейінгі кезеңді жеңілдету мақсатында тиімді әсер ететін дәрілік препарат Sigmel корпорациясының «Релифті» зерттедік. Бұл дәрілік препарат оң әсерлерлі мәнге ие болды: - құрамындағы бензокаиннің жергілікті ауырсынууды басатын және қабынуға қарсы әсері күшті; - какао майы негізінде жасалған суппозитерин анальды аймаққа енгізілгенде тез еріп, (1 минут ішінде) тез және тиімді әсер етеді; - құрамындағы ақула бауырының майы ацилглицериндер витаминдер А, Д, С бос май қышқылдары, сквален иммунды жүйенің стимуляторы ретінде әсер етеді, антиоксидантты қабынуға қарсы әсерлі; - құрамындағы ультра гидрокортисон қабынуға қарсы және гипосенсибилизациялық әсер етеді. Операция кезінде және операциядан кейінгі кезеңде жедел процесі консервативті емдеу кезінде қабынуға қарсы, анальгетик және гемостатикалық әсерін зерттеп үйрендік. анальды аймақ және анальды канал патологиясы кезінде «Релифтің» көмегімен қабыну және ауру синдромының азаюын үйрену үшін жеке топ науқастар жиналған. Сол кезде бұл препараттарды қабылдағанда асқинулардың пайда болуына көңіл аударылды.

**Нәтижесі.** 2005 жылдан бастап «Релифті» қолданып, 15-75 жас аралығындағы 65 науқасқа оң әсерін көрсетті. Операциядан кейінгі кезеңді зерттеу нәтижесінде негізгі және бақылаудағы топ науқастарында бұл дәрілік препаратты ауру синдромын төмендетуін және ұлпалардың тез регенерациялық қабілетіне көз жеткіздік. Анальды канал және анальмаңы аймақ ауруларда консервативті ем үшін 55 жағдайда ректальды суппозитериилер Релиф, Релиф – Адванс, Релиф – Ультра және Релиф – Адвакс мәзі қолданылған. Бұл препараттар жақсы қабылданады. Тек 2 жағдайда жағымсыз әсер байқалған, 1 жағдайда ісікті бөртпелер көбейгендігі анықталды. Бұл әсерлер препараттарды қабылдауды тоқтатқан соң жойылған. Зерттеу барысында біз келесі нәтижеге көз жеткіздік: -78 пайыз жағдайда қан ағумен жүретін геморрой қозуында Релиф балауызын флеботропты препараттарымен бірге қолдану жеткілікті; - жедел анальды фиссура кезінде Релиф - Адванс балауызы қолданған, 83 пайыз жағдайда алғашқы 2 - күні ауру синдромын басқан және анальды сфинктер спазмын тежеген; - геморроидальді түйіндердің жедел тромбозында Релиф – Адвакс мәзімен бірге Релиф – Ультра суппозитерин қолдану (жергілікті) жақсы нәтиже береді. Екеуінің қосындысы криптит және папилит кезіндегі қышынуға және басқа генездегі анальды қышыну кезінде комплексті терапия ретінде қолданады.

**Қорытынды.** Проктологиялық науқастарда Релиф препараттарын қолдану науқастың жағдайларын жақсартады және олардың жазылуын күшейтеді.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., Шельгин Ю.А. «Геморрой: современная тактика лечения» 2001г.
2. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. «Руководство по колопроктологии» М. Медпрактика, 2001. С.31-56
3. Ненахов В.А., Ветелкина В.Е., Монсеева А.Е. «Опыт лечения геморроя» //Тезисы докладов V всероссийской конференции «Актуальные вопросы колопроктологии» Ростов- на - Дону. 2001. Колоректальная хирургия под редакцией Робина. К.С. Филиппа. Перевод с английского под редакцией акад. РАМН Г.И. Воробьева. Москва «ГЭОТАР» Медиа 2009г. Стр.263-268. Основы колопроктологии. Ростов – на - Дону. 2001г Стр.232 – 235.

УДК 612.13: 612.171.7:615.22

**ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ наПФ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АГ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*Р.М. Жубандыкова*

*Жамбылская областная больница, г.Тараз*

**ТҮЙІН**

Артериалды гипертензия және созылмалы жүрек жетіспеушілігімен ауырған науқастарға эналаприлді ұзақ уақыт қолданғанда, қан қысымы тұрақты төмендеп, сол жақ қарынша қалпына келіп, диастолалық функциясы жақсарып, созылмалы жүрек жетіспеушіліктің клиникалық белгілері тоқтатылады.

**SUMMARY**

Beside sick heavy arterial hypertension, complicated by warmhearted insufficiency, long using enalapriili gives steadfast antihypertension effect and inverse development bulge left gastric that is accompanied the improvement diastolici functions left gastric and practically full reduction clinical symptom to warmhearted insufficiency.

Сердечная недостаточность(СН) является грозным осложнением артериальной гипертензии (АГ). Развитие синдрома СН при АГ свидетельствует о значительных нарушениях структурно-функционального состояния миокарда (ремоделировании) и является важным негативным прогностическим фактором для течения заболевания [4, 7]. Применение препаратов, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента), способно замедлить прогрессирование ремоделирования сердца, а также способствовать обратному развитию гипертрофии миокарда[1, 6, 7]. Наиболее изученным при данной клинической ситуации является ингибитор ангиотензинпревращающего фермента эналаприла малеат. Так, анализ эффективности длительного использования эналаприла у больных с бессимптомной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) у больных АГ по сравнению с плацебо (исследование SOLVD-Prevention) показал достоверное снижение частоты развития сердечно-сосудистых осложнений и госпитализаций [5, 6]. Большинство пациентов в данном исследовании имели мягкую и умеренную эссенциальную АГ, тогда как данные литературы об эффективности эналаприла у больных тяжелой и ренопаренхиматозной АГ лимитированы [2]. Кроме того, в доступной литературе практически отсутствуют данные об особенностях действия эналаприла у больных АГ с различной степенью выраженности СН, а также в зависимости от ее типа – преимущественно диастолического или преимущественно систолического.

Задача настоящего исследования – изучение эффективности длительной терапии эналаприла у больных тяжелой АГ, течение заболевания у которых осложнилось развитием СН.

**Материал и методы.** Под наблюдением в течение 12 мес. находилось 44 больных АГ с клиническими проявлениями синдрома СН в возрасте 42±2 года. У всех больных была АГ III ст., риск IV.

Показатель	1-я группа (n=22)	2-я группа (n=19)
Мужчины	11 (50%)	10 (53%)
Женщины	11 (50%)	9 (47%)
Возраст, годы	40±3	44±3
Длительность АГ, годы	8±3	12±2
Ангиопатия сетчатки	20 (90%)	19 (100%)
Гипертрофия ЛЖ на ЭКГ	21 (95%)	18 (94%)
Протеинурия	15 (68%)	12 (63%)
САД, мм рт. ст.	207±11	188±9
ДАД, мм рт. ст.	123±4	114±4
ЧСС в минуту	83±5	88±4
Гиперхолестеринемия, 200 мг/дл	11 (50%)	8 (42%)
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	28,1±1,2	27,9±1,3
Курение	10 (45%)	8 (42%)
Примечание. В скобках - процент больных.		

Таблица 1. Клиническая характеристика больных обследованных групп

Назначению лечения предшествовал 7-дневный период отмены всех других антигипертензивных препаратов. Лечение начинали с пробной дозы эналаприла 5 мг и при отсутствии синдрома "гипотонии первой дозы" назначали 10 мг один раз в день с постепенным увеличением дозы вдвое через каждые 5 дней до

достижения целевого АД ниже 140/90 мм рт. ст., появления побочных эффектов или достижения дозы 40 мг в сутки. После увеличения дозы более 20 мг в сутки эналаприл назначался два раза в сутки. При неэффективности лечения на дозе 40 мг к терапии добавляли гидрохлортиазид в суточной дозе 12,5–50 мг. Трое больных были в дальнейшем исключены из наблюдения вследствие развития побочных эффектов, вероятно, связанных с приемом иАПФ: у двух из них - сухой кашель, у одного - головная боль. Таким образом, окончательно в исследование вошел 41 пациент с АГ, осложненной СН.

Для более полной оценки эффективности терапии все больные в зависимости от клинических проявлений СН были разделены на две группы: 1-я – 22 пациента с проявлениями СН I стадии согласно классификации В.Х.Василенко и Н.Д.Стражеско, 2-я – 19 пациентов с СН II стадии. Все исследования проводили до начала лечения, на этапе 3, 6 и 12 мес.

**Результаты и их обсуждение.** Клиническая характеристика больных сравниваемых групп до назначения препаратов представлена в таблице №1. Как видно из табл. 1, больные обеих групп исходно не различались по основным демографическим показателям. Одинаковым было и распределение основных факторов риска, частоты выявляемости признаков гипертрофии ЛЖ на электрокардиограмме и ангиопатии во время исследования глазного дна. Больные 2-й группы были более старшего возраста и у них отмечена тенденция к большей длительности АГ. Несмотря на отсутствие статистически значимой разницы, обращало на себя внимание более низкое значение уровней САД и ДАД у пациентов 2-й группы при тенденции к большей ЧСС.

Кроме указанных выше различий в величине АД, у больных 2-й группы по сравнению с 1-й отмечены достоверно большие размеры объемов ЛЖ и меньшие ФВ. При этом в 1-й группе абсолютные величины этих показателей практически не отличались от нормальных значений, и только размеры ЛП были значительно увеличены. Такие изменения внутрисердечной гемодинамики характерны для преимущественно диастолического типа дисфункции ЛЖ. Во 2-й группе на фоне роста размера ЛП наблюдалось значительное увеличение полости ЛЖ и снижение ФВ, что характерно для преимущественно систолического типа дисфункции ЛЖ. При этом не отмечалось достоверных различий между группами по параметрам, характеризующим степень развития гипертрофии ЛЖ.

Таким образом, в наблюдаемой нами категории больных формирование СН на фоне АГ имело определенную стадийность: при I стадии СН симптоматика появлялась на фоне преимущественно диастолической дисфункции ЛЖ, тогда как формирование II стадии СН сопровождалась развитием преимущественно систолической дисфункции ЛЖ.

Титрование дозы препарата в соответствии с вышеописанными критериями приводило к прогрессирующему достоверному снижению АД. К 6-му месяцу на фоне терапии САД в 1-й группе снизилось в среднем на 44 (21%) мм рт. ст., во 2-й группе – на 31 (16%) мм рт. ст. Снижение ДАД в группах составило 29 (23%) мм рт. ст. и 18 (16%) мм рт. ст. соответственно. Существенной динамики ЧСС в обеих группах к этому периоду выявлено не было. Средняя доза эналаприла у больных 1-й группы составила  $32 \pm 3$  мг в сутки, тогда как во 2-й – только  $23 \pm 2$  мг в сутки ( $p < 0,05$ ). Антигипертензивное лечение с помощью подобранной дозы эналаприла позволило поддерживать достигнутое снижение АД на протяжении 12 мес наблюдения.

Антигипертензивный эффект эналаприла у больных обеих групп сопровождался регрессом клинических симптомов СН: в 1-й группе из 22 больных к концу 12-месячного периода наблюдения симптомы СН наблюдались только у 5 (23%) из них, во 2-й группе – из 19 пациентов только у 8 (42%). При этом у всех наблюдававшихся в течение 12 мес больных не было выявлено достоверной динамики ни одного из мониторируемых гематологических и биохимических параметров. Из 25 больных с исходной протеинурией у 12 (48%) отмечалось её полное исчезновение. Снижение АД в 1-й группе на протяжении 12 мес не приводило к существенной динамике размеров полости ЛЖ, однако была отмечена тенденция к росту ФВ. При этом достоверно уменьшался размер ЛП (на 13%;  $p < 0,05$ ). Указанные изменения внутри сердечной гемодинамики сопровождалось регрессом эхокардиографических признаков гипертрофии ЛЖ: отмечалось уменьшение толщины стенок, снижение ММЛЖ (на 16%;  $p < 0,05$ ). Полученные данные можно расценивать как признаки улучшения диастолической функции ЛЖ на фоне его гемодинамической разгрузки и уменьшения степени гипертрофии.

Таким образом, снижение АД и обратное развитие гипертрофии ЛЖ, наблюдаемые на фоне длительного лечения ЭМ у больных 1-й группы, сопровождалось улучшением диастолической функции ЛЖ и практически полным купированием клинических симптомов СН, во 2-й группе достоверное снижение уровня АД приводило к достоверному уменьшению (исходно увеличенных) КДО (на 17%) и КСО (на 25%). Опережающее уменьшение КСО в сравнении с КДО приводило к достоверному росту ФВ (на 15%), что свидетельствовало об увеличении сократительной способности миокарда ЛЖ на фоне проводимой терапии эналаприлом. Также во 2-й группе наблюдалась тенденция к снижению величины ЛП. Следует отметить, что, несмотря на уменьшение КДО и КСО, а также рост ФВ во 2-й группе, абсолютные величины этих показателей были достоверно хуже в сравнении с аналогичными в 1-й группе. У больных 2-й группы, так же как и в 1-й, наблюдался достоверный регресс эхокардиографических признаков гипертрофии ЛЖ. При этом если в 1-й группе снижение ММЛЖ происходило преимущественно за счет уменьшения толщины стенок сердца, то во 2-й – за счет уменьшения размеров полости ЛЖ.



Таким образом, антигипертензивный эффект длительной терапии эналаприлом у больных 2-й группы сопровождался уменьшением объемов сердца, улучшением сократительной способности миокарда ЛЖ, обратном развитии признаков гипертрофии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арабидзе Г.Г., Арабидзе Г.Р. Кардиология 1997; 8: 88-95
2. Lazarus JM, Bourgolgnie JJ, Buckalew VM. et al. Hypertension 1997; 29: 641-50.
3. Lentner C. Geigy Scientific Tables. New Jersey, 1990; 77.
4. Korner IP, Lennings G. J Hypertension 1998; 16: 715-23.
5. Kostis JB. Am J Hypertens 1995; 8: 909-14.
6. Opie L. Angiotensin converting enzyme inhibitors. New York, 1994; 316.
7. 1999 WHO - ISN guidelines for the management of hypertension. J Hypertens. 1999; 11: 905-1

УДК 616.127-002-005.8-085

#### ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДЕ

*Р.М.Жубандыкова*

*Жамбылская областная больница, г.Тараз*

#### ТҮЙІН

Мақалада миокард инфарктімен ауырған науқастарға, тромболитикалық препараттарды неғұрлым ерте қолданғанда, тәжді қан тамырларындағы қанның айналуы қалыпты жағдайға келіп, миокардтың гемодинамикасы сақталады.

#### SUMMARY

The article says that the earliest introduction of thrombolytic drugs to patients (MI), myocardial infarction, can effectively restore coronary beds and ensure the preservation of hemodynamics.

Инфаркт миокарда (ИМ) – самое частое и грозное патологическое состояние, требующее неотложного медицинского вмешательства. Еще в начале 60-х годов оно приводило к быстрой смерти 30-50% заболевших. Создание палат интенсивной терапии, оборудованных аппаратурой для мониторингового наблюдения за нарушениями ритма, в сочетании с внедрением электроимпульсной терапии и новых противоаритмических препаратов снизило смертность от ИМ почти наполовину. Тромболитические препараты, которые на сегодня являются главными в лечении ИМ, позволили в ведущих клиниках мира снизить смертность от этого заболевания до 7% и даже до 5%.

Тромболитические препараты были впервые применены в клинической практике благодаря стараниям В. Тиллета и С. Шерри еще в 1949 г. а в 1958 г. тот же С. Шерри вместе с А. Флетчером и Н. Алкерсиг уже доложили об успешном применении стрептокиназы (СК) для лечения больных ИМ. Однако необходимость тромболитических препаратов при этой патологии была всеми признана лишь после 1989 г.

В настоящее время в мире применяют следующие типы тромболитических средств стрептокиназу (СК), урокиназу, ацилированный комплекс плазминогена с СК (АПСАК) и тканевый активатор плазминогена (ТАП). Последний имеет некоторые преимущества, но высокая стоимость препарата ограничивает его применение. Отечественный фибринолизин оказался менее эффективным и в настоящее время не производится. Схема проведения тромболитической терапии при ИМ. **Показания:** Боль в грудной клетке, типичная для острой ишемии миокарда, длительностью до 12 ч. Боль не устраняется нитратами и не имеет явной причины внесердечного происхождения. Позже 12 ч тромболитическую следует проводить пациентам с наиболее неблагоприятным прогнозом, у которых можно ожидать наибольшей пользы (старше 75 лет, в случаях обширного поражения, продолжающихся ангинозных болей, артериальной гипотензии). В этих случаях можно рассчитывать на спасение 10 жизней на 1000 леченых. Тромболитическая терапия проведенная в течение часа с момента появления болевого синдрома снижает летальность на 50 %, впервые 6 часов снижает летальность на 24%, иногда инфаркт миокарда удается предотвратить. Изменения на ЭКГ: – недавно или предположительно недавно появившиеся зубцы Q продолжительностью более 0,03 с с амплитудой более 0,2 мВ; эти изменения должны отмечаться в 2 из 3 "нижних" (II, III, aVF) или 2 из 6 прекардиальных (V1 – V6) отведениях или в I и aVL; – недавно или предположительно недавно появившийся подъем ST на 0,1 мВ и более; подъем ST измеряют на расстоянии 0,02 с от окончания зубца S; – блокада ножки пучка Гиса.

Если систолическое АД превышает 180 мм рт. ст., сначала надо добиться его снижения, предпочтительно с помощью внутривенного введения атенолола или лабеталола. **Противопоказания:** Абсолютные: – кровотечение на момент обследования; – инсульт; – желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца; – недавно перенесенное (в предшествующие 3 нед) большое хирургическое вмешательство, большая травма или травма головы; – расслаивающая аневризма аорты; – известные геморрагические диатезы. Относительные (возможный риск должен тщательно сопоставляться с пользой): – проходящие ишемии мозга в предшествующие 6 мес; – лечение оральными антикоагулянтами –



антивитаминами К; – беременность; – недавняя травматическая сердечно-легочная реанимация (более 10 мин); – рефрактерная артериальная гипертензия (АД > 180/100 мм рт. ст.); – недавняя пункция несдавливаемого сосуда; – недавнее лечение сетчатки лазером.

**Методика.** Желательно, чтобы промежуток от поступления больного в стационар до начала тромболитической терапии не превышал 30 мин. Внутривенное введение СК осуществляют следующим образом: 1 500 000 ЕД вводят в 100 мл 5% глюкозы или 0,9% натрия хлорида за 30 – 60 мин. Введение гепарина не обязательно, возможно его подкожное введение по 12 500 ЕД 2 раза. Специфическими противопоказаниями является предшествующее (до 5 дней) применение СК или анистреплазы. ТАП (альтеплазу) вводят по следующей схеме: 15 мг препарата внутривенно болюсом, затем по 0,75 мг/кг в течение 1 ч внутривенно за 30 мин, далее 0,5 мг/кг в течение 1 ч; общая доза 100 мг. Гепарин вводят внутривенно в течение 48 ч. АПСАК (анистреплазу) вводят в дозе 30 ЕД внутривенно в течение 5 мин. Специфическими противопоказаниями являются предшествующее применение СК или анистреплазы за 5 дней и известная аллергия на СК/анистреплазу. Урокиназу вводят в дозе 2 000 000 ЕД внутривенно болюсом или 1 500 000 ЕД болюсом + 1 500 000 ЕД в течение 1 ч. Гепарин вводят в течение 48 ч.

При появлении признаков реокклюзии или повторного ИМ с подъемом ST или блокадой ножки пучка Гиса следует вновь провести тромболитическую или ангиопластику. В период от 5 дней до 2 лет нельзя повторно применять СК или АПСАК. Антитела к СК сохраняются по крайней мере в течение 2 лет. Применение альтеплазы и урокиназы не приводит к образованию антител.

Оценка эффективности тромболитической терапии Существует несколько маркеров успешности тромболитической терапии. Уменьшение подъема ST в 12 стандартных отведениях ЭКГ через 1 – 4 ч после начала тромболитической терапии – самый простой и полезный клинический признак для оценки эффективности тромболитической терапии. Предсказательное значение этого показателя может быть усилено путем комбинирования его с уровнем миоглобина сыворотки и тропонина Т, которые могут быть быстро определены.

Дополнительными признаками эффективности тромболитической терапии могут быть прекращение ангинозной боли и значительное (на 40 – 100%) повышение активности ферментов, прежде всего креатинфосфокиназы. Появление реперфузионных аритмий – ускоренный идиовентрикулярный ритм, желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, атриовентрикулярные (АВ) блокады и др. – также может привлекать внимание, но может рассматриваться и в качестве осложнения. Следует отметить, что сократительная способность миокарда при реперфузии восстанавливается не сразу (феномен "оглушенного миокарда").

**Осложнения.** Тромболитическая терапия может сопровождаться нежелательными реакциями. Вероятность возникновения осложнений зависит от учета абсолютных и относительных противопоказаний, выбора препарата и метода проведения тромболитической терапии. Реперфузионные аритмии – частое осложнение тромболитической терапии и одновременно косвенное свидетельство ее эффективности – отмечаются у 20 – 60% больных. Чаще всего встречаются ускоренный идиовентрикулярный ритм, желудочковые экстрасистолы, пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии, переходящая АВ-блокада, фибрилляция желудочков. Лечение аритмий осуществляется по тем же принципам, как и аналогичных нарушений ритма и проводимости, не связанных с реперфузией.

Реокклюзия коронарной артерии наблюдается в 15 – 20% случаев и часто протекает бессимптомно. У части больных реокклюзия проявляется возобновлением ангинозной боли и ухудшением гемодинамики. Для предупреждения и лечения этого осложнения вводят нитроглицерин и гепарин внутривенно капельно. Артериальную гипотензию обычно корректируют посредством скорости введения тромболитического препарата. Если этого недостаточно, то назначают инфузионную терапию и кортикостероидные гормоны (преднизолон по 30 – 60 мг, а при отсутствии эффекта – дофамин по 2 – 5 мкг/кг в 1 мин). Аллергические реакции требуют немедленного прекращения введения тромболитического препарата и, в зависимости от клинических проявлений, назначения антигистаминных препаратов, кортикостероидных гормонов, бронхолитических средств, а при развитии анафилактического шока – адреналина. Если возникает необходимость в электрокардиостимуляции или гемодинамическом мониторинге, целесообразно сделать это до начала тромболитической терапии. Пункция подключичной или внутренней яремной вены противопоказана.

Грозным осложнением тромболитической терапии является внутричерепное кровоизлияние. Широкому внедрению новых способов введения тромболитических препаратов препятствует соображение о том, что улучшение реперфузии может привести к более частому возникновению внутричерепных кровоизлияний. Более часто они наблюдаются при применении фибринолитических средств по сравнению с СК. Это продемонстрировано в исследованиях GUSTO 2 А, ТІМІ 9 и НІТ 3. Геморрагический инсульт обычно развивается у больных старческого возраста с неконтролируемой артериальной гипертензией и отягощенным неврологическим анамнезом, поэтому данной категории больных тромболитическая терапия противопоказана. При развитии геморрагического инсульта его лечение проводится так же, как и без проведения тромболитической терапии.

При дозе СК 1 500 000 ЕД за 1 ч риск внутричерепных кровоизлияний составляет 1 – 10 на 1000 леченых больных. Желудочно-кишечные кровотечения различной степени тяжести можно ожидать у 5% больных, мочеполовые кровотечения – с той же частотой. Частота внутричерепного кровоизлияния после гТАП

зависит от дозы. При дозе 150 мг она составляет 15 – 20 на 1000, а при дозе 100 мг – 5 – 10 на 1000. Внутривенные кровоизлияния при применении АПСАК четко не зарегистрированы. Даже при эффективном тромболизисе сохраняется повышенный риск возникновения ишемии, поскольку остается атеросклеротическая бляшка. В связи с этим у больных сохраняется риск рецидива и повторного ИМ в дальнейшем.

У части больных, несмотря на терапию аспирином и гепарином, после успешного тромболизиса вновь возникают боль в грудной клетке, повторный тромбоз коронарной артерии с развитием ИМ. Коронарный тромболизис слабо влияет на те гемодинамические факторы в пораженной атеросклерозом коронарной артерии, которые способствуют активации фибриногена и образованию тромба, он лишь на какое-то время восстанавливает коронарный кровоток. Больным после успешного тромболизиса с целью предотвращения повторного тромбоза коронарной артерии показана экстренная операция коронарного шунтирования или баллонная ангиопластика с постановкой стента.

Колебания риска ОИМ в течение суток, вероятно, обусловлены суточными колебаниями активности коагуляции и эффектом подъема с постели после сна. Влияет ли различный баланс между коагуляцией и фибринолизом на физиологическом уровне на эффект тромболитических препаратов, остается неясным. Делаются попытки разработать более безопасные и эффективные тромболитические средства. Информированность населения о симптомах ИМ и развитие более быстрой и эффективной системы неотложного реагирования также могут улучшить исход тромболитической терапии благодаря укорочению времени между появлением симптомов и введением тромболитического препарата.

Современный врач должен знать, что наиболее раннее введение тромболитического препарата больному ИМ является наилучшим способом спасти человека и обеспечить сохранность гемодинамики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов В.Н. Конспект врача. Выпуск № 58 (1446).
2. Елизавета П.П. Руководство по кардиологии 1998: 32-38.
3. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни 2003: 506-513.

УДК 614.27:616-056.3(574)

#### ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АЛЛЕРГИИ В РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА

*Ж. У. Гулимбетова, Г. М. Есеева, Р. А. Шаймерденова, Р. А. Шаймерденова*

*Провизор УМО ДНКБ РК по Кызылординской области и по г. Байконур, г. Кызыл-Орда  
Районная поликлиника с. Т. Рыскулова, Тюлькубасский район ЮКО*

*Городская поликлиника №5, Г. Тараз*

*Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Дәрілік аллергиялардың болуы емдеу әдісін таңдауда дәрігер кеңесін қажет етеді. Аллергия қиын айтылатын және дәрілік қасиеттері секілді анықталатын, сондай-ақ аурудың ағзаларының ерекшеліктеріне байланысты болады. Дәрілік аллергиялардың клиникалық көрінулері көптүрлі және олар барлық түрлі ағзаларды, тіндерді оятады. Көңіл-күй стресі, ағзаның гормонды ауысулары, жыныстық кезеңнің оянулары, жүктілік, климакс, етеккір айналымы-бұлардың барлығы аллергияның дамуына жол береді.

#### SUMMARY

Manifestation of drug allergy requires a physician's advice for the selection of treatment, prevention of recurrent allergic reactions. Allergies are difficult to predict and are determined by the properties of both drugs and peculiarities of the patient's body. Clinical manifestations of drug allergy are diverse; they may affect a variety of organs and tissues. Emotional stress, periods of hormonal changes of the body - during puberty, pregnancy, menopause, and menstrual period - can contribute to the development of allergies.

Аллергия лекарственная, пищевая, бытовая, химическая, да и любые ее формы способны причинить человеку не удобства. Аллергия отнимает при этом не только часть нашего делового настроения, трудоспособного времени, но и является признаком первых обращений в поликлинику. С каждым годом аллергия все больше проникает в структуры заболеваемости среди населения, а по данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время аллергические болезни занимают по распространенности третье место. Аллергия не щадит ни взрослых, ни детей. Чаще всего аллергия бывает от применения лекарственных препаратов, вернее от непродуманного или чрезмерного применения их. Что же мы наблюдаем при злоупотреблении лекарственными препаратами? Аллергические реакции, аллергические риниты или конъюнктивиты. Стараемся почему-то лечиться самостоятельно, покупая в аптеке те или иные безрецептурные препараты, и только в случае неоднократного повторения эпизодов аллергии обращается за

помощью к врачу. Что же такое аллергия? Это повышенная (измененная) чувствительность организма к какому-либо веществу-аллергену. Лекарственная аллергия. Большинство лекарственных препаратов не являются истинными антигенами, но становятся ими после прочного соединения с белками собственного организма. Среди лекарств, наиболее часто вызывающих аллергические реакции, следует назвать антибиотики группы пенициллина, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные препараты, тиазидные диуретики, местные анестетики, транквилизаторы, барбитураты, рентгеноконтрастные вещества, препараты йода. Течение лекарственной аллергии трудно предсказуемо и определяется как свойствами лекарства, так и особенностями организма больного. Многообразны и клинические проявления лекарственной аллергии, они могут затрагивать самые различные органы и ткани. Предрасполагающими условиями для развития лекарственной аллергии являются: нанесение лекарств на воспаленные участки кожи и слизистых; использование препаратов пролонгированного действия; использование в составе лекарственных препаратов ароматических веществ, содержащих терпены (ароматические вещества из лаванды, фиалки, гвоздики и др.); физиологические особенности пациента - переходный возраст, беременность, климакс. Потребление в пищевом рационе большого количества сладкого - усиливается выраженность проявления аллергических реакций. Эмоциональный стресс. Периоды гормональной перестройки организма - период полового созревания, беременность, климакс, менструальный период. Воздействие солнечной радиации.

Всякое проявление аллергии требует консультации врача для выбора тактики лечения, профилактики повторных аллергических реакций. Получив консультацию врача, большинство пациентов соблюдают профилактические меры, а в случае повторения эпизодов аллергии прибегают к самопомощи. Обратиться к врачу повторно необходимо в следующих ситуациях: появились новые проявления аллергии (например, на фоне крапивницы отмечается затрудненное дыхание, приступы удушья); проявления аллергии не поддаются лечению ранее прописанными средствами; остро возникшие проявления аллергии сохраняются в течение длительного времени или эпизодически повторяются. Ситуации, требующие экстренной диагностики и лечения: возникли угрожающие жизни симптомы - тяжелая одышка, затруднение дыхания, нарушения со стороны нервной системы, резкое падение артериального давления; возникновение признаков отека гортани - осиплость голоса, «лающий» кашель, затруднение дыхания; распространение аллергического отека на верхнюю половину лица; проявление выраженного беспокойства, чувство страха, выраженной слабости; повышенная двигательная активность; абдоминальный синдром — появление тошноты, возможно рвоты, а затем присоединение болей в животе различной интенсивности. Советы для пациентов с поллинозами. В период обострения поллиноза резко повышается перекрестная чувствительность ко всем другим аллергенным воздействиям - усиливается риск возникновения аллергической реакции на домашнюю пыль, шерсть животных, медикаменты. Наибольшая концентрация пыльцы в воздухе наблюдается рано утром и в сухие жаркие дни, поэтому в этот период времени лучше не находиться на открытом воздухе. На работе и дома по возможности не открывать окна, особенно в ранние часы. Пользоваться очистителями воздуха, улавливающими пыльцу растений в помещении. Чаще принимать душ, смывая пыльцу. Плотно закрывать окна в машине, особенно находясь за городом. Больному с поллинозом следует рекомендовать изучить список родственных растений и фитопрепаратов, так как употребление их внутрь или местно в виде примочек, компрессов может привести к обострению проявлений аллергии. Необходимо помнить, что комнатные растения (герань, примула), садовые и полевые цветы (сирень, жасмин, роза, ландыш, фиалка и др.) могут вызывать обострения болезни, так как содержат общие антигены с пыльцой деревьев, луговых трав и сорняков.

Характеристика лекарственных препаратов, применяющихся при аллергических реакциях. Для лечения различных проявлений аллергии фармацевтическая промышленность предлагает значительное количество препаратов, предназначенных как для системного (таблетки, драже, сиропы и т. д.), так и местного применения (мази, гели, кремы, капли для носа и глаз и др.). Многообразие лекарственных форм создает благоприятные условия для выбора оптимального препарата в зависимости от клинической формы проявления аллергии. По возможности, предпочтение следует отдавать препаратам для местного применения, что позволяет снизить частоту и уменьшить выраженность характерных побочных эффектов, присущих различным противоаллергическим препаратам.

Основными фармакологическими группами препаратов для лечения аллергических реакций являются антигистаминные средства, стабилизаторы мембран тучных клеток, глюкокортикостероиды. Большинство препаратов этих групп относится к категории рецептурных, но в отдельных случаях могут отпускаться и без рецепта - в виде лекарственных форм для местного применения. То есть при приступах удушья, болей в животе необходимо применять гистаминные препараты, чтобы снять спазм гладких мышц бронхов, кишечника, матки. Их следует применять при отеке слизистых оболочек и тканей, при нарушениях микроциркуляции, сгущение крови и увеличении ее вязкости, а также при гиперемии, чихании, зуде кожи и слизистых оболочек, заложенности носа, ринореи, диареи.

Антигистаминные средства (блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминорецепторов). Основным медиатором аллергии является гистамин. Именно эффекты гистамина определяют большинство клинических проявлений аллергической реакции. Фармакологические свойства гистаминоблокаторов обусловлены их способностью блокировать рецепторы к гистамину, в результате чего уменьшается выраженность проявлений аллергических

реакций. Кроме основного-противоаллергического эффекта -препараты этой группы могут оказывать седативное (угнетающее ЦНС) и М-холинолитическое (атропиноподобное) действие.

В настоящее время антигистаминные препараты делят на три поколения. В основу классификации положены: длительность действия, фармакокинетические особенности, нежелательные реакции. Нежелательные побочные эффекты антигистаминных препаратов I поколения: выраженное седативное и снотворное действие; негативное действие на ЦНС -нарушение координации, головокружение, снижение концентрации внимания; М-холинолитическое (атропиноподобное) действие -сухость во рту, тошнота, рвота, диарея или запор, тахикардия и др.; быстрое развитие привыкания к препарату (тахифилаксия); кратковременность действия и многократность применения в течение суток. Характерные особенности антигистаминных препаратов II поколения. Имеют очень высокую специфичность и сродство к H1-гистаминорецепторам. Не обладают М-холинолитическим действием. В терапевтических дозах не проникают через гематоэнцефалический барьер, не оказывают седативного и снотворного действия. Могут применяться в любое время суток (в том числе в первой половине дня). Хорошо всасываются из желудочно-кишечного тракта. Не установлена связь между абсорбцией препарата и приемом пищи. Не вызывают тахифилаксии. Имеют быстрое начало действия и выраженную продолжительность основного эффекта (до 24 часов). Применяются 1 раз в сутки.

Антигистаминные препараты III поколения представлены в последние годы препаратом телфаст (фексофенадина гидрохлорид). Телфаст — высокоселективный блокатор H1-гистаминорецепторов, который не проникает через гематоэнцефалический барьер, не обладает седативным и снотворным действием, быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте и оказывает пролонгированное действие. Безопасность применения препарата у беременных и детей до 12 лет изучена недостаточно, поэтому в настоящее время у этой категории больных применение препарата не рекомендовано.

Формы аллергической патологии, при которых рекомендуется назначение антигистаминных препаратов: аллергодерматозы с выраженным зудом (острая и хроническая крапивница); холодовая крапивница; отек Квинке; поллиноз; круглогодичный или сезонный аллергический ринит; круглогодичный или сезонный аллергический конъюнктивит; реакции на укусы насекомых; лекарственная аллергия; псевдоаллергический синдром на пищевые продукты; предупреждение аллергических осложнений при вакцинации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зарудий Ф. С. Гистамин и противогистаминные средства. Уфа, 1997. 244 с.
2. Компендиум 2000/2001 лекарственных препараты / Под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова.— К.: Морион, 2001. 1462 с.
3. Кузык Р. В., Зузук Б. М., Куровец Л. М. Лекарственные растения и перспективы антиаллергической терапии // Провизор. 1998 № 8. С. 37–43.
4. Лусс Л. В. Аллергические и псевдоаллергические реакции на медикаменты // Провизор. 1998. № 8. С.50–51.
5. Мнушко З. А., Грекова И. А. Потребительский выбор антигистаминных лекарственных средств // Провизор. 2000 № 9. С. 31–33.
6. Сидоренко Е. Н. Клиническая аллергология. К.: Здоровье, 1991. 264 с.
7. Смирнова Г. И. Аллергодерматозы у детей. М.: Медицина, 1998. 300 с.
8. Современные лекарства безрецептурного отпуска / Под ред. А. Л. Трегубова. М.: ООО «Гамма-С. А.», 1999. 362 с.
9. Федина Е. А., Таточенко В. К. Фармацевты и самопомощь. М.: Классик-Консалтинг, 2000. 116 с.

УДК 615.233:616.92/93

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Ж. Гулимбетова*

*УМО ДНКБ РК по Кызылординской области и по г.Байконур, г. Кызылорда*

#### ТҮЙІН

Қазіргі таңда республиканың дәріхана мекемелерінде дәрілерге үлкен таңдау жасалынған. Ең бірінші қатарда дененің қызуының көтерілуінде жіті респираторлық вирусты жұқтыру (ЖРВЖ). Ережесі ретінде, бұл жағдайда қызудың көтерілуін мұздаумен өткізеді. Аурудың басталуынан екі-үш күн бұрын, рецептсіз дәрілердің көмегімен өз емдеуін жүргізуі мүмкін. Қалған жағдайларда, міндетті түрде дәрігерге қаралу қажет, сондай-ақ бронхының жеңіл жүйесі, мұрын-жұтқыншақ пайда болуы мүмкін (ринит, тамақтың ауруы, жөтел, демалуда көкіректің ауруы, еңтігу). Мақалада осы туралы айтылған.

## SUMMARY

The acute respiratory infections (ARI) stands in the first place at the body temperature increase. During the first two or three days from the onset of the disease the self-treatment by over-the counter medications is possible. In other cases, be sure to consult a doctor as soon as possible because the process in the bronchopulmonary system and the nasopharynx may occur (rhinitis, sore throat, cough, shortness of breath, chest pain when breathing). So the main issue – to choose the proper medication.

Простудные заболевания среди населения имеют свою сезонность, то есть осенью, зимой и весной есть вероятность у взрослых и детей при низком их иммунитете прихворнуть. Чаще всего при простудных проявлениях повышается температура тела. Большею частью начинают прибегать к лекарственным препаратам, которые обладают способностью снижать повышенную температуру тела и одновременно оказывать обезболивающее и противовоспалительное действие. К ним относится обширная группа лекарств – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Нестероидные противовоспалительные препараты широко используются практически во всех областях медицины. По частоте назначения они относятся к наиболее применяемым лекарствам: по данным ВОЗ их назначают приблизительно 20% стационарных больных, более 30 млн. человек, или около 20% населения земного шара, принимают НПВП регулярно. Наряду с ценными фармакологическими свойствами этим препаратам присущи определенные побочные действия, что требует их применения строго по показаниям, а также обязательного соблюдения условий рационального применения.

Одной из наиболее распространенных причин приема препаратов группы НПВП является лихорадка. Лихорадка (febris, pyrexia) представляет собой типовую неспецифическую реакцию организма, возникающую в результате возбуждения центра терморегуляции избытком пирогенов (термостабильных высокомолекулярных веществ, образуемых микроорганизмами или тканями организма человека). Повышенной принято считать температуру выше 37°C. В зависимости от степени лихорадочной реакции различают субфебрильную лихорадку (повышение температуры тела не выше 38°C), умеренную лихорадку (повышение температуры тела в пределах 38–39°C), высокую лихорадку (39–41°C) и чрезмерную, гиперпиретическую лихорадку (повышение температуры тела выше 41°C).

Умеренное повышение температуры при инфекционных заболеваниях способствует мобилизации защитных сил организма, активизирует иммунную систему. В то же время чрезмерное повышение температуры значительно ухудшает общее самочувствие, способствует развитию в организме большого ряда неблагоприятных сдвигов: повышению тонуса симпатической нервной системы, тахикардии, повышению возбудимости дыхательного центра. На этом фоне возрастает потребность органов в кислороде, интенсифицируется основной обмен, происходит задержка в организме натрия и хлоридов с развитием отеков, сужаются сосуды кожи (бледность внешних покровов) и внутренних органов. При этом возникает спазм прекапиллярных сфинктеров. Нарушается нормальный ток крови, происходит централизация кровообращения, что в конечном итоге приводит к гипоксии органов и тканей. Гипоксия миокарда влечет за собой ослабление его сократительной способности, гипоксия мозга приводит к его отеку, нарушению сознания, судорогам. Особенно выражен ответ внутренних органов и систем организма на повышение температуры тела у детей.

Указанные причины обуславливают необходимость назначения жаропонижающих средств в качестве симптоматического лечения самых различных заболеваний и патологических состояний.

Симптом повышения температуры тела очень «многолик» и может встречаться при абсолютном большинстве заболеваний различных органов. Наиболее частые причины лихорадки у взрослых.

Инфекционная лихорадка: вирусные инфекции; бактериальные инфекции; грибковые (микозные) инфекции. Неинфекционная лихорадка: обширные кровоизлияния; аутоиммунные процессы; выраженная степень аллергической реакции; некроз тканей; злокачественные новообразования. Психогенная лихорадка: заболевания центральной нервной системы; психогенная реакция на тяжелый психоэмоциональный стресс.

Если у взрослых лихорадочная реакция в первую очередь встречается при инфекционных процессах, то у детей гипертермия довольно часто не имеет инфекционного характера. В отличие от взрослых, дети значительно чаще реагируют повышением температуры на любые неспецифические раздражители, в том числе и на стресс.

Наиболее частые причины лихорадки у детей. Инфекционная лихорадка: вирусные инфекции; бактериальные инфекции; грибковые (микозные) инфекции; Неинфекционная лихорадка: перегревание; психоэмоциональный стресс; прорезывание зубов; аллергические реакции; внутричерепные кровоизлияния; нарушение водно-электролитного обмена (обезвоживание детского организма).

Во всех случаях повышенная температура является сигналом неблагополучия в организме. Поэтому при обращении пациента с жалобами на повышение температуры следует обязательно расспросить его о наличии других симптомов.

На первом месте среди заболеваний, сопровождаемых лихорадкой, стоят острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Как правило, в этом случае повышению температуры предшествует переохлаждение, а лихорадка сопровождается другими характерными жалобами, свидетельствующими о



патологическом процессе в бронхолегочной системе и носоглотке (ринит, боль в горле, кашель, одышка, боли в грудной клетке при дыхании). При субфебрильной температуре, сопровождающейся указанными жалобами в течение первых двух-трех дней от начала заболевания, возможно самолечение с помощью безрецептурных препаратов. В остальных случаях следует обязательно обращаться к врачу.

Уместно еще раз напомнить, что любой, на первый взгляд незначительный симптом, может быть началом серьезного заболевания или признаком обострения хронического заболевания.

К «угрожающим» симптомам, позволяющим заподозрить у больного серьезное заболевание и требующим обязательного направления пациентов к врачу, относятся следующие признаки: повышение температуры выше 39,0°C (высокая лихорадка); повышение температуры сопровождается сильными болями, одышкой, расстройством сознания, судорогами; при симптомах острого респираторного заболевания температура выше 38,0°C держится в течение 3 дней и более; температура выше 37,5°C держится 2 недели и более.

Особую угрозу повышенная температура представляет в случае, если она сопровождается спазмом сосудов кожи, нарушающим отдачу тепла (злокачественная гипертермия). Ее признаки: температура выше 40,0°C; пестрая, «мраморная» окраска кожи; несмотря на жар, холодные на ощупь конечности.

Согласно современным воззрениям, если повышение температуры не сопровождается выраженным нарушением общего состояния, при ОРВИ следует снижать температуру 38° и выше. Стремление при ОРВИ нормализовать любую температуру не оправдано, так как это снижает выработку иммунитета к данному возбудителю.

Следует особо подчеркнуть, что безрецептурные жаропонижающие средства в силу своего механизма действия не снижают незначительно повышенную температуру — 37,2–37,3°C.

**Активные ингредиенты, входящие в состав препаратов для симптоматического лечения лихорадки. Парацетамол(ацетаминофен).** Препараты: Доломол, Калпол, Панадол, Опрадол, Тайленол, Эффералган, Гриппостат, Долорен, Колдрекс, Колдрекс-Найт, Колдрекс-Хотрем, Солпадеин, Фервекс, Флюколд, Цитрипан, Цитрамон. Фармакологическая характеристика их: Оказывает жаропонижающее, анальгезирующее, слабое противовоспалительное действие. Не оказывает повреждающего действия на желудочно-кишечный тракт. Не влияет на агрегацию тромбоцитов. **Ацетилсалициловая кислота.** Препараты: Анапирин, Анопирин, Асафен, Асацил-А, Аскафф, Аскопар, Аскофен, Аспинол, Аспирин, Ацесал, Ацилпирин, Ацифеин, Буфферин, Джасприн, Колфарит, Копацил, Кофицил, Томапирин, Упсарин, Цитрамон, Цитропак. Оказывает жаропонижающее, анальгезирующее, слабое противовоспалительное действие. Снижает агрегацию тромбоцитов. Применяется после еды. При приеме следует воздержаться от алкоголя. Противопоказан при беременности, заболеваниях ЖКТ, бронхиальной астме. Не рекомендуется сочетать с приемом антикоагулянтов, пероральных гипогликемических средств, диуретиков, кортикостероидов. При приеме возможны боли в эпигастрии, шум в ушах, головокружение. Прием более 10 г может вызвать летальный исход у взрослых, у детей - более 3 г.

**Ибупрофен.** Препараты: Нурофен, Солпафлекс, Ибуклин, Ибусан, Фаспик. Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, слабое жаропонижающее действие. Повышает неспецифическую резистентность организма, обладает иммуностимулирующим действием. Значительно слабее ацетилсалициловой кислоты влияет на ЖКТ. Не рекомендуется при гастрите, язвенной болезни желудка, колите, энтерите, гепатите. Не рекомендуется детям до 12 лет, беременным. Не рекомендуется совместное назначение с ацетилсалициловой кислотой, другими НПВС, алкоголем, гормональными контрацептивами.

Для симптоматического лечения лихорадки наряду с традиционными таблетками разработаны различные усовершенствованные лекарственные формы как твердые, так и жидкие. Сегодня в аптечных учреждениях республики большой выбор препаратов. Но лучше всего лекарственные препараты для понижения температуры тела применять, посоветовавшись с врачом, уточнив их производство, дозировку.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зупанец И. А., Немченко А. С. Сравнительный фармакоэкономический анализ ОТС-препаратов для симптоматического лечения ОРВИ (простуды) и гриппа // Провизор.— 2001.— № 23.— С. 13–19.
2. Компендиум 2001/2002 — лекарственные препараты / Под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова.— К.: Морион, 2001.— 1564 с.
3. Крамарев С. А. Аспекты безопасности применения НПВС во время беременности и в послеродовом периоде // Современные безрецептурные препараты фирмы Smith Kline Beecham.— Киев, 1997.— С. 24–30.
4. Основы внутренних болезней / Под ред. И. А. Зупанца.— Х.: Прапор, 1999.— 82 с.
5. Фармацевтическая оптика / Под ред. И. А. Зупанец, В. П. Черных, В. Ф. Москаленко.— Х.: Золотые страницы, 2002.— 262 с.
6. Федина Е. А., Таточенко В. К. Фармацевты и самопомощь.— М.: Классик-Консалтинг, 2000.— 116 с.
7. Шаповалова В. М., Даниленко В. С., Шаповалов В. В., Бухтиярова Т. А. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача.— Х.: Торсинг, 1998.— 528 с.

УДК 616.33-08:615.243

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАНТОПРАЗОЛА (ПАН-40) ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ***Ш.Б.Алиева**Областная клиническая больница. г. Шымкент.***ТҮЙІН**

Он екі елі ішектің ойық жара ауруы бар 24 науқас тексеріліп, Пан 40-пен емделді. Қолданылған емнің 96% жағдайда ересектер арасында клиникалық тиімділігі анықталды.

**SUMMARY**

The results of treatment of peptic ulcers with modern proton pump inhibitor pantoprazole (PAN 40) are discussed. It investigated 24 patients with uncomplicated duodenal ulcers. PAN 40 had given as monotherapy.

В соответствии с современными представлениям о причинах язвенной болезни и других кислотозависимых заболеваний, важнейшим фактором их развития является нарушение равновесия между кислотно-пептической агрессией и защитными механизмами слизистой оболочки [1]. Препараты, используемые для лечения этих заболеваний, действуют преимущественно на звено агрессии, уменьшая объем соляной кислоты [1,2].

Самыми современными кислотоснижающими препаратами являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), которые встраиваясь в Н+/К+-АТФазу, блокируют транспортировку ею протонов (ионов водорода Н+) в просвет желудка [3,4]. Продолжительность эффективного антисекреторного действия ИПП определяется тем, что все «заблокированные» Н+/К+-АТФазы заменяются в клетке новыми за 72-96 часов (а половина Н+/К+-АТФаз — за 30-48 часов), что заметно больше, чем время действия любого другого антисекреторного противоязвенного препарата [3,4,5].

Целью работы была оценка эффективности препарата из группы ИПП – пантопразола ( ПАН 40) производства компании Алкем Лабораториз (Индия).

**Материал и методы исследования.** Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии Областной клинической больницы г. Шымкент. ПАН 40 назначали в виде монотерапии 24 больным (19 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст – 36,3 ±3,4 года) с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки неосложненного течения. Длительность язвенной болезни от 1 года до 17 лет (средняя продолжительность заболевания 6,8 ±2,3 года), размер язвы при первичном эндоскопическом исследовании от 0,6 до 1,4 см. У всех пациентов отмечался характерный болевой и диспепсический синдромы. Препарат ПАН 40 назначали по одной таблетке (40 мг пантопразола) внутрь утром перед завтраком. Длительность приема препарата ПАН 40 составила 4 недели. После окончания курса лечения препаратом ПАН 40 осуществляли эндоскопический контроль результатов лечения.

**Результаты.** При клиническом исследовании влияния препарата ПАН 40 на состояние больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки установлено, что препарат ПАН 40 хорошо переносился больными, болевой и диспепсический синдромы существенно уменьшились в первые дни лечения. У 19 пациентов ( 79%) болевой и диспепсический синдромы купированы полностью на 3-4 день лечения. У 5 больных болевой и диспепсический синдромы исчезли к концу первой недели лечения. При повторном эндоскопическом исследовании рубцевание язвенного дефекта отмечено у 23 пациентов (96%).

У обследованных нами больных в ходе лечения не обнаружено изменений в анализах крови, биохимических показателях. Побочных реакций при лечении препаратом ПАН 40 не отмечено.

**Выводы:** 1. Применение пантопразола (препарат ПАН 40) в виде монотерапии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки приводит к быстрому купированию болевого и диспепсического симптомов в первую неделю лечения.

2.Заживление язвенного дефекта при лечении препаратом ПАН 40 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки произошло у 23 пациентов (96%).

3.Препарат хорошо переносится больными, побочные реакции практически отсутствовали.

**ЛИТЕРАТУРА**

- 1.Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология.- М.,1998.- С.158.
- 2.Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Лечение язвенной болезни: новый век – новые достижения – новые вопросы.// Русский медицинский журнал.- 2002.- Т. 4. - №1. – С. 1 – 4.
- 3.Старостин Б.Д. Ингибиторы протонной помпы в гастроэнтерологии // Русский медицинский журнал.- 1998.- Т.6.- №19. – С.134 – 139.
- 4.Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Перспективы применения блокаторов протонного насоса в гастроэнтерологии // Русский медицинский журнал.- 2001.- Т. 3. - №1. – С. 24 – 30.
- 5.Маев И.В. Место и значение ингибиторов протонной помпы в современном лечении язвенной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2003. - № 3. - С. 12 - 13.

УДК 616.155.194.8 – 053.3

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИФЕРРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ  
РАННЕГО ВОЗРАСТА**

У.О Оразбаева

Городская детская поликлиника №3 г.Шымкент

**ТҮЙІН**

Бұл жұмыста теміртапшылықты анемия кезінде ерте жастағы балаларда активферринді қолданудың тиімділігі айтылған.

**SUMMARY**

During the work, efficiency of aktiferrin in drops at children of early age with sideropenic anemia has been revealed.

По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ, более 6 млн. населения Казахстана, особенно дети, страдают от дефицита минеральных веществ и витаминов. Железодефицитная анемия (ЖДА) является на сегодняшний день одной из распространенных патологий населения земного шара.

В статье «Железодефицитная анемия – мировая проблема» (сайт Общенациональной Ассоциации Генетической Безопасности, [WWW.OAGB.RU](http://WWW.OAGB.RU)) приводятся данные, что в мире насчитывается более 2 млрд. человек, страдающих анемией, большинство из них женщины и дети.

Частота анемии в Казахстане за последние 20 лет увеличилась, например, в Северо-Казахстанской области в 16 раз, в Мангыстауской в 13 раз, в Семипалатинской в 8 раз, в Павлодарской в 20 раз! Так, по данным Ш.А. Балгимбекова, в Казахстане анемия была выявлена у 71,9% детей первого года жизни.

Это проблема имеет не только медицинский, но и социальный характер, так как ЖДА вызывает снижение работоспособности, ведет к осложнениям во время беременности и при родах, к материнской и младенческой смертности.

**Цель исследования.** В свете вышеизложенного, целью исследования явилось изучение распространённости ЖДА среди детей первого года жизни на участке врача педиатра и оценка эффективности активферрина (Производитель: Merckle, Германия) при ЖДА.

**Материалы и методы.** 2009 году на «Д» учете по анемии состояло 61 детей, из них 16 (26,2%) детей до года. Из них до 6 месяцев 6 (37,5%) и до 12 месяцев 10 (53,5%). Согласно показателям гемоглобина дети были разделены на 2 группы: I - ЖДА легкой степени (Hb 100-90 г/л) - у 11 (68,75%); II - ЖДА средней степени (Hb 89-70 г/л) - у 5 (31,25%).

Обследование детей включало следующие параметры: клинические проявления ЖДА, показатели гемограммы, определение показателей обмена железа (сывороточное, общая железосвязывающая способность сыворотки, побочные эффекты ферротерапии).

**Результаты и обсуждение.** Исследование показателей проводилось до начала лечения и в динамике: на 4-й, 8-й и 12-й неделе терапии активферрином. Прием препарата осуществлялся три раза в день независимо от приема пищи 5 кап/кг веса. По окончании базисного курса дети с удовлетворительным результатом лечения продолжали получать активферрин до восстановления депонированного пула железа в половинной терапевтической дозе.

Ведущими клиническими симптомами ЖДА у больных были следующие: бледность кожных покровов и слизистых (82,5%), снижение аппетита (16,57%), "беспричинная" приостановка веса (14,5%), частые ОРВИ (20,7%), тахикардия (12,42%), систолический шум на верхушке сердца (10,35%). При этом наиболее выраженные клинические изменения отмечались среди детей II группы. Показатели гемограммы варьировали в зависимости от тяжести ЖДА. Уровень гемоглобина у детей с легкой степенью ЖДА колебался от 100 до 90 г/л, составляя в среднем 97,2±4,2. У детей со среднетяжелым течением ЖДА он находился в интервале от 89 до 70 г/л (в среднем 82,8±4,7). Количество эритроцитов у пациентов I группы в среднем составляло 3,5±0,3 и 2,9±0,5 - у больных II группы. Средние показатели ретикулоцитов соответственно равнялись 1,1±0,2% и 1,3±0,4%.

Исследование показателей феррокинетики на фоне лечения активферрином выявило следующую динамику. Показатели гемоглобина и ретикулоцитов через 4 недели феррокоррекции свидетельствовали о высокой эффективности активферрина, отмеченной у большинства детей с ЖДА. У основной массы больных отмечено восстановление показателей гемограммы. Более выраженные изменения выявлены у детей I группы. Повторное исследование показателей феррокинетики выявило восстановление гемоглобина, плазменного и транспортного пулов железа. При этом у подавляющего большинства (94,5%) больных с легкой степенью ЖДА, восстановление показателей феррокинетики до нормы отмечалось через 8 недель от начала лечения, а у больных со средней степенью ЖДА лишь в конце 12 недели ферротерапии.

Эффективность активферрина по восстановлению депонированного пула была высокой и составила 87,2% у детей I группы и 86,2% - у детей II группы через 8 недель от начала феррумтерапии, а через 12 недель - 93,4% и 92,7% соответственно. Побочные эффекты ферротерапии по данным препаратом не были отмечены на протяжении всего курса лечения.



**Выводы.** Проведенные исследования позволяют сделать заключение о высокой эффективности актиферрина, абсолютной его безопасности, хорошей совместимости с особенностями вскармливания детей на 1-м году жизни. Актиферрин в каплях является препаратом выбора в терапии ЖДА у детей раннего возраста.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аркадьева Г.В. Диагностика и лечение железодефицитной анемии М., 1999.
2. Румянцев А.Г., Токарев Ю.Н. Анемии у детей: диагностика и лечение М., 2000.
3. Румянцев А.Г., Чернов В.М. Железодефицитные состояния у детей раннего возраста: лекции по педиатрии. 2001. - Т. 1.
4. Соболева Н.Г. Железодефицитные состояния у детей (пособие для врачей) Краснодар, 2003.

УДК 616.12-07-08-082

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АТОРВАСТАТИН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Г.А. Ахметова*

*Областной кардиологический центр, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Қан сарысуындағы холестериннің мөлшерін төмендетудегі Аторвастатиннің ролі зерттелінді. Ишемиялық жүрек ауруларына шалдыққанның арасында аталған препараттың гиполипидемиялық белсенділігі анықталды, салыстырма ретінде Аторвастатинді қабылдамаған бақылау тобы зерттелді. Жасалған сараптама қорытындысы бойынша Аторвастатиннің гиполипидемиялық және гипохолестеринемиялық зор ролі дәлелденді.

#### SUMMARY

Research objective was studying hyperlipidemic effect of preparation Atorvastatin in complex therapy of patients with an ischemic heart trouble. During the spent clinical researches has been shown advantage of Atorvastatin in various populations as preparation of aggressive hyperlipidemic therapy. Doubtless advantage of application Atorvastatin was pronounced in hyperlipidemic therapies are safety and great.

Результаты ключевых исследований, проведенных за последнее десятилетие, подтверждают, что статины являются краеугольным камнем профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленным коррекцией гипертриглицерид- и гиперхолестеринемии [4].

**Целью исследования** явилось изучение гиполипидемического эффекта препарата Аторвастатин в комплексной терапии больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сравнении с контрольной группой больных получавших стандартное лечение или в силу различных причин, не принимавших данный препарат.

**Материалы и методы исследования.** Для участия в исследовании были отобраны мужчины и женщины старше 40 лет с ИБС, средний возраст которых составил 58,7 лет, длительность заболевания от 1 года до 10 лет.

Диагноз ИБС верифицирован по анамнезу, на основании типичной клинической картины острого инфаркта миокарда, результатов ЭКГ, биохимического и общеклинического исследований. Основную группу составили 42 больных с ИБС, получавшие на фоне стандартной терапии (бетаблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, антикоагулянты, статины) и липримар в дозе 20 мг. в сутки в течение 8 недель [1]. Контрольную группу составили 36 больных с ИБС, получавшие стандартизированную терапию.

Таблица 1. Демографические и клинические характеристики испытуемых

Характеристика	Липримар	Стандартная тактика
Возраст Среднее + СО Минимально-максимальный	59,3 + 8,0 43 – 72	57,8 + 9,6 44 - 71
Пол мужчины женщины	24 18	21 15
Масса Среднее + СО	82, 3 + 16,1	84,1 + 17,9
Факторы риска ИБС Семейный анамнез Курение Сахарный диабет	27 (64,3%) 16 (42,8%) 9 (21,4%)	24 (66,7%) 18 (50%) 9 (25%)

Систолическое АД Среднее + СО мм.рт.ст.	132,2 + 18,3	134,7 + 18,5
Диастолическое АД Среднее + СО мм.рт.ст.	78,9 + 10,6	78,7 + 10,2
Медицинский анамнез		
Инфаркт миокарда	24 (57,14%)	24 (66,7%)
Нестабильная стенокардия	12 (28,6%)	9 (25%)
Артериальная гипертензия	9 (21,41%)	9 (25%)
Другие заболевания	18 (42,8%)	15 (41,7%)

Определение общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) выполнялись ферментативным методом на автоанализаторе Vitalab Selectra-2.

Содержание липидов в сыворотке крови. Исходный уровень ХСЛПНП в когортах липримара и стандартного лечения составил в среднем 2,82 ммоль/л и 2,5 ммоль/л соответственно. К концу исследования значение этого показателя уменьшилось на 27,3% (до 2,05 ммоль/л) и 16% (2,1 ммоль/л) соответственно при  $p < 0,05$ . на завершающем этапе целевой концентрации ХС ЛПНП ( $< 2,2$  ммоль/л) удалось достичь у 72,4% испытуемых группы Аторвастатина против 40% среди лиц стандартной тактики лечения ( $p < 0,001$ ).

Кроме того, в когорте Аторвастатина также наблюдается резкое падение уровня общего холестерина и триглицеридов по сравнению с когортой стандартного лечения ( $p < 0,001$ ). Повышение содержания холестерина липопротеидов высокой плотности носило явный характер в основной группе ( $p < 0,001$ ) и умеренно выраженный в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2. Динамика показателей липидного спектра в обследуемых группах

Сроки	ОХС ммоль/л	ХС ЛПОНП Ммоль/л	ТГ ммоль/л	ХЛПВП ммоль/л	ХСЛПНП ммоль/л
<b>Основная группа</b>					
Исходные данные	6,2 + 0,3	3,0 + 0,26	4,3 + 0,4	0,9 + 0,06	2,82 + 0,21
через 8 недель	4,1 + 0,18*	2,2 + 0,21*	2,1 + 0,2*	1,3 + 0,16*	2,05 + 0,29*
<b>Контрольная группа</b>					
Исходные данные	6,6 + 0,9	3,2 + 0,32	2,9 + 0,5	1,1 + 0,31	2,5 + 0,1
через 8 недель	4,4 + 0,2*	2,0 + 0,2*	2,2 + 0,5*	1,2 + 0,16*	2,1 + 0,18*

Примечание: \* -  $p < 0,05$  по сравнению с исходными данными

Безопасность терапии Аторвастатином оценивалась по клиническому состоянию больных и биохимическим параметрам. В течение 8 недельного лечения Аторвастатином у пациентов не наблюдалось повышения активности ферментов печени, а также не было таких побочных реакций как диспепсия, метеоризм, запоры, миалгия, зуд кожи, головокружение [5].

**Выводы.** В ходе данных клинических исследований было продемонстрировано преимущество Аторвастатина в различных популяциях как препарата агрессивной гиполипидемической терапии. Учитывая тот факт, что на фоне стандартной тактики уменьшения концентрации липидов оказалось значительным, терапевтическая выгода от использования в клинической практике Аторвастатина, продемонстрированная в ходе исследований, особенно впечатляет [2,3]. Несомненным преимуществом применения Аторвастатина в гиполипидемической терапии является безопасность в высоких дозах (80 мг/сут.) и отсутствие ярко выраженных побочных эффектов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абсеитова С., Алипова Г, Ойларова Т, Басс Е. Острый коронарный синдром. Диагностика и лечение на этапах медицинской помощи. Методическое пособие: Шымкент, 2009.
2. Грацианский Н.А. Аторвастатин: результаты при невысоком исходном холестерине липопротеидов низкой плотности // Consilium medicum, 2005; № 11; стр. 903-12.
3. Климов А.Н. Никульчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения. СПб: Питер, 1999; 304 с.
4. Российские рекомендации. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Кардиоваск тер профил; 2007; 6, 3-26 стр.
5. Сусеков А.В. Зубарева М.Ю., Деев А.Д. и др. Основные результаты Московского Исследования по Стадинам. Сердце 2006; 5(6): 324-8.

УДК 616. 24- 002- 053.2- 08: 615327: 54631

**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА СЕЛЕНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ***Р. С. Ахметова**Городская детская поликлиника 3, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Өкпе қабынуы бар 40 баланың гемокоагуляция көрсеткіштері мен қанында селен микроэлементінің мөлшері зерттелген. Өкпе қабынуының алғашқы кездерінде ауру балалар қанында селен микроэлементінің төмендейтіні анықталған. Сонымен бірге гиперкоагуляция және тромбиногенез деңгейі өкпе қабынуының дәрежесіне байланысты болған. 20 ауру балалар емделген уақытта қосымша селен препараттарымен емделген. Селен препараттарын қосымша алып емделген ауру балалардың гемокоагуляция көрсеткіштері тезірек калыптасқан. Селен препараттары көбіне фибринолиз деңгейіне әсер еткен.

**SUMMARY**

The influence of selenium medicine on index hem coagulation to children s ill pneumonia. 40 children were estigate to the find index demo coagulant contains of selenium microelement in the blood.

There is a deduction in content selenium microelement in blood the beginning phase on the illness.

Hyper coagulation degree and tomb rise depend in difficulty of illness and informatory process in lungs 20 ple were treated with medicine selenium contain in with age observation.

The treated with selenium contains in medicine furthered to the observation of normal demo coagulation indexes. The selenium medicines have in influence on the fibrinolisa indexes.

Роль макро- м микроэлементов жизнедеятельности организма человека огромна. Для нормального течения метаболических процессов в организме человек должен получать около 80 элементов из вне, из которых 12 являются незаменимыми, к числу их относятся селен и цинк. Обычно каждый из них выполняет несколько функции.

Селен и цинк входит в состав многих гормонов и ферментов, связанный таким образом с деятельностью всех органов, тканей и систем. Их достаточное наличие в организме наряду с другими микроэлементами необходимо для поддержания нормального функционирования организма. Например, цинк является важным компонентом ряда металлоферментов, таких как карбоангидраза, щелочная фосфатаза и др., играет важную роль в метаболизме РНК, ДНК, липидов и белков, в функционировании Т-клеточного звена иммунитета. Цинкозависимыми являются такие жизненноважные гормоны, как инсулин, кортикотропин, соматотропин, гонадотропин.

Селен участвует в процессах воспроизводства, развитии молодого организма. Оказывает действие на ряд гликолитических и дыхательных ферментов. Он является одним из ключевых микроэлементов, обеспечивающих нормальную функцию антиоксидантной системы, участвует в выработке эритроцитов, уменьшает токсический эффект тяжелых металлов [1].

Несмотря на многочисленные исследования проведенные за последние 20 лет, роль селена в жизнедеятельности детского организма остается еще во многом не изученной.

В структуре заболеваемости и смертности у детей заболевания органов дыхания занимает одно из ведущих мест. Однако до сих пор не изучен обмен селена при заболеваниях органов дыхания.

Поэтому, целью нашего исследования явилось изучение обмена селена при острых пневмониях у детей в сопоставлении с иммунологическими и гемокоагуляционными показателями.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 40 детей раннего возраста с различными формами острой пневмонии. Определение селена в биологических жидкостях (в крови и моче) проводили флуориметрическим методом с применением 2,3- диаминафталина.

Состояние коагуляционного звена гемостаза оценивалось по следующим показателям: протромбиновому индексу (ПТИ), тромбиновое время (ТВ), активированному полному тромбопластиновому времени (АПТВ), активности фибриностабилизирующего XIII – фактора (ФСФ), концентрации растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и общего фибриногена «А» (ОФА) и «Б» (ФБ), аутокоагуляционному тесту (АКТ).

Показатели сосудисто-тромбоцитарного звена системы геомстаза оценивались по количеству тромбоцитов (Т),эуглобулиновому методу определения фибринолитической активности крови (ФЭГ) и определением индуцированной агрегации тромбоцитов (ИАТ).

Иммунологический статус был изучен определением относительного и абсолютного числа лимфоцитов периферической крови, субпопуляции лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса, концентрации сывороточных иммуноглобулинов (А,М,Г) .

Исследование проведено в динамике заболевания в остром периоде и периоде выздоровления.

За нормативы коагулограммы взяты данные исследований А.Е.Наушабаевой[2].

**Результаты работы.** Показатели коагулограммы и содержание микроэлемента селена у больных детей при внебольничной пневмонии, до и после лечения с применением селенсодержащего препарата представлены в таблице №1.

Таблица №1. Показатели коагулограммы и селена у больных детей при внебольничной пневмонии.

№	Показатели	Контрольная группа (n=30)	До лечения (n=30)	После лечения (n=27)	P1/P2
1	Активность РФМК, г/л	3,7 ± 0,45	8,5 ± 1,1*	8,0 ± 0,9	> 0,1
2	Фибриноген «Б»	отриц.	сл.полож.	отриц.	
3	Аутокоагуляционный тест (АКТ) на 6 минуте % на 8 минуте % на 10 минуте %	82-105 93-108 100-108	100±4,4 94,2±4,9 94,5±4,9	94±3,0 96,8±3,7 99,1±6,1	>0,1 >0,1 >0,1
4	АПТВ (сек.)	34,3±1,1	47,8±1,9*	47,0±2,9	>0,1
5	ПТИ %	87,8±1,2	98±3,0*	92,3±3,3	>0,1
6	Фибриноген «А» г/л	2,7±0,09	3,2±0,3*	3,1±0,2	>1,1
7	Тромбиновое время (ТВ) (сек)	11,6±0,34	17,0±0,5*	16,5±0,6	>0,1
8	Этаноловый тест	отриц.	сл.полож.	отриц.	
9	Фибринолиз ЭГ (мин)	210±4,7	193,3±3,2*	203,7±4,0	<0,05
10	Активность ФСФ XIII-ф. (сек)	65,4±2,3	42,8±1,3*	54,3±4,8	<0,05
11	Индукцированная агрегация тромбоцитов с УИА (сек)	22,7±0,8	7,5±1,0*	19,7±1,91	>0,1
12	Селен в крови (мкг/л)	58,±0,4	6,5±0,6*	13,5±1,7*	<0,001

\*P1 – достоверное отличие по сравнению с контрольным.

P2 - достоверность различия показателей до и после лечения

Как видно из таблицы, в остром периоде пневмонии показатель аутокоагуляционного теста недостоверно ( $P > 0,1$ ) снижался, происходила достаточная активация реакции фибриномерных комплексов (РФМК) с  $8,5 \pm 1,1$  г/л до  $8,0 \pm 0,9$  г/л, при норме  $3,7 \pm 0,45$  г/л, что указывает на гиперкоагуляцию обусловленной активацией протромбинового комплекса. В то же время отмечено удлинение тромбинового времени ( $17,0 \pm 0,5$  сек. до  $16,5 \pm 0,6$  сек., при норме  $11,6 \pm 0,34$ ), которые можно объяснить возрастанием активности противосвертывающей системы, в частности возрастанием факторов блокирующих ферментов свертывания крови.

Степень гиперкоагуляции и повышенного тромбиногенеза зависла от тяжести и активности воспалительного процесса. Так, наиболее выраженные изменения по коагулологическим тестам имели место при присоединении дыхательной недостаточности уменьшением величины аутокоагуляционного теста, удлинением протромбинового комплекса ( $47,8 \pm 1,9$  сек.,  $94 \pm 3,0$  %) и тромбинового времени ( $17,0 \pm 0,5$  сек. при норме  $11,6 \pm 0,34$  сек.). Состояние сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у детей в остром периоде пневмонии характеризовался определением агрегации тромбоцитов с условно индуцирующими антигенами. Реакция оценивает восприимчивость рецепторного аппарата тромбоцитов к основной тромбогенной субстанции субэндотелия кровяного сосуда. В остром периоде пневмонии индекс агрегации тромбоцитов было в пределах нормальных показателей, что свидетельствует о неглубоких повреждениях эндотелия сосудов. По видимому этот показатель больше зависит от площади и величины воспалительного процесса в легких. Так как у некоторых больных с полисегментарным поражением легких индекс агрегации тромбоцитов при внесении индуктора агрегации значительно повышался.

Сравнительный анализ фибринолитической активности крови у детей с пневмонией в остром периоде заболевания выявил укорочение времени лизиса эуглобулинового сгустка ( $193,3 \pm 3,2$  мин.) по сравнению с контролем, что связано возрастанием содержания пламиногена в крови, как показатель возрастания фибринолитической активности крови.

Уровень активности XIII фактора свертывающей системы крови в остром периоде пневмонии в наших наблюдениях не страдала. Отмечена некоторая активация этого фактора по мере выздоровления. В остром периоде болезни время растворения сгустка фибрина равнялось  $42,8 \pm 1,23$  секунду, а в периоде выздоровления в связи с возрастанием активности XIII фактора свертывающей системы крови, сгусток фибрина растворялся в крови  $54,3 \pm 4,8$  за секунду. Высказывается мнение Р. G. Bourd et al., [3], что снижение уровня XIII фактора и стойкость этого симптома является неблагоприятным признаком для течения заболевания. В нашем случае этого не наблюдалось.

20 больным детям с острой пневмонией было проведено лечение с добавлением селенсодержащего препарата неоселена в возрастной дозировке. Основанием для назначения селенсодержащего препарата явилось обнаруженное нами снижение содержания микроэлемента селена в крови у больных детей, по сравнению с

нормой. Наряду с базовой терапией пневмонии у детей, неоселен давали ежедневно в возрастной дозировке до окончания курса антибиотикотерапии.

Показатели коагулограммы у больных детей при лечении внебольничной пневмонии представлены в таблице №1. Как видно из таблицы на фоне лечения с добавлением селенсодержащего препарата выявлено достоверное ( $P < 0,05$ ) снижение концентрации фибриногена «Б», фибриномерных комплексов (РФМК), величины этанолового теста (отриц.), с удлинением тромбинового времени и гипофибриногемией.

Достоверно укорачивался фибринолиз эуглобулина ( $P < 0,05$ ) в связи с возрастанием активности ферментов антисвертывающей системы.

Одновременно отмечено снижение времени агрегации тромбоцитов с условно индуцирующими агентами, что свидетельствует о положительном действии селенсодержащего препарата на тромбоцитарное звено гемостаза.

Содержание микроэлемента селена в крови возросло в периоде выздоровления по сравнению исходными данными двухкратно ( $13,5 \pm 1,7$  мкг/л) по видимому связанное с применением препарата селена с лечебной целью.

На основании полученных данных можно заключить, что лечение пневмонии с применением селенсодержащих препаратов способствует к ускоренной нормализации гемокоагуляции, которая нарушается в остром периоде воспалительного процесса в легких. По нашим данным действия препаратов селена на гемокоагуляционные показатели опосредовано еще через иммунную систему, иммуномодулирующий эффект микроэлемента селена доказана нами и другими исследованиями [4,5] в процессе лечения многих заболеваний.

**Выводы:** 1. У больных детей с острой пневмонией содержание селена в крови снижено.

2. Степень гиперкоагуляции и повышенного тромбиногенеза зависит от тяжести и активности воспалительного процесса в легких.

3. Лечение пневмонии с применением селенсодержащих препаратов способствует к ускоренной нормализации гемокоагуляции. Препарат селена больше влиял на показатели фибринолиза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Скальный А.В. Микроэлементы для вашего здоровья. М., 2004, 320 стр.
2. Наушабева А.Е. Клиническая оценка эффективности низкомолекулярного гепарина-кливарина при гломерулонефритах у детей. Автореферат диссертации к.м.н. Алматы, 2001, 23 стр.
3. Дадамбаев Е.Т., Жумабаева З.А., Мамбетова И.З. и др. Селен микроэлементінің жетіспеушілігі және балалардың иммунологиялық реактивтілігі. // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. – 2005, №1(39), 3-5 стр.
4. Скальный А.В., Кудрин А.В. Радиация, микроэлементы, антиоксиданты и иммунитет. М, ЛипМакет.
5. Bourd P G Loqowsky M S Miloszewski K S Factor X111 in herited acquired deficiency Blood views 1993. Dec.-7 (4) – P 229-242.

## ОБЗОРЫ

УДК 616.14-089

**ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ:  
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ***К.А. Намаева**Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда***ТҮЙІН**

Мақалада созылмалы көк тамыр жетіспеушіліктің эпидемиологиясы, патогенезі, клиникасы және оны емдеу принциптерінің сұрақтары бойынша әдебиеттік шолу берілген.

**SUMMARY**

In article the review of the modern literature on questions epidemiology, the basic links patogenezis, clinics and principles of therapy of chronic venous insufficiency is resulted.

В статье приведен обзор современной литературы по вопросам эпидемиологии, основных звеньев патогенеза, клиники и принципы терапии хронической венозной недостаточности.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей – сложный синдромокомплекс, характеризующийся нарушением оттока крови из венозного бассейна, что влечет за собой каскад патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровне [1]. ХВН – наиболее распространенное заболевание периферических сосудов. Согласно обобщенным данным эпидемиологических исследований, этим заболеванием в разных странах страдают 35–60% трудоспособного населения. По данным литературы в России различные формы ХВН наблюдаются у 35 млн. человек, причем у 15% из них имеются трофические изменения кожи, открытые или рецидивирующие трофические язвы [2]. ХВН встречается с частотой 10–15% у мужчин и 20–25% у женщин [3]. Считается, что причиной хронических рецидивирующих язв нижних конечностей в 60–80% случаев является ХВН [4]. Приведенные данные говорят о том, что распространенность ХВН приняла характер важной медицинской проблемы, решение которой лежит в плоскости использования активных подходов в хирургическом лечении и популяризации методов консервативной профилактики осложнений (ульцераций, дистальных и проксимальных тромбозов) при выявлении ХВН на ранних этапах.

В основе синдрома ХВН лежат 3 заболевания. Прежде всего, это варикозная болезнь, которая встречается у 40% населения [5] и характеризуется преимущественным поражением поверхностных вен с их извитостью и образованием узлов. Считается, что в основе заболевания лежит врожденная слабость стенки венозных сосудов, являющаяся следствием недостаточного синтеза коллагена III типа. Помимо этого, большой вклад в развитие варикозной болезни вносит повышенное гидростатическое давление в ногах у лиц, работа которых связана с длительным пребыванием в вертикальном положении и поднятием тяжестей. У женщин, кроме того, прочность венозной стенки во многом зависит от уровня и взаимного соотношения эстрогенов и гестагенов.

Таким образом, практически у каждого человека можно выявить те или иные факторы, предрасполагающие и провоцирующие варикозные изменения в венах нижних конечностей [5]. Посттромбофлебитическая болезнь развивается в течение 1–2 лет после перенесенного тромбоза глубоких вен у 20–50% пациентов [6] и является следствием организации тромба [7]. В результате дистальной или проксимальной окклюзии магистральных вен и деструкции клапанов происходит перераспределение кровотока в сторону поверхностных вен, выполняющих роль коллатералей. Давление в системе поверхностных вен повышается, что ведет к формированию ХВН, причем – наиболее тяжелых ее форм. Третьей причиной развития ХВН является наличие врожденных пороков развития вен нижних конечностей, при этом варикозные изменения регистрируются уже в течение первых недель-месяцев жизни ребенка и сочетаются с обширными участками пигментации кожи розово-коричневого цвета [1]. Однако клинически врожденные изменения могут проявить себя и позже, например при синдромах Клиппеля – Треноне (Klippel – Trepanau; врожденные варикозные изменения вен, патология капилляров, гипертрофия конечностей, деформация костей) и Паркса Вебера (F. Parkes Weber; множественные врожденные артериовенозные свищи и аневризмы, гипертрофия пораженных конечностей, варикозное расширение подкожных вен) [8]. Вне зависимости от причины развития ХВН в основе патологических изменений лежат общие механизмы. Отсутствие нормального тока крови по глубоким или поверхностным венам ног приводит к ее депонированию, причем наибольший ее объем скапливается в голенях. В результате повышается давление на венозном конце капилляров, что ведет к увеличению количества интерстициальной жидкости и перегрузке лимфатических сосудов. Застой крови, лимфы и отек тканей способствуют формированию очагов воспаления. По мере ухудшения микроциркуляции создаются все более благоприятные условия для активации патогенной микрофлоры, что значительно осложняет течение ХВН [9].

В классификации CEAP, которая используется в международной флебологической практике, учитываются клинические, этиологические, анатомические и патофизиологические особенности течения ХВН.

КЛАССИФИКАЦИЯ ХВН ПО CEAP [4]. С – клинические проявления (при отсутствии жалоб больного относят к подгруппе А – бессимптомная, при наличии таковых – к группе S – симптомная); 0 – отсутствие клинических проявлений ХВН; 1 – телеангиэктазии; 2 – варикозно-расширенные вены; 3 – отек; 4 – липодерматосклероз или гиперпигментация; 5 – заживающая язва; 6 – активная язва. Е – этиология: врожденная ХВН: клинические проявления с момента рождения; первичная – неизвестной этиологии; вторичная – ассоциирована с посттромбофлебитическим синдромом/болезнью, травмой.

А – анатомическая локализация (изолированная или сочетанная): поверхностные вены – большая и малая подкожные вены ноги; глубокие вены – нижняя полая, подвздошная, большеберцовая, вены половых желез, глубокие и мышечные вены нижних конечностей; прободающие – прободающие вены на голени и бедре. Р – ведущий патофизиологический механизм: рефлюкс в магистральные или прободающие вены; обструкция – острая или хроническая.

Объективно у больных отмечают варикозное расширение поверхностных вен, начиная с сосудов мелкого калибра до крупных протоков и магистральных стволов. Вначале подобные изменения не сопровождаются какими бы то ни было субъективными ощущениями и воспринимаются больными только как косметический дефект, однако в отсутствие лечения довольно быстро присоединяются ощущения тяжести и повышенной утомляемости в ногах, нарастающие к вечеру до максимума и проходящие после периода ночного отдыха. По мере прогрессирования ХВН развивается отек дистальных отделов нижних конечностей, появляются ночные судороги, парестезии в конечностях и болевые ощущения в венозных узлах, что свидетельствует о глубоких нарушениях микроциркуляции. В условиях венозного застоя создаются благоприятные условия для тромбообразования: при варико-тромбофлебите пораженные вены пальпаторно уплотнены, болезненны, кожа над ними гиперемирована. Затем нарастают трофические расстройства: гиперпигментированные участки кожи над варикозными участками уплотняются вследствие склероза подкожной клетчатки, появляются изъязвления с типичной локализацией на медиальной поверхности нижней трети голени. Площадь язвенного дефекта варьирует от нескольких миллиметров до десятков сантиметров в квадрате; экссудативный компонент обычно выражен нерезко. Отсутствие нормального кровотока и обширность язвы определяют высокую частоту инфекционных осложнений, которые с большим трудом поддаются коррекции и могут стать причиной ампутации [10]. Хирургическое лечение показано больным с варикозной болезнью; при этом склерозирование выполняют, если отсутствует рефлюкс по магистральным и прободающим венам; при наличии рефлюкса выполняют операцию, объем которой зависит от степени тяжести ХВН. При посттромбофлебитической болезни хирургическое лечение назначают в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии. Хирургическое вмешательство заключается в диссекции прободающих вен или искусственном создании дополнительных путей оттока крови. Тем не менее профилактика и консервативная терапия ХВН играют решающую роль, поскольку хирургическое лечение применимо не более чем у 10–15% больных и не дает полной гарантии рецидива симптоматики ХВН [11]. Обязательно использование в дневное время компрессии с помощью эластичных бинтов и специального белья. Под воздействием компрессии уменьшается просвет вен, что ускоряет кровоток и снижает степень венозного застоя. При наличии изъязвлений компрессия способствует их заживлению у 93% больных в течение 5–6 мес. [12]. Довольно важная мера – увлажнение участков кожи над патологически измененными венами с целью профилактики трещин и инфицирования. При прогрессировании застойного дерматита рационально использовать местные глюкокортикостероиды. Применяют также локальную гипотермию (лед) по ходу тромбированной вены, однако использование этого метода затруднено у активных амбулаторных больных. Не стоит забывать о таких простых рекомендациях, как придание ногам возвышенного положения для уменьшения отека и снижения внутрибрюшного давления [13].

Фармакотерапия ХВН показана практически всем больным, особенно в тех случаях, когда нельзя использовать компрессию или она недостаточно эффективна [14]. С целью лечения ХВН и профилактики осложнений применяют следующие группы препаратов: кумарины ( $\alpha$ -бензопирены); флавоноиды ( $\gamma$ -бензопирены – троксерутин, диосмин, витамин Р, рутозид); сапонины (экстракт каштана конского) и другие растительные экстракты. Эти соединения обладают веноактивными свойствами и нашли довольно широкое распространение в России и странах Европы (особенно в Германии) [15]. Эффект веноактивных средств при ХВН заключается в повышении венозного тонуса и нормализации проницаемости капилляров. К другим средствам, которые могут использоваться при ХВН, относится пентоксифиллин. В некоторых исследованиях продемонстрирована его способность ускорять заживление язв; тем не менее доказательная база для терапии ХВН с помощью пентоксифиллина считается недостаточной [16,17]. В ряде случаев с целью ускорения заживления язв успешно использовался тромбоцитарный фактор роста, однако число подобных исследований недостаточно. Нет также данных о том, что ацетилсалициловая кислота способна предотвратить тромбоэмболические осложнения при ХВН [16,17].

Несмотря на прогресс в развитии хирургических методов лечения, консервативная терапия ХВН (компрессия и использование лекарственных средств) продолжает оставаться актуальной, поскольку обеспечивает профилактику прогрессирования заболевания и повышает качество жизни пациентов. Большинство препаратов с доказанной эффективностью при ХВН имеют растительное происхождение. Использование лекарственных форм для наружного применения в области болезненных участков вен помогает избежать системного действия, что минимизирует риск лекарственно-обусловленных осложнений при длительном применении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Чазов Е. И., Беленков Ю. Н., Борисова Е. О. и соавт. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Рук. для практикующих врачей / Под общей редакцией Е. И. Чазова, Ю. Н. Беленкова. – М.: Литтера, 2004 – 972 с.; Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001.
2. Яблоков Е. Г., Кириенко А. И., Богачев В. Ю. Хроническая венозная недостаточность. – М., 1999. – 126 с.
3. Callam M. J. Epidemiology of varicose veins // Br. J. Surg. – 1994; 81: 167–173.
4. Siebert U., Brach M., Sroczynski G. et al. Efficacy, routine effectiveness, and safety of horsechestnut seed extract in the treatment of chronic venous insufficiency. A meta-analysis of randomized controlled trials and large observational studies // Int Angiol. – 2002, dec; 21 (4): 305–315.
5. Gschwandtner M. E., Ehringer H. Microcirculation in chronic venous insufficiency // Vasc. Med. – 2001; 6: 169–179.
6. Rejan T. J. The epidemiology of leg ulcers. In: Westerhof W. , editor. Leg Ulcers: Diagnosis and Treatment. Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV; 1993. – P. 19–27.
7. Mayberry J. C., Moneta G. L. et al. Fifteen-year results of ambulatory compression therapy for chronic venous ulcers // Surgery. – 1991; 109: 575–581.
8. Pittler M. H., Ernst E. Horse chestnut seed extract for chronic venous insufficiency // Cochrane Database Syst Rev. – 2004; (2): CD003230.
9. Guillaume M., Padioleau F. Veinotonic effect, vascular protection, antiinflammatory and free radical scavenging properties of horse chestnut extract // Arzneimittelforschung. – 1994, jan; 44 (1): 25–35.
10. Noel A. A., Glociczki P., Cherry K. J. et al. Surgical treatment of venous malformations in Klippel-Trenaunay syndrome // J. Vasc. Surg. – 2000; 32: 840–847.
11. Carpentier P. H., Cornu-Thenard A., Uhl J. F. et al. Appraisal of the information content of the C classes of CEAP clinical classification of chronic venous disorders: a multicenter evaluation of 872 patients // J. Vasc. Surg. – 2003; 37: 827–833.
12. Chiesa R., Marone E. M., Limoni C. et al. Demographic factors and their relationship with the presence of CVI signs in Italy: the 24-cities cohort study // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2005, dec; 30 (6): 674–680.
13. Facino R. M., Carini M., Stefani R. et al. Anti-elastase and anti-hyaluronidase activities of saponins and sapogenins from *Hedera helix*, *Aesculus hippocastanum*, and *Ruscus aculeatus*: factors contributing to their efficacy in the treatment of venous insufficiency // Arch. Pharm. (Weinheim). – 1995; 328: 720–724.
14. Golledge J., Quigley F. G. Pathogenesis of varicose veins // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2003, apr; 25 (4): 319–324.
15. Kahn S. R., Ginsberg J. S. Relationship between deep venous thrombosis and the postthrombotic syndrome // Arch. Intern. Med. – 2004, jan 12; 164 (1): 17–26.
16. Prandoni P., Lensing A. W., Cogo A. et al. The long-term clinical course of acute deep venous thrombosis // Ann. Intern. Med. – 1996; 125: 1–7.
17. Sirtori C. R. Aescin: Pharmacology, Pharmacokinetics and Therapeutic Profile // Pharmacol Res. – 2001; 44 (3): 183–193. doi: 10.1006/phrs. 2001.0847.

УДК 616.36-002-036,22-07-085

**ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С: НОВОЕ В ЭПИДИМИОЛОГИИ, МЕТОДАХ  
ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

*Р.А.Таиров*  
ЦГБ, г. Кентау

**ТҮЙІН**

ТМД аймағында Орта Азия республикаларында С гепатиті Молдова жерінде жиі кездеседі. Эпидемиологиялық зерттеулер нәтижесі әр түрлі түсіндіріледі, соңғы буының диагностикалық жүйесіне, тиімдігіне байланысты. Көрініп тұрғандай HCV жоғары таралуымен және өмір сүру деңгейінің төмен бөлуы. Осы туралы мақалада сөз болады.

**SUMMARY**

On the territory of the CIS hepatitis C is more common in the Central Asian Republics and in Moldova. Large differences in the results of the selected epidemiological studies in different countries and regions are explained by various availability of the diagnostic system of the last generation. There is some connection between high spreading of the HCV and low standard of living condition. However even in the economically well developed countries the number of HIV is significant. The article deals with the new in epidemiology.

Вирусный гепатит С - это заболевание, которое приводит к хроническому поражению ткани печени, циррозу, гепатоцеллюлярной карциноме. Он вызывается вирусом семейства Flaviridae, состоящим из однонитевой РНК, содержащей 10 000 нуклеотидов. Многочисленные изоляты вируса гепатита С (HCV)



классифицируются на генотипы и подтипы по нуклеотидной последовательности генома вируса. К настоящему моменту идентифицировано генотипы, более 90 подтипов и квазивидов. Генотип вируса имеет важное значение для клинического течения заболевания, диагностики, подбора терапии и разработки вакцины.

Эпидемиология гепатита С.HCV – один из 6 вирусов ( А,В,С,Д,Е – G ), вызывающих большинство случаев вирусного гепатита, была открыт в 1989 г. Предполагается, что HCV проник в человеческому популяцию около 300 лет назад. К настоящему моменту число людей, инфицированных являются скрытыми носителями. А у 85% заболевших острым гепатитом С развивается хроническая HCV – инфекция, при которой вирус размножается в организме в течение 10 лет. Природный резервуар вируса неизвестен. Кроме человека, гепатитам С болеют только шимпанзе.

На территории СНГ гепатит С чаще встречаются в республиках Средней Азии и в Молдове. Большие различия в результатах выборочных эпидемиологических исследований в разных странах и регионах объясняются различной доступностью диагностических систем последнего поколения. Имеется связь между высокой распространенностью HCV и низким уровне жизни. Вместе с тем даже в экономически развитых странах значительно число ВИЧ–инфицированных.

Источниками заражения HCV служат больные острым и хроническим гепатитом С. Инфекция с парентеральным типом передачи в группах риска формируется из лиц, принимающих наркотические вещества как внутривенно, так и другим способом. К группам повышенного риска относятся лица, длительно находящиеся на стационарном лечении, персонал учреждений служб крови, больниц, госпиталей, клинико-диагностических лабораторий, а также доноры плазмы, подвергающиеся неаппаратному плазмаферезу.

Парентеральное введение лекарственных средств и наркотических веществ считается причиной появления примерно половины всех HCV–инфекций ежегодно.

Антитела к HCV в этом случае появляются через 6 -12 мес. У 50- 60% инфицированных, остальные случаи заражения связывают с переливаниями крови, гемодиализом, многочисленными сексуальными контактами с разными партнерами, употреблением наркотиков неинъекционно (интраназальный кокаин). Противоречивы данные относительно заражения через многочисленные сексуальные контакты. Анамнез больных гепатитом С свидетельствует о вероятности передачи инфекции половым путем, однако даже при множественных сексуальных контактах риск инфицирования не очень велик .Возможность заражения значительно увеличивается при наличии у человека других инфекций, передаваемых половым путем, например, ВИЧ. Минимален риск инфицирования при сексуальных длительных отношениях с одним партнером.

В последние годы зафиксировано, что доля полового пути заражения в структуре передачи HCV значительно возросла. Например, в Москве, по данным Центра Госсанэпиднадзора, за период 1994-1997гг.количество заразившихся гепатитом С половым путем увеличилось с 28,6 до 41,6%.Косвенным подтверждением эпидемиологической значимости полового пути передачи гепатита С может служить высокий уровень носительства этого вируса среди пациентов кожно-венерологических диспансеров. Также не уточнены данные о возможности инфицирования при использовании зараженного оборудования для нанесения татуировок. Инфицирование медицинского персонала может произойти при недостаточных мерах неосторожности,неаккуратности,неаккуратной инъекции лекарств или вследствие случайного попадание крови больного гепатитом С на слизистую оболочку или кожу медицинского работника. Подтверждена и перинатальная передача инфекции, хотя риск оценивается не более чем 6%. Заражение ребенка возможно, если у матери во время беременности и родов имеется активная репликация HCV. Риск инфицирования повышается, если мать одновременно ВИЧ–инфицирована. Недостаточно данных о передаче инфекции через грудное молоко, но при наличии трещин и других повреждений молочной железы грудное вскармливание необходимо прекратить.

В настоящее время в 10% всех случаев путь передачи инфекции не известен. HCV плохо контролируется иммунной системой организма, и персистирующая инфекция развивается у 85% больных острым гепатитом С, что приводит к возникновению хронической печеночной недостаточности. Наконец, в отличие от гепатитов А и В нет эффективной вакцины ,способной защитить от заражения гепатитом С.

Попадание HCV в организм приводит к развитию острого гепатита, который может протекать как в манифестной, так латентной форме. Соотношение их не менее 1:6.Около 17-25% больных острым гепатитом С выздоравливают спонтанно, а у остальных развиваются хронический гепатит С. О спонтанном выздоровлении от гепатита С можно говорить в тех случаях, когда у больного, не получающего специфической терапии, отсутствуют клинические проявления заболевания, ,при этом биохимические показатели остаются в норме и РНК HCV не определяется в сыворотке крови на протяжении не менее 2 лет от момента постановки диагноза острого гепатита. Однако, точные критерии выздоровления еще не определены.После заражения РНК вируса может обнаруживаться в крови через 1-3 нед. В среднем через 50 дней практически у всех пациентов наблюдается повреждение клеток печени, что сопровождается повышением в сыворотке крови АЛТ.Антитела к HCV постоянно обнаруживаются в течение всей болезни. Анти- HCV могут выявляться у 50-60 больных в начальной стадии заболевания и у 90%-через 3 мес.после начала инфекции. Как мы уже сказали, у большинства пациентов клинических проявлений болезни нет. В редких случаях описывается скоротечная печеночная недостаточность после заражения HCV .

Хронический гепатит С – это диффузное заболевание печени длительностью 6 мес. и более, с устойчивой, хотя и нерегулярной, вирусемией HCV. Переход в хроническую стадию – отличительная характеристика HCV-инфекции. Продолжительные исследования показали, что у большинства пациентов с прогрессирующим гепатитом С развивается цирроз, повышается уровень АЛТ. Однако гистологические данные показывают отсутствие прямой связи между этими показателями. Хотя пациентов с HCV –инфекцией и нормальным уровнем аминотрансфераз называют здоровыми носителями, биопсия печени может показать гистологическую картину хронического гепатита у многих из них. Цирроз и терминальная стадия печеночной недостаточности могут развиваться очень быстро, особенно у пациентов, употребляющих алкоголь.

Хроническая инфекция HCV может привести к развитию рака печени. Большинство случаев HCV-ассоциированной карциномы возникает на фоне цирроза. Риск развития карциномы составляет 1-5% после 20 лет заболевания хроническим гепатитом и очень различается в разных географических регионах мира. Если установлен цирроз, вероятность возникновения карциномы увеличивается на 1-4% в год. Среди пациентов с циррозом, обусловленным гепатитом С, карцинома возникает гораздо чаще у мужчин, чем у женщин, и у более пожилых, чем у молодых.

У больных хроническим гепатитом С иногда возникают побочные осложнения или синдромы иммунологического характера, включающие артриты, кератоконъюнктивиты, гломерулонефриты и криглоглобулины.

Диагностика вирусного гепатита С для постановки диагноза гепатита С доступен к настоящему моменту целый ряд тестов. На первом месте в диагностике стоят методики, обнаруживающие антитела к вирусу, которые включают в себя иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием рекомбинантных HCV – антигенов и иммуноблоттинг. Биопсия печени может определить величину повреждения печени вследствие вирусной инфекции. Хотя некоторые гистологические изменения в ткани печени и характерны для HCV – инфекции, данной биопсии печени недостаточно для постановки диагноза гепатита С. В настоящее время нет надежных и легкодоступных тестов для обнаружения антигенов вируса гепатита С в печени. Кроме того, разработаны анализы на основе полимеразой цепной реакции (ПЦР) для определения непосредственно РНК вируса в крови.

При подозрении на HCV – инфекцию оправдан следующий подход к тестированию. Среди населения с низким риском, таким, например, как доноры, отрицательный тест на основе ИФА достаточен, чтобы исключить инфекцию. Однако, лица с положительными иммуноферментными тестами должны быть подвергнуты дополнительной проверке иммуноблоттингом. Если он будет отрицательным, то ИФА можно считать ложно положительным и маловероятно, что у пациентов есть гепатит С. Если же он положительный, индивид может рассматриваться как HCV-инфицированный. Такие пациенты могут быть протестированы методом ПЦР, по результатам которой можно будет сказать, продолжается ли у индивида репликация вируса или нет. Положительный анализ по обнаружению РНК вируса подтверждает наличие HCV –инфекции. К сожалению, отрицательным анализ не свидетельствует об отсутствии инфицирования. Таких пациентов следует не однократно тестировать, определяя уровень АЛТ и наличие РНК вируса в крови. Если результаты иммуноблоттинга неопределенные, то анализ на обнаруженные РНК необходимо подтвердить. Можно надеется, что дальнейшие исследования позволят уменьшить количество ложно положительных результатов в ИФА и иммуноблоттинге. Лица со слегка повышенным уровнем АЛТ вне зависимости от наличия факторов риска для гепатита С должны быть исследованы на анти HCV –с помощью ИФА, и, если результат положительный, то необходимо провести дополнительные анализы. У пациентов с биохимическими и клиническими признаками болезни печени положительный иммуноферментный тест достаточен, чтобы диагностировать инфекцию гепатита С, особенно если есть факторы риска.

Качественный анализ на основе ПЦР может использоваться для подтверждения диагноза. Определение уровня АЛТ недорогой и неинвазивный метод для оценки активности заболевания. Тем не менее, определение уровня только этого фермента не всегда отражает истинное положение вещей. В большинстве исследований показано, что имеется слабая ассоциация между величиной АЛТ и гистопатологической картиной в ткани печени. Но последовательно определение уровня этого фермента могут помочь оценить повреждения ткани печени. Снижения АЛТ в ответ на противовирусную терапию – важный показатель эффективности лечения, и определения уровня АЛТ.

Биопсия печени считается общепризнанным стандартным методом для оценки состояния пациентов с хроническим гепатитом. Объединенная с многократными последовательными определениями уровня АЛТ биопсия печени очень полезна для оценки тяжести печеночной недостаточности и стадии фиброза. Ее выполнить рекомендуется перед лечением, чтобы оценить степень поражения и исключить другие формы болезни печени (например, алкогольная болезнь печени, токсический гепатит). На данный момент не установлена корреляция между количеством РНК HCV в печени степенью фиброза. Однако биопсия печени – дорогая болезненная процедура. Таким образом, для мониторинга пациентов рекомендуется проводить последовательное определение уровня АЛТ и вирусной РНК крови.

Вопрос о значимости ПЦР в постановке диагноза гепатита С важен. Разработка ПЦР обеспечила чувствительный диагностический инструмент для обнаружения HCV в сыворотке, мононуклеарах и гистологический препаратах. Исследования на РНК вируса и его генотипов методом ПЦР могут быть очень

полезными как для постановки диагноза, так и выборе тактики лечения и прогнозирования эффективности терапии. К настоящему времени большинство тест-систем основано на амплификации консервативных участков 5-ретранслируемой области вирусного генома.

Также важное место в диагностике гепатита С сейчас занимает обнаружения вируса в мононуклеарах и биоптатах методом ПЦР, так как в клинической практике имеются случаи, когда у пациента РНК HCV не определяется в сыворотке крови, но обнаруживается в мононуклеарах или клетках печени.

**Терапия гепатита С.** В настоящее время многообещающим добавочным лекарственным средством считают рибавирин –оральный противовирусный агент, который, если используется один, уменьшает уровень АЛТ примерно 50% больных. Однако, рибавирин сам по себе не снижает уровень вирусной РНК и его действие прекращается. Лечение ИФ в сочетании с рибавирином приводит к более высокому и устойчивому ответу по вирусологическим показателям, чем терапия только ИФ- за тот же срок. В настоящее время проводятся широко масштабные исследования совместного использования ИФ и рибавирина. Один из самых серьезных побочных эффектов в такой комбинированной терапии-гемолитическая анемия, требующая уменьшения 10% больных. Комбинация ИФ и рибавирина показала хорошие результаты и при повторном лечении.

Стандартная схема рекомендуется больным хроническим гепатитом, у которых велик риск –перехода хронического гепатита в цирроз. Эти пациенты характеризуются постоянным повышенным уровнем АЛТ, присутствием РНК вируса, а также в печени. Больные с повышенным уровнем АЛТ, но небольшими гистологическими нарушениями должны наблюдаться врачом при постоянном контроле уровня трансаминаз и биопсии печени каждый 5 лет. По последним данным, пациентам с компенсированным циррозом, ИФ-терапия продлевает жизнь или задерживает развитие гепатоцеллюлярной карциномы.

Противопоказаниями к лечению ИФ после тщательной проверки могут считаться цитопения, гипертиреозидизм, пересадка почек и аутоиммунная болезнь. К настоящему времени остается много вопросов, требующих изучения. Главные из них –это, конечно, разработка вакцины против гепатита С. В клинике возможно после исследований возможности полное выздоровление при проведении специфической терапии: выявления факторов, способствующих прогрессированию или регрессии заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2000 года N 468 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года N 2131 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан».
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года N 2299 «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения».
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 1888 «Об утверждении Правил осуществления закупок медицинских услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
6. Приказ МЗ РК №32 от 21.01.09. О мерах по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи в Республике Казахстан.
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 марта 2006 года N 124. «О деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».
8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года N 685. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп».
9. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 ноября 2003 года N 840. «О развитии стационарозамещающей медицинской помощи».
10. Глинщикова О.А., Судариков А.Б. Способ количественного определения вируса гепатита С в сыворотке крови.
11. Львов Д.К., Самахвалов Е.И., Миширо Н.//Вопросы вирусологии. 1997г.
12. Гепатит С(Российский консенсус)// Материалы научн.практ.конф26-27 сент.2000г.
13. Огрель О.Д., Судариков А.Б.Способ выявления вируса гепатита С в сыворотке крови человека. 1998г.
14. Гирин В.А «Гепатит С: Современное лечение и профилактика».
15. Белозеров Е.А. Иоанниди Е.А. «Вирусный гепатит».
16. Грачева Е.И. «Как распознать угрозу гепатита С».
17. Трошина Н.В. “Мир вирусных гепатитов”, 2000, №4, 7-8
18. Лозовская И.Л. и Должанский Н.А., “Мир вирусных гепатитов”, 1999, №1, 5-6).
19. Impact: Hepatitis C information. 3d edition. Hepatitis C Council of Victoria, 2003. (Australia).
20. Симонова Е.Г. и соавторы. Тезисы докладов конференции Гепатит С (Российский консенсус) 26-27 сентября 2000 г., с.132-133).
21. Лозовская И.С. Тезисы докладов конференции Гепатит С (Российский консенсус), 26-27 сентября 2000 г., с.82-84).
22. Каир А.Н., Тезисы докладов конференции Гепатит С (Российский консенсус), 26-27 сентября 2000 г., с.55-56.
23. Богач В.В., Жданов В. М., Ананьев В. А, н Стаханова В. М. Вирусные гепатиты, М., 1986;
24. Справочник по инфекционным болезням» под ред. Казанцева А.П., М. Медицина, 1985 г. стр 18 - 20.
25. «Руководство по инфекционным болезням < под ред. В. И. Покровского М. Медицина, 1986, стр. 134 – 138.
26. Соринсон С. Н. Вирусные гепатиты, Л., 1987.
27. Влюгер А. Ф. и Новицкий И. Н. Вирусные гепатиты, Рига, 1988.

УДК 618.2- 084: 613.6 (213.14)

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН – ТРУЖЕНИЦ, ЗАНЯТЫХ В ХЛОПКОВОДЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ***И.М.Тажимуратова  
ЦРБ, г.Шардара***ТҮЙІН**

Әдеби шолу мақта өндірісінің аса ауыр және денсаулыққа қауіпті шаруашылыққа жататындығын көрсетті. Алайда соңғы әк жыл бойы бұл өндірістегі технология, еңбек ету жағдайы аса үлкен өндіріске ұшырай калған жоқ. Сондықтан осы шаруашылықта еңбек ететін әйелдер денсаулығына көптеген зиянды өндірістік және климаттық факторлар зиянды әсерін тигізеді.

Жұмысшы әйелдер денсаулығына сонымен қатар өндірістен тыс орындалатын жұмыстар, медициналық көмек сапасының төмендігі және әйелдердің төмен медициналық белсенділігі де айтарлықтай кері әсерін тигізеді. Мақта өндірісінде еңбек ететін әйелдердің арасында өз бетінше түсік тастау, жүктіліктің асқынуы, қан аздық, босану барысында және босанудан кейінгі кезеңдерде қан кету оқиғалары жиі кездеседі.

**SUMMARY**

In the Literary Review thought that cotton farming is very difficult and complicated and strongly influences human health. However, working with technology in this area is not too find ourselves in the last 20th anniversary. Therefore, women workers in this field, that is, the cotton sector for more than 20 years were harmful climatic factors and the impact on their health.

Health of working women in a number of those carrying out production work and the low quality of medical work affects the low medical activity.

Among working women is very cultivated child, worsening pregnant, anemia, in the period before birth and after birth the mother is often the bleeding mother.

Хлопководство является ведущей отраслью народного хозяйства Южного Казахстана. Несмотря на растущий уровень механизации, условия труда хлопкоробов до сих пор не отвечают гигиеническим требованиям. В современном хлопководстве имеет место длительное воздействие на организм работающих хлор и фосфорорганических пестицидов, повышенной температуре воздуха, высокого уровня инсоляции, значительное физическое напряжение.

Знание особенностей влияния профессионально-производственных факторов хлопководства на детородную функцию женщин-хлопкоробов даст возможность разработать комплекс санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению нарушений детородной функции, а это позволит оптимально сочетать функцию материнства с производственной деятельностью. Последнее обстоятельство особенно важно, если учесть что доля труда женщин в хлопководстве составляет около 85% от общего числа работающих. Литературный обзор показал, что в последние 25 лет условия труда в хлопководческом производстве и его влияние на репродуктивное здоровье женщин не изучено, что сказывается на демографическом состоянии и на здоровье подрастающего поколения. Базовой территорией, где проводилось настоящее исследование, явились хлопкосеющие районы Южно – Казахстанской области, которым относятся Мактаральский, Шардаринский, Сарыагашский и Туркестанский районы.

В соответствии с программой исследования в работе использовался комплекс методов социально – гигиенические (в т. ч. выкопировка интересующих данных на специально разработанные карты), социологические, математические, статистические, физиологические, санитарно – гигиенические и экологические.

Изучение условий труда показали, что работа по уходу за хлопчатником проводится в течение 3-4 месяцев в жаркое время года (лето-осень), без дней отдыха в условиях нарастающей внешней среды. Высокая температура воздуха сопровождалась с начала рабочего дня и до его окончания.

Продолжительность рабочего дня составляет 9 часов чистого времени. При этом рабочее время у хлопкоробов распределяется следующим образом: 77,8% времени на основные работы, 22,2% времени приходится на отдых по личной инициативе. На этапе культивации труд женщин отличается от механизированного труда простотой и однообразием. Это требует больших физических усилий. Тяжесть труда усиливается вынужденной позой: 24% времени основной работы выполняется в положении стоя, 76% в положении тела под большей углом более 45 градусом или на корточках.

Отмечено, что начиная с 1970 года, ежегодно проводилась регулярная 4-5 кратная обработка пестицидами плантации хлопчатника, а в отдельные годы кратность ее возрастала до 9 раз за сезон. Таким образом, расход пестицидов на хлопковых полях даже при однократной их обработке превышал безопасный уровень пестицидной нагрузки (1,3 кг/га) и во много раз гигиенические ограничения, рекомендованные для полей продовольственных культур. Несмотря на растущий уровень механизации, условия труда хлопкоробов до сих пор не отвечают гигиеническим требованиям. Для физиологической характеристики труда женщин –

хлопкоробов проводились хронометражные исследования (всего 255 человеко-дней) и изучение функционального состояния ряда систем организма (сердечно-сосудистой, нервно-мышечной, терморегуляционной) в динамике рабочего дня при выполнении различных видов работ в различные сезоны производственного цикла. Режим труда женщин в хлопководстве неблагоприятный, характеризуются растянутым до 12 часов, из-за погодно-климатических условий или нерегламентированным рабочим днем в связи с производственной необходимостью. В трудовой деятельности преобладает ручной труд, характеризующихся монотонностью, вынужденной рабочей позой, напряжением мышц туловища и конечностей.

Установлено, что уровень стандартизованной заболеваемости женщин-хлопкоробов зависит от возраста и стажа работы. При этом наименьший уровень заболеваемости отмечается (218,4‰) у женщин в возрасте до 20 лет, а наибольший уровень заболеваемости приходится на возраст 40-49 лет (419,8‰), а последующих возрастных группах отмечаются (50-59 и 60 лет и старше) постепенный спад уровня заболеваемости женщин (402,5‰ и 342,3‰). Это объясняется меньшим участием в хлопководческом производстве женщин старших возрастных групп.

Изучение уровня заболеваемости по основным патологиям среди работников хлопководческих производств показало, что по болезням органов пищеварения составляет 86,2‰ у женщин, 79,5‰ у мужчин, по болезням органов кровообращения, 100,4‰ и 87,1%, по болезням нервной системы 64,6 и 62,8‰ соответственно.

Сравнительное изучение состояния здоровья одних и тех же контингентов до и после применения пестицидов на различных этапах сельскохозяйственных работ выявило достоверное повышение уровня заболеваемости после применения пестицидов на 24,2%. Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности работниц хлопководства в зависимости от возраста и стажа работы показало, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности женщин-хлопкоробов достоверно ( $P < 0,05$ ) увеличивается с возрастом и со стажем работы. Как показали исследования, более высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности выявлен у женщин, отнесенных к возрастной группе 50-59 лет (191,8±9,2 случая, и 1964,8±32,4 дня на 100 работниц), а наименьший уровень у женщин в возрасте до 20 лет (74,5±5,6 случая и 694,1 дня на 100 работниц).

Показатели заболеваемости у женщин в зависимости от возраста имеют четкую достоверную разницу. Более выраженная и достоверная разница в показателях заболеваемости установлена у женщин –хлопкоробов в зависимости от стажа работы до 1 года уровень заболеваемости которых составил 64,3±4,2 случая и 559,4±18,6 дня, то при стаже работы более 20 лет дошло до 219,5±14,1 случая и 2853,5±34, и 5,1 раза выше чем у не стажированных соответственно.

Таким образом, на показатели здоровья женщин-хлопкоробов существенное влияние оказывают производственные факторы риска.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сапаргалиева А.О., Булешов М.А., Жаксыбергенов А.М., Куатбекова Р.А. Влияние факторов среды и трудового процесса на здоровье работниц современного хлопководства. // Материалы XII Международной научной конференции и III Международной научной онкологической конференции с 29 апреля – по 07 мая 2008 года г. Эйлат, Израиль стр. 114-115.

УДК 581.6.582.949.2.581.19.615-092

#### БОТАНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ, ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДРУГИЕ ПОЛЕЗНЫЕ СВОЙСТВА РАСТЕНИЙ СЕМЕЙСТВА MORACEAE (ОБЗОР)

*Б.К. Махатов, К.К. Орынбасарова, С.М. Кудайбергенова, М.М. Сапакбай, Б.Т. Мендибаев*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Академический инновационный университет, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Мақалада берілген әдебиеттердің талдауы бойынша Moraceae тұқымдасының өсімдіктерінің халық және ғылыми медицинада қолданылуы осы тұқымдастың өкілдерін жаңа дәрілік препараттар алуға зерттеуге негізделген.

#### SUMMARY

In clause, on the basis of the analysis of the literary data, are shown application of plants of family Moraceae in national and scientific medicine determines of study of the representatives of this family with the purpose of creation of new medicinal preparations.

Современная фармацевтическая наука и практика уделяют большое внимание разработке лекарственных препаратов природного происхождения.

Одним из наиболее широко применяемых в медицине растений являются представители семейства Тутовых (Moraceae). Семейство содержит в СНГ 6 родов с 13 видами, из которых многие только в культуре, в

Казахстане – 4 рода и 6 видов. Из них: Род Шелковица (*Morus L.*). Виды – Шелковица черная (*Morus nigra L.*); Шелковица белая (*Morus alba L.*); Род Маклюра (*Maclura Nutt.*). Вид – Маклюра оранжевая (*Maclura aurantica Nutt.*) [1, 2].

**Ботаническое описание.** Шелковица черная (народные названия: тута, тутовник) – небольшое однодомное дерево высотой 10-15 м. Листья широкие, крупные, шершавые. Тычиночные цветки невзрачные, мелкие, собраны в пазушные, сидячие колосья. Соплодия черно-фиолетовые, похожи на плоды ежевики.

Шелковица белая – деревянистый кустарник высотой 5-10 м с листьями, похожими на листья черной шелковицы, и зеленовато-белыми весьма сладкими соплодиями, напоминающими плоды белой малины.

**Время цветения.** Май-июнь. Черная шелковица менее широко распространена. Ее родиной считается Средняя Азия. Она широко используется как плодовое дерево на Украине, в Средней Азии, на Кавказе, в России. Листья этого вида шелковицы малопригодны как корм для гусениц шелкопрядов, так как шелковые нити получаются толстые. С лечебной целью используются листья, плоды и кора ветвей и корней.

**Химический состав.** Кора, древесина и листья содержат дубильные, красящие вещества, листья – около 164-370 мг% витамина С, семена – жирное масло. Соплодия содержат 12,7 мг% сахаров, яблочную и лимонную кислоты, белковые, красящие, пектиновые вещества, витамины. Плоды белой шелковицы содержат до 3,9% железа, а плоды черной – 6,3 мг%.

О шелковице черной стоит поговорить особо, так как растение это относится еще и к лекарственным и широко используется как в народной, так и в официальной медицине.

**Применение.** Плоды шелковицы черной обладают противовоспалительным, антисептическим, слабительным, ранозаживляющим, жаропонижающим, отхаркивающим, потогонным, вяжущим и мочегонным действием, а также улучшают обмен веществ.

Народная медицина Грузии незрелые плоды шелковицы черной использует при поносах. Зрелые плоды, наоборот, оказывают слабительное действие. Настой из свежих плодов применяют в качестве мочегонного, а также потогонного средства при простудных заболеваниях. На Кавказе сироп, приготовленный из шелковицы черной, применяют для полоскания при стоматитах, фарингитах и ларингитах. Чаще при заболеваниях горла и ротовой полости употребляют сок, разбавленный водой. Сок белой, и особенно черной, шелковицы принимают как отхаркивающее при кашле и как легкое послабляющее.

Китайская народная медицина рекомендует водные настои и отвары коры и корней шелковицы при гипертонии, бронхитах, бронхиальной астме. Настой листьев используется как жаропонижающее при лихорадочных состояниях.

Согласно литературным данным, применение больших количеств плодов шелковицы при лечении больных миокардиодистрофией и пороком сердца сопровождается выраженным положительным эффектом.

Из порошка коры, ветвей на растительном масле готовят жидкую мазь (1:30), которой смазывают царапины, порезы, язвы, раны. Необходимо отметить, что научными исследованиями было установлено, что только настойка листьев шелковицы обладает слабовыраженным гипогликемическим (сахаропонижающим) действием. Другие препараты шелковицы и настой листьев таким действием не обладают.

Вкусные плоды шелковицы черной употребляют свежими или сушеными (сушеные плоды могут заменить сахар). Из них готовят варенье, в пищевой промышленности вырабатывают уксус, сахар и лимонную кислоту. Из отжатого под прессом сока плодов путем выпаривания готовят сироп, напоминающий по вкусу мед и сохраняющий в концентрированном виде ценные питательные вещества. Свежий сок из плодов иногда подмешивают в тесто при изготовлении сладких мучных изделий.

После приема свежих плодов тута нельзя пить холодную воду. В противном случае возникает урчание, вздутие живота, нередко понос. Диабетикам и гипертоникам нельзя употреблять большое количество сладких сортов тута. У диабетиков увеличивается содержание сахара в крови, у гипертоников, особенно в жаркое время, может повыситься кровяное давление.

**Ботаническое описание.** Маклюра оранжевая – двудомное листопадное дерево, высота до 20 м, с густой кроной и колючими ветвями. Листья расположены спирально, цельные, от яйцевидных до продолговато-ланцетных, остроконечные. Тычиночные цветки в сережковидных, пестичные – в густых головчатых соцветиях. Соплодие шарообразное, золотисто-желтое, морщинистое, напоминает апельсин, но несъедобное; состоит из многочисленных сухих односемянных плодиков, погруженных вместе с околоцветником в разросшуюся мясистую ось соцветия. Созревают в октябре.

Дико растет в теплоумеренной и тропической зонах Северной Америки, Азии и Африки, в культуре – в Крыму, на Кавказе и в Средней Азии. В Казахстане Маклюра оранжевая встречается в городских посадках (Алматы, Шымкент).

В официальной медицине дерево изучено не достаточно. Но упоминается как источник ценных полезных веществ. При разрезании ножом выделяется липкая жидкость – это млечный сок, которым буквально пропитаны все части растения. В млечном соке Маклюры много циклических тритерпеновых спиртов в виде эфиров жирных кислот. К этому классу биологически активных веществ, широко распространенных в растительном мире, относятся стерины, желчные кислоты, сапонины. Суммарное содержание тритерпеноидов в соплодиях Маклюры в период молочной спелости достигает 4%. Химический состав плодов очень разнообразен, но много схожих веществ, что и в шелковице. Много в соплодиях сахаров, пектиновых веществ

до 10%, в листьях почти 13% лимонной кислоты. Семена – небольшие орешки, размещенные внутри соплодия, содержат почти 30% жирных кислот. Но наиболее ценными веществами Маклюры можно считать флавоноидные соединения. Это группа веществ по строению подобна Р- витамину. По сути, это мощные антиоксиданты, обладающие противосклеротическими и противоканцерогенными свойствами, в которых так нуждаются современные люди. В наибольшем количестве из флавоноидов содержатся – кемпферол- до 1,2%. Именно эти вещества обладают желто-оранжевым (апельсиновым) цветом. В больших количествах (около 6%) содержится в плодах и изомерные соединения флавоноидов – изофлавоны. Из них большая часть приходится на долю осайина. Как и многие полифенолы с Р-витаминой активностью они укрепляют сосуды, капилляры. Причем, осайин намного выше по эффективности, чем известный рутин. Не удивительно, что препарат из флавоноидов, выделенный из соплодий маклюры, широко может использоваться в качестве эффективного сердечно – сосудистого средства [3].

Древесина является материалом биологического происхождения и большая часть вещества древесины состоит из высокомолекулярных соединений. В абсолютно сухом состоянии древесина на 99% состоит из органических соединений. На долю неорганической части древесины в среднем приходится 1%. Неорганическая часть может быть выделена при сжигании древесины в виде золы. Количество золы зависит от возраста дерева, положения в стволе, условий произрастания. Молодая древесина, кора и листья дают больше золы. Содержания органических веществ в древесине зависит от породы, возраста и других факторов.

Применение растений семейства Могасеае в народной и научной медицине определяет перспективность изучения представителей этого ботанического семейства с целью создания новых лекарственных препаратов. Растения родов Шелковица, Маклюра ранее были известны лишь в народной медицине. С этой точки зрения фармакогностическое изучение представителей этих родов семейства с целью выявления их химического состава и перспектив внедрения в официальную медицину является своевременной и актуальной.

Для дальнейшего развития отечественной фармацевтической промышленности пополнение выпускаемого ею ассортимента лекарственных средств высокоэффективными новыми препаратами является актуальной проблемой фармации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений Казахстана.- Алматы: Гьлым, 1994. – 200 с.
2. Иллюстрированный определитель растений Казахстана.(Байтенов М.С., Васильева А.Н., Рамаюнова А.П.).- Алма-Ата:Наука, 1972. – Т.II. – 489 с.
3. Ходжиматов К.Х. и др. Дикорастущие целебные растения Средней Азии. – Т. : Ибн-Сино, 1995. – 200 с.
4. Бендер К.И., Гоменюк Г.А., Фрейдман С.Л. Указатель по применению лекарственных растений в научной и народной медицине. – Саратов: Саратовский ун-т, Саратовский ун-т, 1988. – с. 84-92.
5. Завражанов В.И., Хмелев К.Ф. Лекарственные растения: лечебное и профилактическое использование. – Воронеж: Изд-во ВГУ, 1994. – 480 с.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.98:579.852.11(574.52)

## ГРУППОВОЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Д. Цой

*Жамбылская областная инфекционная детская больница, г. Тараз*

## ТҮЙІН

Мақалада Жамбыл облысында Сібір жарасы ауруымен ауырған топтық жағдайлар қарастырылған. 5 ауру тарихында сібір жарасының әртүрлі формасы, эпидемиологиялық анамнезі, диагностикалық емі және соңы көрсетілген. Инфекцияның табиғи ошағы бар біздің аймаққа Сібір жарасы аурушандылығы мәселесі маңызды болып табылады. Аурудың тері түрінде емі уақытында басталып, болжамы қолайлы аяқталған.

## SUMMARY

This article describes a group case of anthrax in the Zhambyl region. At the material 5 histories the clinical picture of various forms of anthrax, epidemiological history, diagnosis, treatment and outcome are reflected. The incidence of anthrax remains a problem in our region in the presence of natural foci of infection.

**Введение.** Сибирская язва – острое высококонтагиозное инфекционное заболевание из группы зоонозов, характеризуется лихорадкой, тяжелой интоксикацией, поражением лимфатического аппарата, протекает в виде кожных, реже кишечных, легочных и септических форм. [1]

Возбудителем является анаэробная бактерия – неподвижная, крупных размеров палочка.

Вне организма человека и животного образует споры, которые отличаются большой устойчивостью к физико-химическим воздействиям, и могут сохраняться во внешней среде до 10 лет. [2]

Источником инфекции являются домашние животные / крупный рогатый скот, овцы, козы, верблюды, свиньи/. Заражение человека чаще осуществляется контактным путем / при разделке туш животных, обработке шкур и т.д./ и при употреблении в пищу продуктов, загрязненных спорами, а также через воду, почву, мховые изделия и т.д. Заражение человека от человека обычно не наблюдается. [3]

**Цель работы:** описание группового случая сибирской язвы в Жамбылской области.

**Материалы и методы исследования.** Приводим случай группового заболевания людей сибирской язвой, поступивших в областную детскую больницу города Тараз из района Т. Рыскулова Жамбылской области. 4 сентября 2008 года одновременно по направлению поселкового фельдшера в больницу поступили 5 больных с подозрением на сибирскую язву. Возрастная структура: от 20 до 30 лет- 2, от 30 до 50- 2, старше 50 – 1.

Эпидемиологический анамнез у всех 5 больных был единым: проживают в сельской местности, где имеется природный очаг сибирской язвы. 22.08.08 г. Все поступившие принимали участие в забое и разделке туши павшей лошади. Длительность инкубационного периода у 4 больных составила 5 дней и у одного – 4 дня, у 2 больных начало болезни отмечалось с повышения температуры тела до 38 и выше градусов, у 3- температурной реакции не наблюдалось.

По клиническому варианту: у 4 заболевание протекало в виде локализованной кожной формы, и лишь у одного развилась генерализованная, смешанная форма: кожная + желудочно-кишечная с тяжелым течением болезни.

Кожная форма – у всех 4 больных отличалась сходной клинической симптоматикой: интоксикация не выражена. Повышения температуры тела в стационаре не зафиксировано, поражения внутренних органов не выявлено. Местный патологический процесс у всех 4 больных располагался на пальцах рук, в основном на большом и указательном пальцах. У всех больных имелась этапность развития кожного патологического процесса / включая догоспитальный и госпитальный этапы/: папула- везикула / с желтой темной жидкостью/-пустула- язва с гиперемизованным венчиком, с черным дном и отсутствием болезненности в зоне некроза. Дочерних везикул в данном случае не образовалось, весь процесс образования язвы от момента папулы до пустулы занимал несколько часов, от папулы до язвы – 1-2 суток. У трех больных из пяти отмечались явления регионарного лимфаденита. У всех 4 больных с локализованной формой патологических сдвигов со стороны ОАК и ОАМ не наблюдалось. При бактериологическом и биологическом исследовании материалов от всех больных /кровь, содержимое везикулы/ получены отрицательные результаты, так как на госпитальном этапе они получали антибактериальные препараты. При обследовании очага санэпидслужбой в 2 смывах, взятых с разделочных досок, выделена культура *Bac. Anthracis*, что и послужило бактериологическим подтверждением диагноза. После проведенного курса лечения пенициллином в течение 10 дней все случаи кожной формы болезни закончились полным выздоровлением.

**Генерализованная форма заболевания.** Больная М., 1977 г.р. Из анамнез заболевания: 27.08.2008 года заметила появление пятна, затем пузырька на мизинце правой кисти, со следующего дня – повышение температуры тела / не измеряла/, жидкий стул до 6-7 раз, рвота 2 раза. Обратилась к врачу по месту жительства, в/м получала ампициллин. 04.09. 2008 направлена в стационар.



**Эпидемиологический анамнез.** Идентичен 4 вышеизложенным случаям. Из анамнеза жизни: в течение 2008 года лечилась стационарно / в течение 4 месяцев /, затем амбулаторно с диагнозом: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренная интоксикация, субфебрильная лихорадка, диспепсические явления – изредка рвота, нечастый разжиженный стул.

Локальный статус – на пятом пальце правой руки имеется кожный элемент по типу круглой язвы, в центре – черноватый струп, по краю – валик гиперемии, вокруг умеренный отек мягких тканей, болезненности нет. Явлений лимфаденопатии нет, явления подмышечного лимфаденита.

На 5 пальце левой кисти везикулезный элемент размером 2 на 2 мм, багрового оттенка, в центре наметилась вдавление в виде кратера. С 8.09.2008 года состояние больной ухудшилось, выросли проявления общей интоксикации, лихорадка фебрильная до 38, появилась выраженная симптоматика со стороны ЖКТ – вздутие, тяжесть в животе, тошнота.

С 9.09.2008 состояние очень тяжелое, резкие боли в животе. Объективно: живот увеличен в объеме за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости, положительные симптомы раздражения брюшины. У больной развились явления инфекционно-токсического шока 2 степени; в палату переведен реанимационный пост, консультирована хирургом на предмет прободения кишечника и развития перитонита.

**Лабораторные данные.** ОАК при поступлении: НГ- 103 г/л, эритро-3,5, цп – 0,9, лей-6,3, п – 2, с -46, э-2, м-3, л-46, плазм клетка-1, СОЭ -5 мм/ч ОАК от 9.09: НГ-100 г/л, эритро-3,5, цп-0,8, лей-17, п-3, с-43, э-4, м-3, л-47, СОЭ-10. Бактериологические и биологические исследования материалов от больной /кровь, содержимое везикулы/ - отрицательные результаты.

Клинический диагноз: сибирская язва, генерализованная смешанная форма: кожная + желудочно-кишечная. Инфекционно-токсический шок 2 ст. ДВС-синдром 1 ст. Сопутствующий диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в стадии рассасывания и уплотнения. Гипохромная анемия 1 степени.

**Лечение:** была проведена массивная комбинированная антибиотикотерапия- бензилпенициллина натриевая соль 12 млн ЕД в сутки + левомицетина сукцинат 3 г в сутки, интенсивная терапия. На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось; заболевание закончилось полным клиническим выздоровлением.

**Выводы:** Данный случай показывает: заболеваемость сибирской язвой остается актуальной проблемой в нашем регионе при наличии природных очагов инфекции. Очевидным является необходимость своевременной диагностики сибирской язвы, обязательная госпитализация и лечение заболевших, так как не исключена вероятность развития тяжелых, генерализованных форм заболевания.

Прогноз при кожной форме и своевременно начатом лечении благоприятный, при кишечной и легочной формах прогноз сомнителен даже при рано начатом и интенсивном лечении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник по инфекционным болезням под ред. Казанцева А.П., М. Медицина, 1985 г. стр 18 - 20.
2. Руководство по инфекционным болезням под ред. В. И. Покровского М. Медицина, 1986, стр. 134 – 138.
3. Республиканский научный журнал «Наука и образование Южного Казахстана». 2006 г. № 4, стр.153.

УДК : 616.71-002.1:615.276

#### СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ОСТЕОМИЕЛИТОМ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА КОРТИКОСТЕРОИДОВ

*Б.Т.Какиева*

*Меркенская ЦРБ, Жамбылская обл.*

#### ТҮЙІН

Бұл болған оқиғада, бронх демікпесіне байланысты ретсіз ұзақ уақыт кортикостероид дәрісін қолданған науқаста, оң сан сүйегі остемиелитінің асқынуы салдарынан септикалық өкпе қабынуы орын тепкен.. Кортикостероид дәрісінің иммундық жүйеге супрессорлық әсерінен кез келген жергілікті инфекциясы бар науқастарда септикалық үрдістің жалпы ағзаға жайылуы қаупі көрсетіліп, бұндай жағдайда практикалық дәрігерлердің сақ болуын және де кешенді интенсивтік терапияны дер кезінде жүргізілуі керектігі анықталған.

#### SUMMARY

This observation shows the local complications of infection in a patient with osteomyelitis of the right thigh, in the form of septic pneumonia on the background of the prolonged use of corticosteroids in the history about bronchial asthma. Timely initiation of intensive therapy designed taking into account the history led to the improvement of the patient. Pointed out the need for vigilance of practitioners in respect of patients who had a history of taking corticosteroids, in terms of a possible generalization of infection.

В хирургической практике неспецифический гнойно-воспалительный процесс всей структуры кости и окружающей мягкой ткани - остеомиелит не редко при несвоевременном и адекватном лечении переходит в септическое состояние [1,2,3] Актуальность данной проблемы определяется значительной частотой развития сепсиса и высокой летальностью при этом.

В последние годы медицинская наука обогатилась новыми сведениями о патогенезе сепсиса. Установлено, что в основе сепсиса лежит синдром системной воспалительной реакции – ССВР – (systemic inflammatory response syndrome - SIRS). SIRS - это первичный ответ организма на различные повреждающие факторы: травма, ожог, бактериальная агрессия, массивное хирургическое вмешательство [2,4].

Сепсис остается одной из наиболее сложных проблем медицины и одной из ведущих причин летальности, несмотря на современные открытия в патогенезе этого заболевания и разработку новых высокотехнологичных методов лечения и составляет 35-40%, а у пациентов с септическим шоком достигает 70-80% [1,2,].

В последние годы немалые споры идут о роли кортикостероидов при септическом состоянии. Большинство авторами признается применение малых доз гидрокортизона до 300 мг при данной патологии. Известно, супрессорные действия кортикостероидов. Приводим клинический случай.

Нами наблюдался развития септического состояния у больного с остеомиелитом, который получал длительно кортикостероиды беспорядочно, по поводу бронхиальной астмы.

Больной Т., 65 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли, отек в области левого бедра, в нижней трети. Локально имелась припухлость, гиперемия, болезненность при движении в коленных суставах, повышение температуры тела.

В анамнезе страдает хроническим остеомиелитом левого бедра, бронхиальной астмой по поводу чего постоянно принимает кортикостероиды последние 7-8 лет от 5 до 30 мг в сутки.

Установлен диагноз: Обострение хронического остеомиелита левого бедра. Бронхиальная астма инфекционно-аллергической формы.

На R-грамме левого бедра - признаки хронического остеомиелита с секвестрацией.

Проводилось оперативное вмешательство – секвестроэктомия, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Однако, из раны гнойное отделяемое продолжалось, периодически поднималась температура, потеря аппетита. На седьмые сутки после операции у больного резко ухудшилось состояние, что выражалось анорексией, резкой апатией, гипотонией -90/40 мм рт.ст., тахикардией – 123 в 1 мин-1, кашлем, тахипноэ -30-36 с участием вспомогательных мышц дыхания, повышением температуры тела гектического характера, ознобом, сатураций кислорода – 86%. На ЭКГ – синусовая тахикардия. ЧСС – 124. Дистрофические изменения в миокарде.

На R-грамме грудной клетки обнаружено 2-х сторонняя инфильтрация в средне – базальных отделах. Заключение: септическая пневмония.

В анализах крови: Нв 96 г/л, лейкоциты 12.109/л; СОЭ 23 мм/час, эритроциты 3,1-1012/л, токсическая зернистость, нейтрофилез со сдвигом влево; СОЭ – 47 мм/час. Выявлены значительные изменения в анализах мочи, белок 1,33; лейкоциты 10-15 в п/з-р, эритроциты 7-8 в п/зр в крови;

На биохимических анализах билирубин 33 ммоль/л, прямая фракция 25 ммоль/л., мочевины 11,5 ммоль/л, креатинин 211 ммоль/л, общий белок 49 г/л.

На основании выше указанных был выставлен диагноз: Обострение хронического остеомиелита костей левого бедра. Сепсис. 2-х сторонняя септическая пневмония. Септический миокардит. Токсический нефрит. Бронхиальная астма инфекционно-аллергической формы. Больная была переведена в палату интенсивной терапии.

Проведены: интенсивная терапия направленная на борьбу септического процесса – повторная ревизия раны с секвестроэктомией. Учитывая, что в анамнезе больной получал бесконтрольно кортикостероиды была использована антибактериальная терапия с включением тиенама по 1 гр 3 раза, метрида по 100 х 3 раза, гентамицина 320 мг однократно и иммунокорректирующая терапия: антистафилококковым гамма-глобулином, антистафилококковой плазмой № 3-4 раза. Коррекции кислородного режима с помощью неинвазивной респираторной поддержкой с переходом к простой оксигенотерапии назальным катетером. Поддержка гемодинамики проводилась наряду с инфузионной терапией (рефортан, кристаллоиды) на фоне применением микродозы допамина для улучшения микроциркуляции. Применены гемокорректоры (фраксипарин, пентоксифиллин, эуфиллин), ингибиторы протеаз (Гордокс, контрикал). Особое место занимали кортикостероиды (дексазон в суточной дозе 24 -12мг в сутки) с последующим снижением дозы и установкой поддерживающей дозой.

Состояние больной начало улучшаться, начиная с 3-х суток, стабилизация гемодинамики, внешнего дыхания, температуры тела, появился аппетит. АД 110/80 –125/ 85 мм рт.ст. ЧСС – 99 – 84 в 1-1мин. Уменьшилась напряженность внешнего дыхания, свободное ровное дыхание без активного включения мышц живота. Сатурация кислорода повысилась до 93-98%. В легких дыхание ослабленное, жестким оттенком. Положительные сдвиги имелись и в показателях анализа крови, мочи и биохимических показателей. Однако, существенных колебаний уровня лейкоцитов не отмечалось. Больной переведен на 7 сутки в хирургическое отделение с улучшением состояния.

На 23 день больной был выписан для дальнейшего лечения по месту жительства.

Таким образом, показана, приверженность локальной инфекций к генерализации на фоне длительного применения кортикостероидов в анамнезе, что способствовало осложнениям в виде легочных осложнений - септической пневмонии. Прием кортикостероидов в анамнезе должен настораживать практических врачей в плане возможной генерализации инфекции и своевременного проведения интенсивной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии. Старая проблема накануне нового тысячелетия. Ч. 1 // Вестн. хирургии.- 1998,- Том. 157. № 1.- С. 85-91.
2. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис. -Минск, 2002.- 214 с.
3. Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Митин В.А., Борисов И.В. Лечение обширного посттравматического остеомиелита длинных костей // Хирургия. -1993. -№4. С. 53-57.
4. Костюченко Б.М., Светухин А.М. Хирургический сепсис // Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей. -М.: Медицина, 1990. - С. 424-525.

УДК: 616.12:616.5-004.1:711.132

#### ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Б.С. Шилмурзаев*

*Областная клиническая больница, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Ауыл тұрғындары арасындағы жүйелі склеродермия сырқатындағы ең жиі кездесетін жүрек зақымдалуларына жататын миокардит, екіншілік инфекцияның қосылуына байланысты болуы мүмкін.

#### SUMMARY

During our investigation for patients with a heart lesion at a system scleroderma among inhabitants of a countryside, it is the most often there are the signs of a myocarditis probably bound to joining of a secondary infection.

**Актуальность.** В патогенезе ишемической болезни сердца значительная роль принадлежит изменению реологических свойств крови и микроциркуляции, поскольку это является решающим фактором в реализации гипоксии, повреждения или некроза миокарда.

Системная склеродермия – аутоиммунное заболевание соединительной ткани, основные клинические признаки которого обусловлены распространенными нарушениями микроциркуляции, фиброзом кожи и поражением внутренних органов [1].

Характерной особенностью системной склеродермии (ССД) является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани. Рано развивающиеся процессы фиброза и склероза обуславливают функциональную недостаточность ряда органов и систем.

Изучение метаболизма компонентов соединительной ткани - коллагена, протеогликанов, фибронектина и ламинина, входящих в состав основного вещества и волокнистых структур соединительной ткани важно для выяснения некоторых сторон патогенеза ССД.

Одним из ведущих нарушений метаболизма соединительной ткани при ССД является избыточное накопление коллагеновых белков в коже и висцеральных органах, причины накопления в организме больного ССД до настоящего времени окончательно не установлены. Одни исследователи связывают развитие фиброза с повышением биосинтеза коллагеновых белков, в научной литературе имеется достаточное количество доказательств этого положения [6].

Стереотипная в своем клиническом аспекте и утомительная благодаря своей хроничности, она оставлена клиницистами; не поддающаяся большинству медикаментов и капризная, неожиданная по прогнозу, она приводит в отчаяние терапевтов; она не дает ни хорошей статистики, ни вкладов с демонстративной точки зрения...» [2].

Основными причинами развития склеродермии являются нарушения синтеза соединительнотканых волокон, а так же иммунной системы и микроциркуляторного кровоснабжения [2].

Несмотря на активную терапию, болезнь часто прогрессирует, затягивается, в 25-28% случаев (по данным Российских ученых, 2000г.) приобретает хроническое течение с частыми рецидивами [1].

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 45 больных с диагнозом ССД, находившихся на лечении в ревматологических отделениях Областной клинической больницы (ОКБ) и клиники Международного казахско -турецкого университета (МКТУ) им. Яссави за период с 2004 по 2009 годы.

А также, находящиеся на диспансерном («Д») учете в городских (ЦГП, ГП%1, ГП№2, ГП№3, ГП№4, ГП№5) и ведомственных (свинцового, фосфорного заводов, железной дороги, УВД) поликлиниках города Шымкента Южно- Казахстанской области.

Диагноз всех больных с ССД, включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г. Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД. Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993).

Все 45 больных - женщины, возраст их составил - от 21 до 58 лет. Длительность заболевания ССД составила от одного года до 18 лет (средняя продолжительность 5,8 лет ± 1,57).

**Результаты и обсуждение.** Дебют заболевания характеризовался чаще клиническими проявлениями ССД и одновременным развитием выраженного синдрома Рейно у всех 45 (100%) больных.

В большинстве случаев поражение сердца протекало на начальной стадии системной склеродермии бессимптомно и выявлялось только при инструментальном методе исследования, как: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) и фонокардиография (ФКГ), рентгеноскопии сердца с контрастированием пищевода, а иногда боли и области сердца беспокоили за счет поражения пищевода или мышц грудной клетки.

Наиболее часто встречаемые проявления поражений сердца у больных ССД (среди жителей сельского населения)

№	Анализируемые признаки	ССД(п=45)	
		абс	%
1	Фиброз миокарда желудочков	38	84,4
2	Аритмии	21	46,6
3	Признаки миокардитг	42	93,3
4	Перикардит	31	68,9
5	Внутрижелудочковые блокады	22	48,9
6	Очаговые изменения миокарде	18	40,0

По результатам таблицы видно, что наиболее часто встречаются миокардит (93,3%), ухудшая прогноз заболевания, перикардит (68,9%) – чаще протекающий бессимптомно, фиброз желудочков (84,4%), в последствии приводящий к систолической и диастолической дисфункции левого желудочка со снижением выброса.

На четвертом и пятом местах - аритмии (46,6%) и внутрижелудочковые блокады (48,9%), причем выраженность аритмии коррелируется с тяжестью поражения сердца и существенно ухудшает прогноз [4-5], особенно если одновременно вовлекаются в патологический процесс скелетные мышцы, и могут привести к внезапной смерти. Не так редко встречаются очаговые изменения в миокарде (40,0%).

В основном поражению сердца предшествовали - одышка (58,1%) при физической нагрузке, утомляемость (54,0%), угнетенное настроение (19,8%), раздражительность (17,7%).

Наряду с признаками поражения сердечно- сосудистой системы у больных системными аутоиммунными ревматическими заболеваниями отмечались также периферические проявления в виде: синдрома Рейно, дигитальных трофических нарушений (рубчики, некрозы, язвочки), поражения кожи, гиперпигментация, кальциноза, остеолита и суставного синдрома в форме сгибательных контрактур.

Анализируя данные, полученные в ходе исследования, можно предположить, что вовлечение сердечно-сосудистой системы в патологический процесс ассоциируется с низкой выживаемостью больных ССД. Немаловажное значение имеет и то, что у больных из числа сельских жителей клинические проявления заболевания обычно более выражены и чаще протекают с осложнениями.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение.//Росс. журн. кож. и вен. бол.- 2002.- №4.-С. 5-15.
2. Mishiro S., Hoshi Y. hepatitis specific antibodies directed at a host-derived epitope: implication for an autoimmune process. Lancet 1990; 2: 1400-1403.
3. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации, 2006, Москва.-142с.
4. Соловьева Н.И., Волкова З.И., Щербаков А.В. Изучение общей протеолитической и коллагенолитической активности в клетках крови больных системной склеродермией.
5. Сырцев А. В., Котовская М. А., Соловьев С. К. и др. Молекулярно-биологические маркеры HLTV-1 у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и системной красной волчанкой (СКВ) в России. Тез. 4 съезда ревматологов России. Науч.-практ. ревматол. 2005; 3: 121.
6. Mishiro S., Hoshi Y., Takeda K. NonF, nonB hepatitis specific antibodies directed at a host-derived epitope: implication for an autoimmune process. Lancet 1990; 2: 1400-140.

УДК: 616.12:616.5-004.1:711.132

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА***Б.С. Шилмурзаев**Областная клиническая больница, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Жүйелі склеродермия сырқаттарындағы кездесетін жүрек зақымдалуларын экстракорпоралды тәсіл плазмаферезбен емдеу және оның оң әсерін бағалау барысында амықталған көрсеткіштер, бұл тәсілдің қазіргі заманда өте қажет екендігіне тағы да дәлел болды.

**SUMMARY**

According to results of passed investigation may notice that enzyme in sclerodermitis system (SSD) with expressive peripheral and visceral symptoms, more beneficial effected on clinical symptoms, than on laboratory measurements of diseases. The laboratory investigations and clinical effectiveness of therapy were decreased by using of mycophenoiaine mofetil in a group •thick was earlier.

**Актуальность.** Системная склеродермия (ССД) - относится к группе диффузных болезней соединительной ткани, характеризуется прогрессирующим фиброзом и распространенной сосудистой патологией по типу облитерирующей шофоанигиопатии, ответственных за генерализованный синдром Рейно, индуративные изменения кожи. Поражения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (легких, сердца, пищеварительного тракта, почек) [1].

При лечебном плазмаферезе реологические свойства крови и соответственно микроциркуляция улучшаются за счет удаления из кровотока различных веществ, в том числе «факторов риска» и продуктов патологического обмена и введения в замен удаляемой плазмы реологически активных плазмозамещающих растворов[2,3].

Цель настоящего исследования: изучение эффективности экстракорпоральной терапии -плазмафереза при лечении системной склеродермией с поражением сердца.

Плазмаферез применяли, как правило, у тех больных, у которых традиционная медикаментозная терапия в течение длительного времени была малоэффективной и процесс принимал затяжное течение.

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 45 больных системной склеродермией с поражением сердца. Диагноз всех больных включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г.Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД.

Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993). Все 45 больных - женщины, возраст их составил - от 21 до 58 лет (средний возраст - 39 лет±0,7).

Всем больным назначали базисную терапию, включающую Д-пеницилламин (по 250 мг/сут, повышая ее каждые 3 месяца, по возможности доводя до 1,5 г/сут), дипиридамола (в дозе 200-400 мг/сут, в несколько приемов), глюкокортикостероиды (в начальной дозе 40-60 мг/сут, по мере улучшения дозу уменьшали), нифедипин (в дозе 30-60 мг/сут).

Техника проведения: Плазмаферез проводился прерывистым методом. Проводился забор крови в количестве 800 мл, на консерванте «Глюшшир», после плазмозэкстракции, эритроцитарная масса переливается обратно в количестве 400 мл, сыворотка замещалась раствором полиглюкина 400,0; 400,0 мл - 0,9% раствора натрия хлорида и 100, мл 1% раствора калия хлорида. Всего проводилось 3-4 сеанса с интервалом в 2 дня.

**Результаты и обсуждение.** Клинические и лабораторные данные показали хорошую переносимость плазмафереза, в том числе инфузий больших объемов реополиглюкина.

Гемодинамические показатели оставались в пределах нормы. По окончании процедуры осложнения также не наблюдались, хотя у 3-х больных отмечались скоропреходящие явления, выраженные в виде головокружения, слабости, снижения артериального давления.

Эффект терапии оценивали по динамике клинических симптомов и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования: показателей скорости оседания эритроцитов (СОЭ), гемоглобина, особенно при длительном течении заболевания, количества лейкоцитов, белков, уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), ревматоидного фактора (РФ).

Анализируя полученные результаты исследования клинических и биохимических анализов крови непосредственно до и после применения плазмафереза, мы пришли к выводу, что после 3-4 процедур у большинства больных отмечалась отчетливая положительная динамика на проведение терапии плазмаферезом, а именно: у 29 (64,4%) больных уменьшились боли в области сердца, чувство тревоги (8,2%), тахикардия (12,5%), слабость (36,5%), у 11 (24,5%) – отмечалось снижение артериального давления (29,9%), улучшилось общее самочувствие (42,0%), уменьшилось головокружение (42,3%).

Наблюдалось медленное прогрессирование заболевания, улучшилось общее состояние больных, а также отмечалась положительная динамика показателей электрокардиограммы, ультразвукового исследования органов брюшной полости и т.д.

Достигнутые результаты оставались стабильными до выписки из стационара, хотя у 2-х больных состояние оставалось без особого улучшения, возможно связанные с при соединением гнойных инфекций полости рта и носоглотки, в виде - пародонтита, тонзиллита.

При сочетании плазмафереза с традиционной терапией отмечался положительный эффект, что можно объяснить следующим образом: улучшается микроциркуляция и транскапиллярный обмен, отмечается «реставрационное» действие плазмафереза на систему естественной детоксикации организма, что уменьшает накопление продуктов распада.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение // Российский журнал. Кожные и венерические болезни. - 2002. - №4. - С. 5-15.
2. Баткаев Э.А., Галямова Ю.А. Склеродермия // Учебное пособие. Российская медицинская академия последилового образования. - М., 2002. с 24.
3. Хамаганова И.В. Клинико-диагностическое значение показателей обмена соединительной ткани, липидов и иммунного дисбаланса у больных склеродермией. // Автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 1987. - 15 с.
4. Бутов Ю.С, Тогузов Р.Т. Некоторые аспекты патогенеза, клиника и терапия склеродермии // Рос.журн. кожн. и вен. бол. - 2002. - № 4. - С. 15-19.

УДК 631.416.4

### ПОЛНЫЙ МИНЕРАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЧВ МЕТОДОМ РАССЕЯНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ИЗЛУЧЕНИЙ

*С.Б.Рысбаев*

*Южно-Казахстанский государственный университет им.М.Ауезова. г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Мақалада топырақтың минералдық бөлігін зерттеу әдісі ұсынылады және Шыршық-Келес суайырығының әр түрлі аймақтарынан сынауға алынған топырақтың құрамы анықталады.

#### SUMMARY

The given article offers methods for the total analysis of the mineral part of the soil which is based on the dispersal effect of low energy radiation of the soil samples. The article determines the mineral structure of the soil selected as a sample from the different regions of Shyrshyk-Keles watershed.

Почва – сложный аналитический объект, включающий неорганические (минеральные), органические (гумус) и элементо-органические (органоминеральные) вещества. Сложность состава почв, особенно ее минеральная часть не позволяет автоматически переносить на них методы, разработанные для определения отдельных минералов и элементов в сравнительно несложных объектах, например, в горных породах.

Согласно современным представлениям, минеральная часть почвы состоит из механической смесью примерно десяти отдельных минералов, находящихся в определенном соотношении между собой и является несущей структурой – скелетом почвы в целом. Так как, она определяет такие важные свойства почв, как пористость, вязкость, влагопроницаемость и влагосодержимость. В свою очередь эти свойства почв определяют насыщенность ее органическими и элементоорганическими веществами, т.е. определяют плодородность почвы. В связи с этим, в настоящее время во всем мире ведутся поисковые работы с целью создания новых методов или усовершенствование существующих, приспособлением их для полного анализа минеральной части почв, особенно поливных.

Предлагаемая методика для полного анализа минеральной части почв основана на эффекте рассеяния низкоэнергетических излучений образцами почв. В качестве рабочего инструмента использованы мягкие рентгеновские лучи (энергии квантов меньше 10 кэВ) и тепловые нейтроны (энергии нейтронов 0,025 эВ) в сочетании. Для оптимизации коллимационных характеристик пучков были использованы специальные устройства, разработанные и изготовленные в ИЯФ АН РУ. Такое конструктивное усовершенствование приборов и использование взаимодополняющих двух излучений позволило расшифровать сложную минеральную часть почвы полностью.

Данной методикой был определен минеральный состав почв, отобранный в качестве пробы в разных регионах республики. Оказалось, что количество минералов, составляющие минеральную часть почв в разных регионах республики разное и колеблется от 7 до 12 видов. Кроме того, обнаружено изменение соотношения минералов и сильное колебание содержания конкретного минерала от региона к региону и от типа почв. Ошибка определения содержания определенного минерала составляет от 0,5 до 4 вес.%. Точность и воспроизводимость результатов было проверено с помощью эталонных образцов СП-1, СП-2 и СП-3 в Отделе Анализа и Информатизации ИЯФ АН РУз с заранее известной минеральной составляющей. Результаты измерений хорошо согласуются с истинным значением минералов в этих образцах. Содержание элементов,

таких как Si, Al, Mg, Ca, Na, K, S, O и других, вычисленные через химические формулы минералов определенной данной методикой, согласуется с точностью 3-7% с количественными результатами активационного анализа и других спектроскопических методов. Продолжительность полного анализа минеральной части почв одной пробы составляет примерно 1 час. Для анализа достаточно 25 г пробы почв в дисперсном виде. Во время анализа активации пробы почв совершенно исключается.

Минералогический состав крупнообломочных (0,1-0,001) фракций исследованных почвообразующих (лессы, третичные глины, агроиригационные наносы среднего течения р.Чирчик и Келес) пород Чирчик – Келесского водораздела и развитых на них типичных сереземов (целинные, староорошаемые), характеризуется относительной однородностью и близким содержанием и распределением в них крупнообломочных минералов, относящихся к слюдисто-полевошпатово – кварцевому типу со значительным участием минералов оксидов и гидроксидов железа и марганца (магнетита и ильменита, гематита и лимонита), амфибола и эпитода.

Содержание минералов легкой фракции (уд. масса <2,9) в составе крупнообломочных фракций почв и почвообразующих пород составляет 98-99%, тяжелой 1-2% от воздушно – сухой массы фракций.

Более высоким содержанием полевых шпатов и слюд (биотит, мусковит), оксидов и гидроксидов железа, характеризуются третичные глины и развитые на них почвы, чем их аналоги на лессовых породах.

Содержание полевых шпатов и слюд в верхних и средних горизонтах староорошаемых почв, сложенных агроиригационными наносами среднего течения Чирчик и Келеса более высокое, а минералов оксидов и гидроксидов железа несколько ниже, чем в целинных их аналогах и подстилающих их породах. Это свидетельствует об относительной более слабой выветрелости и подверженности агроиригационных наносов процессами литогенеза и почвообразования, чем подстилающих их пород, на фоне общего слабого их измерения.

Минералогический состав высокодисперсных (< 0,001 мм) фракций исследованных почв и почвообразующих пород, как и крупнообломочных их фракций, характеризуется относительной однородностью, состоит из диоктаэдрических гидрослюд и триоктаэдрических хлоритов и их смешаннослойных (гидрослюда – монтмориллонитовых, хлорит – монтмориллонитовых и хлорит – вермикулитовых) образований с лабильной структурой, сепиолит – палыгорскитов и минералов оксидов и гидроксидов железа и высокодисперсного кварца.

Участие минералов монтмориллонитовой группы (лабильный силикаты) и сепиолит – палыгорскитов в составе глинистых минералов почв, развитых на третичных глинах – высокое, особенно в средних и нижних горизонтах целинных их аналогов; каолинита, как реликтового минерала, образованного в условиях влажного и интенсивного промывного водного режима в исторически прошлом, а также хлоритов и минералов оксидов и гидроксидов железа, как продуктов трансформации исходных пород в процессе литогенеза и почвообразования – небольшое. Преобладающая фаза – гидрослюда (43-62%), но за исключением третичных глин, где преобладает содержание лабильных силикатов (46-47% от суммы глинистых минералов). В составе высокодисперсных минералов почв, развитых на лессовых породах, а также верхних и средних горизонтов староорошаемых почв, сложенных агроиригационными наносами, независимо от характера подстилающих их пород, преобладают гидрослюды, содержание минералов монтмориллонитовой группы (лабильные силикаты) не высокое, за исключением последних в лессовых породах, где содержание их высокое. Минералогический состав более глубоких слоев профиля староорошаемых почв тесно связан с генезисом почвообразующих пород и особенностями трансформации и частичного превращения высокодисперсных продуктов их выветривания в процессе орошения и почвообразования. В частности, в почвенных горизонтах староорошаемых почв, развитых на третичных глинах по сравнению с целинными их аналогами, отчетливо снижается содержание минералов монтмориллонитовой группы (лабильные силикаты) и увеличивается – слюд- и гидрослюд, отсутствуют сепиолит-палыгорскиты. Структура последних как типоморфных продуктов аридного литогенеза и экстремального (ксероморфного) почвообразования с улучшением условий увлажнения почвенного профиля практически полностью разрушается.

Снижение содержания минералов монтмориллонитовой группы (лабильные силикаты) и повышение – минералов слюд- и гидрослюд, по профилю почв от почвообразующей породы в направлении к верхним почвенным горизонтам, связано с иллитизацией (гидрослюдизацией) лабильных структур минералов монтмориллонитовой группы, т.е. адсорбцией иона калия в межслоевых промежутках минералов с лабильной структурой сначала в обменной форме, а затем с потерией обменных свойств с образованием по ним жестких структур гидрослюд. Это подкрепляется также определенным обогащением илистой фракции почвенных горизонтов валовым калием по сравнению почвообразующей породы.

Иллитизация лабильных силикатов исходных пород и ее интенсивность по профилю исследованных почв возрастает с усилением интенсивности почвообразования от типичных сереземов, развитых на третичных глинах к их аналогам, сформированным на лессовых породах и от целинных почв к староорошаемым, что указывает на усиление в таком же ряду почв процессов фиксации и необменного закрепления калия в межслоевых промежутках минералов монтмориллонитовой группы с лабильной структурой (индивидуальный монтмориллонит, смешаннослойные гидрослюда – монтмориллонитовые, хлорит- монтмориллонитовые и хлорит –вермикулитовые образования) с образованием по ним жестких структур гидрослюд. Это

сопровождается повышением прочности и закрепления межслоевого калия в структуре слюд- и гидрослюд и определенным затруднением использования калия высокодисперсных минералов или калия ближних резервов почв растениями, и выдвигает перед почвенно- агрохимической наукой разработки оригинальных приемов по снижению или регулированию процессов иллитизации минералов монтмориллонитовой группы, особенно, смешаннослойных гидрослюда – монтмориллонитовых и хлорит – вермикулитовых и близких к ним образований, как высокозарядных и более активных в процессах фиксации и необменного закрепления почвенного калия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов Н.И. Минералы как источники общих, непосредственных ближних потенциальных резервов зольных элементов. Агрохимия, 1969, №9.
2. Градусов Б.П. Минералы со смешаннослойной структурой в почвах. М:Наука, 1976.
3. Исмаев Д.Р. Минералогический состав и физико-химические свойства почв южного Узбекистана. Автореф. дисс. доктора географических наук. М:Институт Почвоведения им.В.В.Докучаева, 1990.
4. Исмаев Д.Р., Азимова М.К. Минералогический состав, формы и резервы калия в почвах Каршинской степи в связи с характером почвообразующих пород. Труды ИПА, вып.16. Ташкент, 1978.
5. Курмангалиев А.Д., Рустамбаева Г.А., Соколов А.А. Краткая характеристика почв и земельных ресурсов Чымкентской области. Алма-ата: Наука, 1965.
6. Минашина Н.Г. Особенности микростроения целинного серозема и орошаемых почв Зарафшанской долины. В кн: Влияние орошения на почвы оазисов Средней Азии. М:АН России, 1963.
7. Расулов Ш.А. Отличительные особенности процессов почвообразования на третичных отложениях в сравнении с сероземообразованием на лессах. Автореф. дисс. кандидата с/х наук, Ташкент: институт Почвоведения и агрохимии, 1988.
8. Соколова Т.А., Соляник Г.М. Минералогический состав илистых фракций черноземов Краснодарского края и некоторые вопросы количественного определения глинистых минералов. – Вест. МГУ, сер.почвовед., 1984, №1.
9. Чижикова Н.П. Преобразование минералогического состава почв в процессе агрогенеза – Автореф. дисс. доктора с/х наук, М:Почв. Ин-т им.В.В.Докучаева, 1991.

УДК 617-001-031.14-02:614.86-08-036.8

#### ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ «ЛОЖНОГО СУСТАВА» БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ШГБСМП (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*М.А.Усманов, К.Ж.Мусабай, М.Б.Усенов, Б.Ж.Карынбаев, А.К.Сайданов  
Южно-Казахстанская медицинская фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Больница скорой и неотложной медицинской помощи, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Сүйектің қалпына келуінің жаракаттан кейінгі олқылықтарын емдеу мәселелері әлі де аса өзекті болып қалып отыр және қазіргі кезде жаракаттың құрылымындағы ауыр және байланысқан жаракаттың үлесінің айтарлықтай денгейде артуымен анықталады. Сүйектердің өсіп жетілмеуі мен жалған буынның түзілуінің жоғарғы жиілігін ауыр оқшауланған және көптеген зақым-данулар кезіндегі жергілікті ұлпалар мен ағзаның жалпы алғанда әрине сапалық басқа жағдайымен байланыстыруға болады. Жалған буында хирургиялық емдеудегі қанағаттанар-лықсыз нәтижелердің себептерін талдау, сүйектердің өсіп жетілуінің мейлінше маңызды мәселе-лерін анықтау және оларды шешу жолдарын іздеу – біздің пікірімізше, тәжірибеде айтарлықтай қызығушылық танытады.

#### SUMMARY

Nowadays the problem of post-traumatic disorder of bone regeneration is high and taking into the consideration it's defined with increasing of heavily and combine trauma in traumatic structure.

The high frequency of bone and when it doesn't grow, the forming of the false joints may connect with the strong local tissues and organism totally by heavily isolated and plurality damaging

In our opinion, analysis of causes of dysarthrosis surgical treatment unsatisfactory results, as well as identification of the most important problems of synostosis, and finding their solutions are of a significant practical interest.

Актуальность проблемы лечения посттравматических нарушений костной регенерации остаются высокой и сегодня в значительной мере определяется увеличением доли тяжелой и сочетанной травмы в структуре травматизма. В стационарах пострадавшие с политравмой сос-тавляют от 20 до 25%, летальность при таких повреждениях достигает 40 %. Первичная инва-лидность вследствие травм и заболеваний костно – мышечной системы занимает третье место после инвалидности вследствие болезней органов кровообращения и злокачественных новообразований и имеет тенденцию к «омоложению». Высокую частоту несращения костей и образования ложных суставов можно однозначно связать с качественно иным состоянием местных



тканей и организма в целом при тяжелых изолированных и множественных повреждениях. В результате общих и местных изменений в отдаленном периоде лечения мно-жественной и сочетанной травмы даже при применении чрескостного внеочагового остео-синтеза, отличающегося малой травматичностью и высокой стабильностью фиксации отлом-ков, почти у трети больных отмечается замедленная консолидация перелома [2,3]. При развитии ложного сустава формируется сложное патологическое состояние, получившее в литературе название «болезнь ложного сустава». Оно характеризуется хроническим изменением нап-равленности репаративного процесса в сторону хондрогенеза и десмогенеза, облитерацией костно-мозгового канала с нарушением интрамедуллярного кровоснабжения, а также склеро-зированием концов отломков на фоне остеопороза кости в целом. Ограничение функцио-нальной нагрузки, в свою очередь, приводит к атрофии окружающих область перелома тканей поврежденной конечности и к развитию вторичных проявлений нейро-дистрофического синд-рома. В таких условиях восстановление целостности кости является трудной задачей и требует сложного хирургического вмешательства, часто с резекцией концов отломков и применением костно-пластического материала. Но и при этом вероятность рецидива ложного сустава, по дан-ным разных авторов, может достигать 30% [1,2,3].

Для этого в травматологии и ортопедии предложено много способов решения этой проб-лемы [4]. Одним из методов является способ эндостальной декорткикации кости. Применение этого метода дает хорошие результаты.

В качестве примера мы хотим продемонстрировать случай из практики. В травматологическое отделение ШГБСМП поступил б-ной (и/б № 2460) Ткачев Олег Петрович, 1969 г.р., который находился на лечении в травм. отд. с 23.01.по 13.02.2010г.с диагнозом: Закрытый повторный перелом с/з правой бедренной кости со смещением к/о. Перелом пластины. Травмат. шок I ст.

Больной в 2003 году лечился по поводу перелома правого бедра интрамедуллярным штифтом. В 2008 году повторно упал и лечился по поводу повторного перелома бедра в том же месте, ле-чился в ШГБСМП. Проведены операции: Удаление штифта, открытая репозиция и остеосинтез правого бедра пластиной и шурупами. Костная пластика не проведена. П/операц. период про-текал спокойно, рана зажила первичным натяжением. В дальнейшем лечился в поликлинике.

В 2010 году за 18 часов до обращения, опять упал дома в состоянии алкогольного опьянения, до этого больной в течение 10 дней употреблял алкоголь. В ШГБСМП доставлен бригадой СМП, госпитализирован в отделение травматологии.

Общее состояние больного в момент поступления средней степени тяжести, сознание ясное. По внутренним органам без особенностей. АД=130/90мм.рт.ст. PS=8бударов1мин. В момент поступ-ления больной осмотрен травматологом и терапевтом, сделано R-обследование, ЭКГ, назначе-ния откоррегированы. В отделении больному проводилась: симптоматическая, инфузионная, антибактериальная терапия. После соответствующей предоперационной подготовки 02.02.2010г. произведена операция: «Открытая репозиция и остеосинтез правой бедренной кос-ти пластиной и шурупами, эндостальная декорткикация и костная аутопластика трансплантатом взятым с передней ости подвздошной кости». На операции отмечено: костномозговой канал проксимального и дистального отломков заполнен рубцовой тканью, концы резорбцированы. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 11-ые сутки. Наложена кокситная гипсовая повязка. Больной находится под нашим наблюдением, ему рекомендованы препараты из груп-пы биофосфанатов для лечения остеопороза (Осталон).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Склянчук Е.Д., Зоря В.И., Гурьев В.В., Васильев А.П. «Эндостальная декорткикация как важнейший фактор эффективности хирургического лечения последствий тяжелой скелетной травмы с нарушением костной регенерации». Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова.2009г., №1.
2. Зоря В.И., Ярыгин Н.В., Васильев А.П., Склянчук Е.Д. «Ферментная стимуляция остеогенеза при лечении несросшихся переломов и ложных суставов костей конечностей». Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова.2008г., №2.
3. Оноприенко Г.А. «Васкуляризация костей при переломах и дефектах». Москва, 1993г.
4. Ли А.Д., Баширов Р.С. «Руководство по чрескостному компрессионно-дистракционному остеосинтезу». Томск, 2002г.
5. В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев. Проктология, Москва «Медицина»1984г, стр. 58 — 64; Материалы VI научно - практической конференции «Актуальные вопросы. колопроктологии», Алматы, 2008г, стр. 27 — 44;
6. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. «Руководство по колопроктологии». М. Медпрактика. 2001г 350стр.
7. Основы колопроктологии. Учебное пособие. Ростов – на – Дону, 2001г. 320 стр.
8. Семикин Е.Н. Колопроктология. Медпрактика – М. Москва 2004г. 280стр.

ОӘЖ 616.921.5:636.4

**ҚЫРЫМ - КОНГО ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ (АҚПАРАТТЫ МӘЛІМЕТ)**

С.А. Қалқабаяева

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қаласы

Қырым-Конго геморрагиялық қызбасы – (febris haemorrhagica ctimiana) кененің шағуы арқылы берілетін, қызбамен, айқын уланумен, тері және ішкі ағзаларға қан құйылуымен сипатталатын жіті жұқпалы ауру.

Қырым-Конго геморрагиялық қызбасы (ҚКГҚ) ауруын 1944-1945 жылдары Қырымда шөп жинау науқанында ауырған әскер мен жераударылғандардың қанын зерттегенде М.П.Чумаков бірінші болып тапқан, ауру қоздырғышын анықтап оның кенемен берілетінін дәлелдеген. 1956ж. Конгода ауырған баланың қанынан антигендік құрамы ұқсас вирус табылған. Қоздырғыш Конго вирусы деп аталды. Сондықтан 1956ж. ауру қос атқа ие. Кейінгі 1956-1969 жылдары ұқсас аурулар ошағы Қазақстанда, Өзбекстанда, Түркменстанда, Азербайджанда, Болгарияда, Югославияда, Венгрияда, Шығыс және Батыс Африкада, Иранда, Индияда табылды [1].

**Этиология.** Қызбаның қоздырғышы, қан тамыр эндотелиінің жоғарғы тропизм қасиетіне ие буньявирус түрі, нейровирус типті арбовирус тобына жататын РНК-лы вирус. Вириондары шар тәрізді, диаметрі 92-96 нм, құрамы липидтен тұратын қабатпен қоршалған. Қоршаған ортада тұрақсыз. Қайнатқан кезде вирус бірден өледі, 37°C – 20 сағаттан соң, 45°C – 2 сағаттан соң. Кептірілген қалыпта вирус 2 жыл шамасында өмірге қабілеттілігін сақтайды. Зақымдалған жасушалардың цитоплазмасында басымырақ орналасады.

**Эпидемиология.** Табиғи ортада вирустың негізгі резервуары мен тасымалдаушысы Nyalomma туыстығына жататын кенелер (Қазақстан Республикасы және басқада орталық республикаларда - *N. asiaticum*, Қазақстанның оңтүстік аймақтарында - *Dermacentor hivers*). Вирус ұрпағына жұмыртқалары және өмір бойы вирус тасымалдаушылар арқылы беріледі. Кенелердің негізгі иесі ауыл шаруашылығындағы әр түрлі хайуандар (ірі және ұсақ қара малдар) ал личинкалары мен нимфаларының қоректендірушісі ұсақ сүт қоректілер болып табылады (қоян, кірпі, кемірушілер т.б.). Ауру көзі – науқас адам немесе инфицирленген жануар.

**Патогенезі.** Аяғына дейін анықталмаған. Терінің кене шаққан орны немесе науқас адамның қанымен байланысты болған кезінде терінің зақымдану орны вирустың ену қақпасы болып табылады (аурухана ішілік зарарлану). Шаққан кезде жергілікті белгілері айқын емес. Аурудың екінші сатысында вирус көп мөлшерде қанға еніп, жалпы ауыр интоксикация байқалады, қан тамыр эндотелиі зақымданып және олардың өткізгіштігінің жоғарылауы салдарынан геморрагиялық диатездер дамиды (тері, шырышты қабаты, ішкі ағзаларға қан кету).

**Эпизоотологиялық мәліметтер.** Ауру ошақтары көбіне шөлді және жылы климатты дала ландшафтарына үйретілген. Адамдардың зарарлануы жаз-күз мезгілдерінде байқалады (мамыр, тамыз), бұл өз кезегінде кенелердің кешіктірілген белсенділігінің қайталануымен сипатталады.

**Жіктелуі.** Есепке алу және тіркеу кезінде адамға аса қауіпті жұқпалы аурулары жағдайларын анықтау жөніндегі медициналық қызмет саласындағы стандарттар ауруды әр түрлі дәрежедегі нақтылықпен жіктейді: болжамды жағдай- клиникалық белгілері бойынша диагноз қою; ықтимал жағдай - болжамды жағдай және қосымша эпидемиологиялық деректер мен /немесе қосалқы (оған тән емес) не болмаса алдын ала зертханалық зерттеулердің оң нәтижелері бойынша диагноз қою; Расталған жағдай – ауырып жатқанын немесе жұқпалы аурумен жақында ауырғанын растайтын ерекше зерханалық зерттеулердің оң нәтижелері бойынша диагноз қою [2].

Осы стандарттарға сәйкестіктің негізінде есепке алуға жататын жұқпалы аурулар анықталғанда медицина қызметкерлері: алғаш рет анықталған аурудың стандарттарға сәйкестігін анықтауға [3]; облыстық (қалалық, аудандық) инфекционистпен кеңесіп; дәрігер – инфекционистпен бірлесіп осы нұсқаулыққа екі қосымшаға сәйкес жұқпалы аурулар жағдайының жіктелуіне сай (диагносттар коды халықаралық аурулар жіктелуіне сәйкес келеді, 10 басылым) [4]; науқасты аумақтық жұқпалы бөлімшеге (ауруханаға) жатқызады; кезексіз немесе шұғыл хабарлама құрастырып жібереді. Дене қызуының жоғарылауы мен петехиалды бөртпелермен, қан құюлармен, қан кетулермен (асқазан-ішек жолы, жатыр, мұрын, иек) тромбоцитопениямен (<100×10<sup>9</sup>/л) сипатталатын, жіті ауыр ағыммен өтетін ауру жағдайында ҚКГҚ (А98.0) жіктелуіне сәйкес Қырым-Конго геморрагиялық қызба болжам диагнозы қойылады.

ҚКГҚ диагнозы болжам диагнозы анықталуына және келесі белгілердің біреуінің болуына сәйкес қойылады: 1) ауру басталмастан екі апта бұрын аурудың табиғи ошағында тұруы немесе сонда болуы (ҚКГҚ ауруымен тіркелген адамдар мен жануарлар аймағы) және келесі бір белгінің болуы: кене шағу, кенемен немесе кененің қанымен байланыста болу, ҚКГҚ ауыратын науқастың қанымен байланыста болу, ауру жануарлардың қанымен, вирус тасымалдаушылармен қатынаста болу (қоян және т.б.).

2) негізделген ҚКГҚ жағдайымен эпидемиологиялық байланыс. Негізделген ҚКГҚ жағдайы мына белгілердің біреуі болғанда қойылады: науқас қанынан вирусты бөліп алу, оң ПЦР, нақты уақытта; ИФА

әдісімен LgM немесе LgG антиденелерін анықтау; патологоанатомиялық материалда иммуногистохимиялық әдіспен антигендерді анықтау.

**Клиника.** Ауру жіті басталады. Инкубациялық кезең кенемен байланыста болғанда 12 күн, науқас қанды бөлінулерімен қатынаста болғанда -9 күнді құрайды. Ауру ағымы үш кезеңнен тұрады: бастапқы, өршу (геморрагиялық фаза) және реконвалесценция. Аурудың басында қалтырау, дене қызуының алғашқы тәулікте 39°C -40°C- қа көтерілуі, дененің сынып ауырсынуы, бұлшық ет пен буындардың сырқырауы, ішінің бүріп ауруы, кейде құсу болады. Бастапқы кезеңде аруды қарағанда бет, мойын, жоғары кеуде торшасының аймағында тері қабатының қатты қызаруы (капошон симптомы), ақ қабық, конъюнктив қан тамырларының қызаруы байқалады.

Вирус бүйрек без, гипоталамус, тамыр эндотелиін зақымдайды, соңында ол тамыр қабырғасының өткізгіштігін арттырып қан үю кешенінің бұзылуына алып келеді. Аурудың 2-6 күні геморрагиялық синдром дамиды. Сонымен қатар, аздап қызбасы басылысымен қарын үсті аймағын, кеуде торшасының қос жағын, йық маңайын, аяқ қолдарын геморрагиялық бөртпе қаптайды. Егу орнында күрделі қанқұйылу байқалады, мұрын, қызыл иек қанауы, асқазан-ішек, жатырдан қан кету ДВС синдромының өршуін көрсетеді. Бүйрек зақымдалуы мен соққылау симптомның оң мәнділігі байқалады. Осы сатыда ауру ауырлығы артады және есінен тануы мүмкін. Геморрагиялық көріністердің жиілігі мен ұзақтығы ауру ауырлығын анықтап, болжауды нашарлатады. Сонымен қатар интоксикация симптомы өршіп, жұқпалы-токсикалық шокқа әкеледі, жіті жүрек қан тамыр жетіспеушілігінен өлім-жітімге ұшырауы мүмкін. Менингиалды синдромдар 10-20% науқаста байқалады. Аурудың оң ағымында қызба 1-12 күнге созылады, «қос толқынды» температура қисық сызығы қызбаның 3-5 күнде түсуіне тән. Қызба қалыпқа түскеннен кейін қан ағу тоқтап реконвалесценция кезеңі басталады, оның ұзақтығы 3-4 аптадан 2 айға дейін созылады. Аурудың міндетті түрде танылмай қалған ДВС синдромысыз жеңіл түрлері белгілі. Орташа дене қызуы 12 күнге дейін жоғары болып тұрады, сауығу жәй өтеді, әлсіздік пен тез шаршау (астения) 1-2 айға дейін сақталады. Өкпе ісіну, сепсис, жіті бүйрек жетіспеушілігі асқинулары өлім-жітімге әкелуі мүмкін. Біз Қырым-Конго геморрагиялық қызбасының менингококкті жұқпамен, гриппен, тромбоцитопениялық пурпурамен, бөртпе сүзегімен, лептоспирозбен, иерсиниозбен, кенелі вирусты энцефалитпен ажыратпалы диагноз алгоритмін құрастырдық. [5,6,7].

**Диагностика.** Ауру анықтау тән клиникалық мәліметтерге негізделеді (жіті басталуы, ауыр ағымы, айқын геморрагиялық синдром, науқандылығы, анамнезінде кене шағуы). Спецификалық диагностика серологиялық (НРИФ, РСК, РТНГА), иммунохимиялық (ИФА) және молекулярлы-биологиялық (ПЦР) әдістерді қамтиды. Вирусологиялық және серологиялық диагностика әдістері тәжірибеде сирек қолданылады. Патологоанатомиялық өзгерістер. Мәйітті патологияанатомиялық зерртеу мақсатында сою кезінде асқазан ішек жолының саңлауы мен клегейлі қабатында көптік қан құйылулар табылады, бірақ қабыну өзгерістері байқалмайды. Бас миы мен оның қабығы қызарған, оларда 1-1,5 см милық тіннің бұзған қан құйылулар кездеседі. Барлық милық тін бойынша ұсақ қан құйылулар анықталады. Сонымен бірге қан құйылулар өкпеде, бүйректе, бауырда байқалады.

**Емі.** Геморрагиялық қызбасы бар науқастарды емдеу жалпытерапиялық принциптерге сәйкес жұқпалы бөлімшеде жүргізіледі. Емі симптоматикалық және этиотропты. Қабынуға қарсы және зәрқуушы дәрілер қолданылады. Бүйрек зақымдаушы сульфаниламидтерді қолдануға болмайды. Сонымен қатар вирусқа қарсы дәрілер тағайындалады (рибавирин, реферон). Бастапқы үш күнде гетерогенді спецификалы жылқының иммуноглобулинін, иммунды сарысу, плазма, ауырғандардың немесе егілгендердің қанынан алынған спецификалы иммуноглобулин егіледі.

**Иммунитет.** Адамда табиғи вирус қабылдағыштық жоғары. Сауыққан соң 1-2 жыл иммунитет сақталады. Жасанды иммунитет пайда болу үшін зарарланған ақ тышқан мен ақ егеуқұйрықтың жаңа дүниеге келген баласының миынан жасалған формолвакцинаны қолданады.

**Ауру болжамы.** Ауру болжамы үнемі күрделі, өлім-жітімділік 30-40% құрайды.

**Алдын алу.** Сақтандыру, алдын алу шаралары осы аурумен эндемиялық аудандарда, далалы жерде, кененің белсенді кезеңінде сақ болу. Егер кене шақса дереу емдеу мекемелеріне қаралу. Кенелермен күресу шараларын жүргізіп, адамдарды қорғау. Ауруханаішілік жұқпаның алдын алу үшін барлық манипуляцияны, оның ішінде, дәрі енгізуге байланысты орындау кезінде сақтану шаралары қатаң ұстанылуы керек. Аурудың қанымен жұмыс істейтін кісілерге шұғыл сақтандыру шарасы ретінде спецификалық иммуноглобулин қолданылады. Жұқпа ошағында аурумен тығыз байланыста болған адамдарды үнемі медициналық бақылау керек. Кене шаққан адамдар медициналық мекемеде 14 күн диспансерлік бақылауда тұрады.

Санитарлық-эпидемияға қарсы шаралар. Ауырған пациенттерге жедел медициналық жәрдем көрсету медицина қызметкерлері үшін едәуір қауіпті. Көмек көрсететін дәрігерлер пациенттер қауіпті екенін есіне сақтап, сақтану шараларын қолдануы керек. Апатты жерде, организмнің биологиялық сұйықтықтармен және қауіпті материалдармен қатынаста болғанда, қауіпсіздік шараларын және қорғану құралдарын қолдану арқылы ауру жұқтыруды маңызды дәрежеде төмендетуге болады. Жұқпа бақылаудың негізгі мақсаты – аурудың берілуінен сақтандыру. Ең маңызды сақтандыру әдісі болып табылатыны жеке гигиена сақтап, қол жуу. Тазалау, зарарсыздандыру және қолданылған құралдарды ауыстырудың үлкен мәні бар. Егер медицина қызметкері ҚКГҚ ауырған науқастың қанымен қатынаста болса, ластанған жерін дереу залалсыздандырғыш ерітіндімен тазалауы керек. ҚКГҚ-ға күдік туса, тыныс ағзасын қорғау үшін қолда бар құралды қолдануға

болады. Бет перде ауа және қан арқылы жұғатын аурудың, алдын алуға көмектеседі. 16 қабатталған мұрын орамалының 94 % патогендік микроорганизмге, ал мақта-дәкелі байлам – 20% -на тосқауыл бола алатыны анықталған. Қорыта келе, қолдағы құралдар ағзаға жұқпаның кіруіне кепілдік бере алмайды, тек жұғу дозасын азайтады. Тері қабаты мен қызметтік киімді қорғау үшін комплекті біріккен жеке обаға қарсы қорғаныш құралы қолданылады. Көзді қорғау үшін көзілдірік киіледі. Пациенттің биологиялық сұйықтығымен қатынаста болғанда (қан, сілекей, құсық, зәр) әр уақытта винилды, латексты немесе синтетикалық қолғап кию керек. Қолғапты әр жаңа пациентті қарағанда ауыстырып отыру қажет, одан басқа құрал-жабдықты тазалау кезінде де киген жөн. Көп сұйықтық шашырағанда, мысалы жайылмалы қан кетулерде халат кию қарастырылуы керек. Жеке басын сақтандыру шара ретінде репеленттер сіңдірілген қорғайтын киім қолданады.

Дәрігерге әрқашанда денсаулығы мен қауіпсіздігі приоритетті. Қауіпсіздік қоршаған орта мен апат аймағын бағалаудан басталады. Бұл жедел медициналық жәрдем дәрігерін көмек көрсету алдында бағалы ақпаратпен қамсыздандырады. Нақты апат аймағына байланысты анықталған қауіп, пациентке жақындауды қиындатуы мүмкін. Сіздің өміріңізге қауып тудыруы мүмкін материалды әрқашан ажырата білуге тырысу керек. Жеке қауіпсіздік приоритетті болып табылады. Екінші орында –пациентті қорғау. Үшінші орында – басқа адамдарды қорғау.

ҚКГҚ бар науқастарды тіркеу жасаған, ауруханаға жатқызу немесе қайтыс болған жағдайда, санитарлық-эпидемиялық қызмет ұйымының дезинфекция жасайтын бөлімі сол аймақтағы үйлерді, сарайларды, мал тұратын қораларды кенеге қарсы тазалау жүргізуі тиіс. Ауыл аймақтарда ҚКГҚ бар науқасты тіркеу жасалынған жағдайда санитарлық-эпидемиялық қызмет мекемелер қызметкерлерімен бірге бастапқы медицина-санитарлық көмек көрсететін мекемелер әр ауланы аралап тұрғындарды сұрастыру арқылы, (қарау-көру) арқылы ҚКГҚ ауырған науқастарды тауып, оларға бірінші медицина - санитарлық көмек көрсетуі керек. Жедел жәрдем дәрігерінің тактикасы алдын ала қауіпсіз жолмен госпитализациялауды ұйымдастырудан тұрады. Жұқпалы аурулары бар науқастар емдеу мекемелеріне арнайы көлікпен тасымалданады. Бұл үшін тыныс беретін аппараты және емдеу үшін қажетті құралдары бар санитарлық жедел медициналық жәрдемнің көлігі қолданылады. Науқасты арнайы ауруханаға тасымалдау үшін реаниматолог қатысуы шартты, себебі жол бойы үздіксіз өмірге маңызды ағзалардың функциясы бақылануы ұйымдастырылады. Науқасты госпитализациялауда қоғамдық және жеке көлікті пайдалануға болмайды.

Жұқпалы ауруы бар науқастарды соматикалық науқастармен бірге тасымалдауға болмайды. Бір көлікте бірегей жұқпалы ауруы бар науқастар ғана тасымалданады. Жұқпамен қатынаста болған ауыр науқасты жол жөнекей жедел көмек көрсету үшін барлық керекті жабдықтармен жабдықталған көлікпен дәрігер немесе фельдшер тасымалдау керек. Тасымалданғаннан кейін көлік арнайы бөлінген алаңда дезинфекцияланады. Оны жұқпалы аурулар ауруханасының қабылдау бөлімі орындауға міндеті.

Жалпы жұқпалы ауру ауру пайда болғанда, негізгі емдеу – диагностикалық жұмыс ауырлығы амбулаторлы - емханаға түседі. Жұқпалы ауруы бар науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің өзгешелігі оның жұқпа таратылуының алдын алатын комплексті эпидемияға қарсы шараларды жүргізумен байланыстылығы. Науқасқа болжам диагноз қойылғаннан кейін тасымалдау кешіксе бірінші дәрігерлік көмек көрсетіледі немесе ем жүргізіледі. Сонымен қатар, материал бактериялогиялық тексеруге және санитарлық – эпидемиялық бекетінің лабораториясына жолдауға бір уақытта жиналады.

ҚКГҚ ауырған науқасты тапқанда немесе күдіктенгенде амбулаторлық - емхана мекемесінде пациентті ары қарай қабылдау тоқтатылады. Науқасты жұқпалы ауруханаға жатқызылғанға дейін (немесе ҚКГҚ ауруына күдікті) бөлек бөлмеге немесе боксқа оқшаулайды. Науқасты госпитализация жасағаннан кейін, науқас болған орынға, бөлмеге қорытынды дезинфекция жасалады. Осы іс-шаралар аяқталған соң пациенттерді қабылдау жалғастырылады.

Науқасты үйден тапқанда ешқандай затты, қолданылған құралды бөлмеден шығаруға болмайды. Ошақта қорытынды дезинфекция жасалынады. Қазақстан Республикасының қолдануға рұқсат берілген дезинфекция құралымен науқас болған тұрғын үйге, бөлмеге дезинфекция жасалынады. Төсек орын, киім-кешек дезинфекциялық ерітіндіге малынып, содан соң қайнатылады. Заттары дезинфекциялық камерада тазаланады. Ошақта санитарлық-ағарту жұмыстары жүргізілуі қажет [8].

1 кесте

**Қырым – Конго геморрагиялық қызбасының ажыратпалы диагноз алгоритмі**

Ауру атауы Ауру белгілері	Қырым-Конго геморрагиялық қызбасы	Тромбоцито- пениялық пурпура	Бөртпе сүзек	Лептоспироз	Менингококкі жұқпа
1	2	3	4	5	6
Қоздырғышы	Bunyaviridae, Nairovirus	-	Rickettsia prowazekii	Leptospira, L/interrogans	Neisseria meningitidis
Инфекция көзі	Ірі және ұсақ мергізді мал, ұсақ сүт қоректілер (қояндар, кеміргіштер, кірпілер), вирус иеленуші науқас адам.	-	Науқас адам	Науқас адам, жабайы және үй жануарлары	Науқас адам, тасымалдаушы
Тасымалдаушылар	Кенелер, әсіресе Nyalomma тегінен	-	Биттер	Ұсақ кеміргіштер	-
Инкубациялық кезеңі	1-12 күн	-	5-25 күн	3-30 күн	2-10 күн
Ауру мезгілі	Көктем-жаз	-	Қыс-көктем	-	Қыс-көктем
Жұғу жолдары	Трансмиссивті, контактылы, аспирациялы	-	Трансмиссивті	Контактылы, алиментарлы, трансплацентарлы	Аэрогенды
Температура	Жоғары	Жоғары	Жоғары	Жоғары	Жоғары
Диспепсиялық бұзылыстар	Аузының құрғауы, құсу	-	Аузының құрғауы, саливацияның төмендеуі	Аузының, тілінің құрғауы, лоқсу, құсу	Тілінің құрғауы, шөлдеу, құсу «кофе тұнбасы»
Конъюнктивасы	Талаураған конъюнктивта	Аққабықтың, конъюнктиваның қызаруы	Өзгеріссіз	Геморрагия аққабықта, конъюнктивада	Конъюнктивта қатпарында энантема, аққабыққа қан құйылу
Тері қабаты	Капошон симптомы (бетінің, мойнының, кеуденің жоғарғы бөлігінің қызаруы, акроцианоз	Көгерулер, жалғыз петехиальды қан құйылулар, сарғаю	Бетінің, мойнының қызаруы, дененің екі жағында, арқада, бұғана, қолтық астында, білектің бүгу аймағында бөртпелер	Бетінің, мойнының қызаруы, ерін, мұрын қанатында герпес, қолтық астында, шап, білек бүгу аймағында петехиальды элементтер, сарғаю.	Бозғылт, қол-аяғында, денеде, жамбаста, кейде бетінде бөртпелер. Жалпы цианоз «мәйіт дағы»

1 кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6
Бөртпелер	Геморрагиялық, петехиальды, пурпура, экхимоз	Экзантема, бір мезгілде бөртулер, розеолозды-петехиальды	Экзантема, петехильды, пурпура	Геморрагиялы, петехиальды, дақты, герпес тәрізді	Геморрагиялы, петехиальды, жұлдыз тәрізді, тері деңгейінен шығыңқы
Жүрек қан тамыр жүйесі	Гипотония, Тахикардия	Гипотония, тахикардия	Гипотония қолапсақ дейін, тахикардия	Гипотония, тахикардия	Гипотония, тахикардия
Геморрагиялық синдром	Мұрыннан, қызылиектен, жатырдан, асқазан-ішектен қан кету, еккен жерден қан кету	Мұрыннан, қызылиектен, асқазан-ішектен қан кету	Аққабық қызарған «қоян көз», «бұрама», «шымшу» Кончаловский-Румпель-Ледеде симптомы	Аққабықта, конъюнктивте, қолтық астында, шапта білек буын аймағында петехиальды элементтер, мұрыннан, жатырдан, асқазан-ішектен қан кету, қан қақыру, бүйрек безіне қан құйылу	Аққабыққа қан құйылу, петехия, экхимоздар, пурпура
Жүйке жүйесі	Қозу, фотофобия, сандырақ, құрысу, кома	Ес-түсінің бұзылуы, кома	Ұйқысыздық, эйфория, делирия, галлюцинация, жалпы тремор,	Менингеальды синдром	Менингеальды синдром, қозу, есін жоғалту
Бауыр	Гепатомегалия	Спленомегалия	Гепатомегалия, спленомегалия	Гепатомегалия, спленомегалия	Гепатомегалия, спленомегалия
Несеп -жыныстық жүйесі	Бүйректің зақымдануы, соққылау симптомы оң мәнді, олигоурия, альбуминурия, микрогематурия, гипостенурия, азотемия, анурияға дейін	Меноррагия, бүйрек функциясының бұзылуы	Соққылау симптомы оң мәнді, олигоурия, альбуминурия, цилиндрурия	Соққылау оң мәнді, анурия, лейкоцитоз, эритроцитоз, цилиндрурия	Жұқпалы-токсикалық бүйрек, протеинурия, микрогематурия, анурия, «шоқты бүйрек»

Қырым – Конго геморрагиялық қызбасының ажыратпалы диагноз алгоритмі

Ауру атауы Ауру белгілері	Қырым – Конго геморрагиялық қызбасы	Вирустық энцефалит (кенелік)	Тұмау	Иерсиниоз
1	2	3	4	5
Қоздырғыш	Bunyaviridae, Nairovirus	Flavivirus Togaviridae	Orthomyxoviridae	Enterobacteriaceae Yersinia
Инфекция көзі	-Ірі және ұсақ мертіді мал, ұсақ сүт коректілер (кояндар, кеміргіштер, кірпілер), вирус иеленуші науқас адам.	Кемірушілер, жабайы суткоректілер, құстар,жыртқыштар.	Науқас адам	Ұсақ кеміргіштер, негізгі (шошқалар, ірі мүйізді мал, қойлар, ешкілер, бұғылар).
Тасымалдаушылар	Кенелер, әсіресе Nyalomma тегінен	Кенелер	-	-
Инкубациялық кезені	1-12 күн	3-21 күн	1- 5 күн	1-6 күн
Ауру мезгілі	Көктем-жаз	Көктем-жаз	Көктем-күз	Көктем-күз
Жұғу жолдары	Трансмиссивті, контактылы, аспирациялы	Трансмиссивті Алиментарлы	Ауа-тамшылы	Нәжістік- ауыздық, Контактты – тұрмыстық
Температура	Жоғары	Жоғары	Жоғары	Жоғары
Аңқасы		Қызарған	Қызарған, цианозды,жұмсақ таңдайда түйіршікті, нүктелік қан құйынулар	Ауыз жұтқыншақ қуысы диффузды қызарған, тілі «танқурай тәрізді»
Диспепсиялық бұзылыстар	Аузының құрғауы, құсу	Шөлдеу, қалтырау, лоқсу, құсу, ішінің кебуі, үлкен дәретінің тоқтауы	Аузының құрғауы, қалтырау, басының айналуы, бір реттік құсу.	Аузының құрғауы, қалтырау, лоқсу, құсу, көпіршікті, кілегей, қан аралас, иісті сұйық нәжіс, «қорылдау», «серпу», Штернберг симптомы мәнді.

2 кесте жалғасы

1	2	3	4	5
Конъюнктивасы	Талаураған конъюнктива	Конъюнктива мен ақ қабық қан тамырларының қанталауы.	Конъюнктиваның қызаруы, ақ қабық қан тамырларының қанталауы.	Конъюнктиваның қызаруы, ақ қабық қан тамырларының қанталауы.
Тері қабаты	Капошон симптом (бетінің, мойнының, кеуденің жоғарғы бөлігінің қызаруы), акроцианоз	Бетінің, кеудесінің қызаруы.	Бозарған, бетінің қызаруы	Бозарған, сарғаю, қол-аяқтың симметриялық аймағында бөртпелер
Бөртпелер	Геморрагиялық, петехиальды, пурпура, экхимоз	-	-	Ұсақ нүктелі, ұсақ дақты, розеолезды, «капошон», «қолғап», «байпақ» симптомдары.
Артериальды қан қысымы	Гипотония	Гипотония	Қалыпты	Гипотония
ЖСЖ	Тахикардия	Брадикардия	Тахикардия	Тахикардия
Геморрагиялық синдром	Мұрыннан, қызылиектен, жатырдан, асқазан-ішектен қан кету, еккен жерден қан кету	-	Мұрыннан қан кету	Гемморрагиялық бөртпе
Жүйке жүйесі	Қозу, фотофобия, сандырақ, құрысу, кома	Парестезия, аяқ-қолдың парезы, эпилептиформды тырысулар, фотофобиялар, диплопия, гиперкузия, менингеальды симптом, галлюцинация, психомоторлы қозу, джексон эпилепсиясы ұстамасы, протоз, таңдай парезы, афония, жұтынудың қиындауы, мойын, дене бұлшық еттерінің парезы, атрофиясы, басын көтере алмауы, «құмырсқа жорғалау», «тартылу» (Лассега), «қолғап», «байпақ» симптомдары.	Ауыр жағдайда менингеальды симптом, жарықтан қорқу, гиперестезия, парестезия, невралгия қабырға аралық, ашушаңдық.	
Несеп-жыныстық жүйесі	Бүйректің зақымдануы, сокқылау симптомдары оң мәнді, олигоурия, альбуминурия, микрогематурия, гипостенурия, азотемия, анурияға дейін	Транзиторлық протеинурия	Диурездің азаюы, протеинурия, микрогематурия, цилиндрүрия.	Ауыр ағымында «бүйректің жұқпалы-токсикалық шок» симптомдарының комплексі
Бауыр	Гепатомегалия	Ұлғаймаған	Ұлғаймаған	Гепатомегалия, спленомегалия



## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Товпинец Н.Н., Евстафьев И.Л. Природная очаговость зоонозных инфекций в Крыму: эпизоотологический и эпидемиологический аспекты., [www.pedsovet.org/forum/index.php](http://www.pedsovet.org/forum/index.php), 2010.
2. Денсаулық сақтау Министрінің 2006жылғы 15 желтоқсан №623 бұйрығымен бекітілген «Есепке алу және тіркеу кезінде адамның аса қауіпті жұқпалы аурулары жағдайларын анықтау жөніндегі медициналық қызмет саласындағы стандарттар».
3. Есепке алу және тіркеу кезінде адамның аса қауіпті жұқпалы аурулары жағдайларын анықтау жөніндегі медициналық қызмет саласындағы стандарттарға 1 - қосымша «Есепке алуға және тіркеуге жататын жұқпалы аурулардың тізбесі».
4. Есепке алу және тіркеу кезінде адамның аса қауіпті жұқпалы аурулары жағдайларын анықтау жөніндегі медициналық қызмет саласындағы стандарттарға 2 – қосымша «Жұқпалы аурулар жағдайларының жіктелімі» //Қырым-Конго геморрагиялық қызбасының жіктелімі (A98.0).
5. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Сергиев В.П. соавт. //Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях. Алматы, 2008. стр.18-25.
6. Jeffrey M. Caterino, Scott Kahan // In A Page Emergency Medicine. Москва «Медпресс-информ», 2005. стр.82-134.
7. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни, Москва. 2005г. стр.233-487.
8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2008 года № 682 Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм "Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах Крымской - Конго геморрагической лихорадки в Республике Казахстан".

УДК 616.921.5:636.4

**КРЫМСКАЯ - КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ)***С.А. Калкабаева**Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент*

Крымская – Конго геморрагическая лихорадка - (febris haemorrhagica crimiana) – острое инфекционное заболевание человека, передающееся через укусы клещей, характеризующееся лихорадкой, выраженной интоксикацией и кровоизлияниями на коже и внутренних органах.

Крымская-Конго геморрагическая лихорадка (ККГЛ) была впервые обнаружена в 1944-1945 г.г., в Крыму, М.П.Чумаковым и соавт., которые при исследовании крови больных солдат и переселенцев, заболевших при проведении работ по уборке сена выделили возбудителя болезни и установили его передачу клещами. В 1956 г. в Конго из крови заболевшего мальчика был выделен аналогичный по антигенному составу вирус. Возбудитель получил название вирус Конго. Поэтому с 1956г. болезнь получила двойное название. Последующие 1956-1969 годы очаги сходных заболеваний выявлены в Казахстане, Узбекистане,

Туркменистане и Азербайджане, Болгарии, Югославии, Венгрии, Восточной и Западной Африке, Иране, Пакистане, Индии [1].

**Этиология.** Возбудителем лихорадки является РНК-содержащий вирус из семейства буньявирус, рода нейровирус из группы арбовирусов, общим свойством которых является высокий тропизм к эндотелию сосудов. Вирионы сферические, диаметр 92-96 нм, окружены липидсодержащей оболочкой. Плохо устойчив в окружающей среде. При кипячении вирус погибает мгновенно, при 37°С – через 20 часов, при 45°С – через 2 часа. В высушенном состоянии вирус остается жизнеспособным свыше 2 лет. В пораженных клетках локализуется преимущественно в цитоплазме.

**Эпидемиология.** Основным резервуаром и переносчиком вируса в природе являются различные виды клещей, преимущественно из рода *Hyalomma* (в РК и других центральных республиках - *H.asiaticum*, на юге Казахстана - *Dermacentor hivers*), передающих вирус потомству через яйца, и являющимися вирусоносителями пожизненно. Основными хозяевами клещей служат различные виды сельскохозяйственных животных (крупный и мелкий рогатый скот), а прокормителями личинок и нимф – мелкие млекопитающие (зайцы, мышевидные грызуны, песчанки, ежи и др.). Источник возбудителя – больной человек или инфицированное животное.

**Патогенез.** До конца не изучен. Воротами инфекции является кожа в месте укуса клеща или повреждения кожи при контакте с кровью больных людей (при внутрибольничном заражении). При укусе местные изменения не выражены. Вирус проникает в кровь и накапливается в клетках ретикулоэндотелиальной системы. При второй стадии заболевания, когда наблюдается массовое выделение вируса в кровь, наблюдается общая тяжелая интоксикация, поражается эндотелий сосудов, увеличивается их проницаемость, развивается геморрагический диатез (кровоизлияния на коже, слизистых, внутренних органов).

**Эпизоотологические данные.** Очаги болезни приурочены преимущественно к пустынным и степным ландшафтам с теплым климатом. Заболевания людей имеют весенне-летнюю (с мая по август) сезонность, которая с некоторым опозданием повторяет активность клещей. Классификация. Стандарты в области

медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации классифицируют заболевания с различной степенью точности: предположительный случай - постановка диагноза по клиническим признакам; вероятный случай - постановка диагноза предположительному случаю и дополнительным эпидемиологическим данным и/или положительным результатам вспомогательных (неспецифичных) или предварительных лабораторных исследований; подтвержденный случай - постановка диагноза по положительным результатам специфичных лабораторных исследований, подтверждающих наличие текущей или недавно перенесенной инфекции [2].

При выявлении инфекционного заболевания, подлежащего учету на основании соответствия настоящим стандартам, медицинский работник должен: установить соответствие впервые выявленного заболевания стандартам [3]; провести консультацию с областным (городским, районным) врачом инфекционистом; провести совместно с врачом-инфекционистом первичную классификацию заболевания как предположительный случай, вероятный случай или подтвержденный случай в соответствии классификацией случаев инфекционных заболеваний (коды диагнозов соответствуют Международной классификации болезней, 10 выпуска) [4]; госпитализировать больного в территориальное инфекционное отделение (больницу); составить и направить внеочередное или экстренное извещение.

В соответствии с Классификацией случаев Крымской-Конго геморрагической лихорадки (A98.0) предположительный случай Крымской-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ) ставится при остром тяжелом заболевании, сопровождающемся высокой лихорадкой и геморрагическим синдромом, характеризующимся, одним из следующих признаков: петехиальная сыпь, кровоизлияния, кровотечения (носовые, маточные, желудочно-кишечные, десневые), тромбоцитопения ( $<100 \times 10^9/\text{л}$ ).

Вероятный случай ККГЛ ставится при соответствии определению предположительного случая и наличии не менее одного из следующего: 1) пребывание в течение двух недель до заболевания или проживание на территории природного очага (где регистрируются случаи заболевания людей или животных Крымской-Конго геморрагической лихорадкой) и одно из следующего: укусы клеща, контакт с клещом или с кровью из клеща, контакт с кровью больного ККГЛ, контакт с кровью животных, возможных носителей вируса (зайцы и другие). 2) Эпидемиологическая связь с подтвержденным случаем ККГЛ.

Подтвержденный случай ККГЛ ставится при наличии одного из следующего: изоляция вируса из крови больного; положительная ПЦР, в реальном времени; выявление антител класса LgM или LgG методом ИФА; выявление антигена в патологоанатомическом материале иммуногистохимическим методом.

**Клиника.** Болезнь начинается остро. Максимальный срок инкубации при контакте с клещами составляет 12 дней, при контакте с кровянистыми выделениями больного – 9 дней. В течении болезни выделяют три периода: начальный, разгара (геморрагическая фаза) и реконвалесценции. В начале болезни наблюдается озноб, повышение температуры тела в течение первых суток до  $39^\circ\text{C}$ – $40^\circ\text{C}$ , головная боль, ломота в теле, боли в мышцах и суставах, рези в животе, иногда сопровождаемые рвотой. При осмотре больных в начальном периоде отмечается выраженное покраснение кожи лица, шеи и верхних отделов грудной клетки («симптом капюшона»), инъекция сосудов склер, конъюнктив.

Вирус поражает эндотелий сосудов, а также кору надпочечников и гипоталамус, что в итоге приводит к повышению проницаемости сосудистой стенки, нарушению процессов свертывания крови. Ко 2-6 дням болезни развивается геморрагический синдром. Одновременно с небольшим снижением температуры на животе, на боковых поверхностях грудной клетки, в области плечевого пояса, на верхних и нижних конечностях появляется обильная геморрагическая сыпь. Отмечаются обширные кровоизлияния в местах инъекций, носовые кровотечения, кровоточивость десен, желудочно-кишечные, маточные кровотечения, свидетельствующие о прогрессировании ДВС-синдрома. Наблюдается поражения почек и положительный симптом покалывания. Тяжесть заболевания в этот период нарастает, возможны эпизоды потери сознания. Интенсивность и продолжительность геморрагических проявлений определяют тяжесть болезни, ухудшают прогноз. Одновременно нарастают симптомы интоксикации, возникает инфекционно-токсический шок, и может наступить смерть от острой сердечно-сосудистой недостаточности. У 10-20% больных отмечаются менингеальные симптомы. При благоприятном течении болезни лихорадка длится от 1 до 12 дней, характерна «двухволновая» температурная кривая со снижением на 3-5-й день. С нормализацией температуры прекращается кровоточивость, начинается период реконвалесценции, продолжительностью от 3-4 нед до 2 мес. Известны легкие формы болезни без ДВС-синдрома, которые остаются, как правило, нераспознанными. В среднем температура остается повышенной в течение 12 дней, выздоровление проходит медленно, повышенная слабость и утомляемость (астения) сохраняется в течение 1-2 месяцев. К летальному исходу могут приводить осложнения, такие как отек легких, сепсис, острая почечная недостаточность, пневмония. Нами разработан алгоритм дифференциальной диагностики Крымской – Конго геморрагической лихорадки с менингококковой инфекцией, гриппом, тромбоцитопенической пурпурой, сыпным тифом, лептоспирозом, иерсиниозом, клещевым вирусным энцефалитом [5,6,7].

**Диагностика.** Распознавание болезни основывается на характерных клинических данных (острое начало, тяжелое течение, выраженный геморрагический синдром, сезонность, укусы клещей в анамнезе). Специфическая диагностика включает серологические методы (НРИФ, РСК, РТНГА), иммунохимические

(ИФА) и молекулярно-биологические (ПЦР). Методы вирусологической и серологической диагностики на практике используются редко.

**Патологоанатомические изменения.** При вскрытии обнаруживают множественные кровоизлияния в слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта, кровь в его просвете, но воспалительные изменения отсутствуют. Головной мозг и его оболочки гиперемированы, в них обнаруживаются кровоизлияния диаметром 1-1,5 см с разрушением мозгового вещества. По всему веществу мозга выявляют мелкие кровоизлияния. Кровоизлияния также наблюдают в легких, почках, печени и др.

Лечение проводится в условиях инфекционного отделения в соответствии с [общими принципами терапии больных геморрагической лихорадкой](#). Лечение симптоматическое и этиотропное. Назначаются противовоспалительные препараты и мочегонные. Исключают применение препаратов, усиливающих поражение почек, например сульфаниламиды. Также назначают противовирусные препараты (рибавирин, реаферон). В первые 3 дня вводят гетерогенный специфический лошадиный иммуноглобулин, иммунную сыворотку, плазму или специфический иммуноглобулин, полученные из сыворотки крови переболевших или привитых лиц.

**Иммунитет.** Естественная восприимчивость к вирусу у человека высокая. После выздоровления остается иммунитет, который сохраняется 1-2 года. Для создания искусственного иммунитета применяют формолвакцину из мозга зараженных сосунков белых мышей или белых крыс. Прогноз всегда серьезный, летальность до 30-40%.

**Профилактика.** Сводится к осторожности на природе в период активности клещей в районах, эндемичных по данному заболеванию. При укусе клеща необходимо в срочном порядке обращаться в лечебное учреждение. Мероприятия по борьбе с клещами, защита от них людей. С целью профилактики внутрибольничной инфекции должны соблюдаться строгие меры предосторожности при всех манипуляциях, связанных с парентеральными вмешательствами. С целью экстренной профилактики у лиц, соприкасающихся с кровью больного используется специфический иммуноглобулин. За лицами, бывшими в тесном контакте с больным, в очаге должно проводиться постоянное медицинское наблюдение. Лица, укушенные клещами, должны находиться на диспансерном наблюдении в медицинской организации в течение 14 дней.

**Санитарно - противоэпидемические мероприятия.** Неотложная медицинская помощь заболевшим пациентам содержит в себе определенный риск для медицинских работников. Оказывая помощь пациентам, врачи должны помнить о таком риске и предпринимать соответствующие меры предосторожности. Контакт с биологическими жидкостями организма, и опасными материалами на месте происшествия можно в значительной степени снизить, соблюдая соответствующие меры предосторожности и используя надлежащие средства защиты. Основная цель инфекционного контроля - это предупреждение передачи заболевания. Самым важным методом предотвращения передачи заболевания является мытье рук/ личная гигиена. Очистка, дезинфицирование и замена использованного оборудования также имеет большое значение. В случае контакта с кровью больного ККГЛ медицинский работник немедленно должен произвести обработку загрязненных мест дезинфицирующим раствором.

При подозрении на ККГЛ можно использовать подручные средства защиты органов дыхания. Маски помогают предотвратить заболевания, передающиеся по воздуху и через кровь. Установлено, что носовой платок, сложенный в 16 слоев, задерживает 94% патогенных микроорганизмов, а ватно-марлевая повязка – 20%. Таким образом, подручные средства лишь уменьшают дозу заражения, не гарантируя от проникновения инфекции в организм. Для защиты кожных покровов и обмундирования применяются индивидуальные противочумные средства защиты, объединенные в комплекты. Для защиты глаз может быть использованы плотно прилегающие очки – консервы. Виниловые, латексные или синтетические перчатки необходимо надевать каждый раз, когда возможен контакт с биологическими жидкостями пациента (кровь, слюна, рвотные массы, моча). Перчатки следует менять для каждого нового пациента. Кроме того, перчатки необходимо надевать при чистке оборудования. Лучше всего использовать халаты в ситуациях, когда возможно разбрызгивание большого количества жидкости, например, при обширных кровотечениях. В качестве мер личной профилактики должна использоваться импрегнированная репеллентами защитная одежда.

Приоритетом для врача всегда остается его здоровье и безопасность. Безопасность начинается с оценки места происшествия и окружающих территорий. Это снабжает врача скорой медицинской помощи ценной информацией прежде, чем он приступит к оказанию помощи. Определенный риск, связанный с конкретным местом происшествия, может затруднить или сделать невозможным приближение к пациенту. Всегда пытайтесь распознать потенциально опасные материалы, которые могут угрожать вашей безопасности. Особые ситуации включают в себя контакт с кровью больного. Приоритетом является личная безопасность. На втором месте - защита пациента. На третьем - защита других лиц.

В случаях регистрации больного ККГЛ, его госпитализации и/или смертельного исхода противоклещевая обработка жилых, подсобных и скотных помещений должна проводиться отделами очаговой дезинфекции организаций санитарно-эпидемиологической службы на соответствующих территориях. В случае регистрации заболевания людей ККГЛ в населенных пунктах специалистами государственного органа санитарно-эпидемиологической службы на соответствующей территории совместно с учреждениями первичной

медико-санитарной помощи должно проводиться активное выявление больных ККГЛ путем опроса (осмотра) населения при подворных обходах и оказании первичной медико-санитарной помощи.

Тактика врача скорой помощи заключается прежде всего в организации безопасной госпитализации. Инфекционные больные эвакуируются в лечебные учреждения специальным транспортом. Для этого используются санитарные автомобили скорой медицинской помощи с дыхательной аппаратурой и необходимыми средствами для лечения. Эвакуация больного в специализированный стационар должна идти с участием реаниматолога с непрерывным мониторингом жизненно важных функций в пути следования. Госпитализация больного общественным и личным транспортом не допускается.

Категорически запрещается эвакуировать инфекционных больных совместно с соматическими больными. В одной машине могут перевозиться только больные с одним и тем же инфекционным заболеванием. Тяжело больных с контагиозными инфекциями должен сопровождать врач или фельдшер, снабженный всем необходимым для оказания неотложной помощи в пути следования. После эвакуации больного транспорт дезинфицируют на специально выделенной для этого площадке. Эту задачу выполняет приемный покой инфекционной больницы.

Непосредственно после возникновения массовых вспышек инфекционных заболеваний основная тяжесть лечебно-диагностической работы ложится на амбулаторно-поликлиническое звено. Особенностью медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями является её связь с проведением комплексных противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекции. После постановки предварительного диагноза оказывается первая врачебная помощь больным или проводится лечение их при задержке эвакуации. Одновременно проводится забор материала для бактериологического исследования и направления в лабораторию СЭС.

При выявлении больного или подозрительного на ККГЛ в амбулаторно-поликлинической организации дальнейший прием пациентов должен быть приостановлен. До госпитализации в инфекционный стационар больной (или подозрительный на заболевание ККГЛ) должен быть изолирован в отдельное помещение или бокс. После госпитализации больного в помещениях, где он находился, должна быть проведена заключительная дезинфекция. По завершению указанных мероприятий прием пациентов возобновляется.

При выявлении больного на дому не допускается вынос из помещения каких-либо вещей и предметов обихода. В очаге должна проводиться заключительная дезинфекция. Жилые помещения, комната, где находился больной, должны обрабатываться дезинфицирующими средствами, разрешенными к применению в Республике Казахстан. Белье должно замачиваться в дезинфицирующем растворе с последующим его кипячением. Вещи обрабатываются в дезинфекционной камере. В очаге должна проводиться санитарно-просветительная работа [8].

Таблица 1

Алгоритм дифференциальной диагностики Крымской – Конго геморрагической лихорадки

Нозология Признаки заболевания	Крымская-Конго геморрагическая лихорадка	Тромбоцито- пеническая пурпура	Сыпной тиф	Лептоспироз	Менингококковая инфекция
1	2	3	4	5	6
Возбудитель	Bunyaviridae, Nairovirus	-	Rickettsia prowazekii	Leptospiria, L/interrogans	Neisseria meningitidis
Переносчики	Клещи из рода Nyalomma	-	Вши	Мелкие грызуны	-
Инкубационный период	1-12 дней	-	5-25 ней	3-30 дней	2-10 дней
Сезонность	Весенне-летний	-	Зимне-весенний	-	Зимне-весенний
Пути передачи	Трансмиссивный, контактный, аспирационный	-	трансмиссивный	Контактный, алиментарный, трансплацентарный	аэрогенный
Температура	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая
Диспепсические расстройства	Сухость во рту, рвота	-	Сухость во рту, снижение саливации	Сухость во рту, тошнота, рвота	Сухость во рту, жажда, многократная рвота «кофейной гущи»
Конъюнктивы	Катаральный конъюнктивит	Гиперемия склер, конъюнктивит	Без изменений	Геморрагии на склере и конъюктиве	Энантема на переходной складке конъюнктивы, кровоизлияния в склеры
Кожные покровы	Симптом капюшона (гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов груди), акроцианоз	Синяки, петехиальные кровоизлияния от одиноких до пурпуры, желтуха	Сыпь локализована на боковых поверхностях туловища, на спине, подключичных и подмышечных областях, на сгибательных поверхностях предплечья.	Гиперемия лица и шеи, герпетические высыпания на губах и крыльях носа, петехиальные элементы в подмышечных, локтевых и паховых областей, желтушность.	Цианоз, сыпь локализуется на конечностях, туловище, в области ягодицы. Тотальный цианоз «трупные пятна»
Сыпь	Геморрагическая, петехиальная, крупная (пурпура, экхимозы)	Экзантема, розеолозно- петехиальный, одномомент- ное высыпания	Экзантема, петехиальная сыпь, пурпура	Геморрагическая, петехиальная, герпес	Геморрагическая, (петехии, пурпура, экхимозы) имеют звездчатую форму, выступает над поверхности кожи

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6
Сердечно-сосудистая система	Гипотония, тахикардия	Гипотония, тахикардия	Гипотония до колапса, тахикардия	Гипотония, тахикардия	Гипотония, тахикардия
Геморрагический синдром	Носовые, маточные, желудочно-кишечные и в местах инъекции кровотечения.	Кровоточивость десен, петехиальные кровоизлияния от одиночных до пурпуры, носовые, желудочно-кишечные кровотечения	Склеры гиперемированы «крольчьи глаза», симптомы «жгута», «шипка» Кончаловского-Румпеля-Леёде	Геморрагии на склерах и конъюнктиве, петехиальные элементы, в подмышечных, паховых областях. Кровохарканье, носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения, кровоизлияние в надпочечники.	Кровоизлияния в склеры, петехия, экхимозы, пурпура.
Нервная система	Возбуждение, фотофобия, бред, судороги, кома	Спутанность сознания вплоть до комы	Бессонница, делирии, галлюцинация, общий тремор	Менингеальный синдром	Менингеальный синдром, возбуждение, судороги, потеря сознания
Печень	Гепатомегалия	Спленомегалия	Гепатомегалия, спленомегалия	Гепатомегалия, спленомегалия	Гепатомегалия, спленомегалия
Мочеполовая система	Положительный симптом покалывания, олигоурия, альбуминурия, микрогематурия, гипостенурия, азотемия, анурия	Меноррагия, нарушение функций почек	Симптом покалывания слабо положительный, олигоурия, альбуминурия, цилиндрурия	Положительный симптом покалывания, протеинурия, лейкоцитоз, эритроцитоз, цилиндрурия	Синдром инфекционно-токсической почки, протеинурия, микрогематурия, анурия, «шоковая почка»

Таблица 2

Алгоритм дифференциальной диагностики Крымской - Конго геморрагической лихорадки

Нозология	Крымская – Конго геморрагическая лихорадка	Вирусный энцефалит (клещевой)	Грипп	Иерсиниоз
Признаки заболевания				
1	2	3	4	5
Возбудитель	Bunyaviridae, Nairovirus	Flavivirus Togaviridae	Orthomyxoviridae	Enterobacteriaceae Yersinia
Источник инфекции	Крупный и мелкий рогатый скот, мелкие млекопитающие (зайцы, мышевидные грызуны, песчанки, ежи), больной человек	Грызуны, дикие млекопитающие, птицы, хищники.	Больной человек	Мелкие грызуны, основные (свиньи, крупный рогатый скот, овцы, козы, олени)
Переносчики	Клещи из рода Nyalomma	Клещи	-	-
Инкубационный период	1-12 дней	3-21 дней	1- 5 дней	1-6 дней
Сезонность	Весенне-летний	Весенне-летний	Весенне-осенний	Весенне-осенний
Пути передачи	Трансмиссивный, контактный, аспирационный	Трансмиссивный Алиментарный	Воздушно-капельный	Фекально-оральный Контактно-бытовой
Температура	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая
Зев	Гиперемирован	Гиперемирован	Гиперемирован, цианотичен, зернистые, точечные кровоизлияния на мягком небе.	Диффузная гиперемия ротоглотки. Язык «малиновый»
Диспепсические расстройства	Сухость во рту, рвота	Жар, озноб, тошнота, рвота, вздутие живота, задержка стула.	Сухость во рту, озноб, головокружение, рвота однократная.	Сухость во рту, озноб, тошнота, рвота, боли в животе, вязкий иногда пенистый, с неприятным запахом с примесью слизи, крови обильный жидкий стул, «урчание», «плеск» Положительный симптом Штернберга

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
Конъюнктивит	Катаральный конъюнктивит	Инъецированы сосуды склер и конъюнктивы.	Гиперемия конъюнктивы, инъекция сосудов склер	Покраснение конъюнктивы, инъекция сосудов склер.
Кожные покровы	Симптом капюшона (гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов груди), акроцианоз	Гиперемия лица и груди	Бледные, гиперемия лица	Бледные, желтушность кожи, сыпь на симметричных участках кожи туловища, конечностей, снижен тургор кожи.
Сыпь	Геморрагическая, петехиальная, крупная (пурпура, экхимозы)	-	-	Мелкоточечная или мелкопятнистая. Симптомы «капюшона», «перчаток», «носков». Наблюдается разеолезная, мелкопапулезная или гемморагическая.
Артериальное давление	Гипотония	Снижено	Нормальное	Сниженное
ЧСС	тахикардия	Брадикардия	Тахикардия	Тахикардия
Геморрагический синдром	Носовые, маточные, желудочно-кишечные и в местах инъекции кровотечения.	-	Носовое кровотечение	Гемморрагии
Нервная система	Возбуждение, фотофобия, бред, судороги, до кома	Парестезия парезы конечностей, эпилептиформные судороги, заторможены, безучастны к окружающему, сонливы, оглушенность, фотофобии, гиперракузии, менингеальные симптомы, галлюциноз, психомоторные возбуждения, джексоновская эпилепсия, птоз, парез мягкого неба, гнусавость голоса, афония, нарушение глотания, парезы мышцы шеи, туловища, выраженная атрофия мышц. Симптомы «ползания мурашек», «натяжения» (Лассега), «перчаток», «носков».	При тяжелом течении менингеальные симптомы, иногда светобоязнь, гиперестезия, парестезия, невралгия тройничного, межреберных и др. нервов, повышенная утомляемость, раздражительность.	
Мочеполовая система	Положительный симптом покалывания, олигоурия, альбуминурия, микрогематурия, гипостенурия, азотемия, до анурии	Транзиторная протеинурия	Умеренное снижение диуреза, нередко протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия.	При тяжелом течении кратковременно регистрируется симптомокомплекс «инфекционно-токсической почки»
Печень	Гепатомегалия	Не увеличена	Не увеличена	Гепатомегалия, спленомегалия



**ЛИТЕРАТУРА**

1. Товпинец Н.Н., Евстафьев И.Л. Природная очаговость зоонозных инфекций в Крыму: эпизоотологический и эпидемиологический аспекты., [www.pedsovet.org/forum/index.php](http://www.pedsovet.org/forum/index.php), 2010.
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2006 года № 623 «Об утверждении стандартов в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации».
3. Приложение 1 к стандартам в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации «Перечень инфекционных заболеваний, подлежащих учету и регистрации».
4. Приложение 2 к стандартам в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации «Классификация случаев инфекционных заболеваний» //Классификация случаев Крымской-Конго геморрагической лихорадки (А98.0).
5. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Сергиев В.П. соавт. //Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях. Алматы, 2008. стр.18-25.
6. Jeffrey M. Caterino, Scott Kahan // In A Page Emergency Medicine. Москва «Медпресс-информ», 2005. стр.82-134.
7. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни, Москва. 2005г. стр.233-487.
8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2008 года № 682 Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм "Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах Крымской - Конго геморрагической лихорадки в Республике Казахстан".

СО Д Е Р Ж А Н И Е

<b>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕ И ВНУТРИОРГАННЫХ ВЕН ТОНКОЙ КИШКИ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ <i>Т.А. Сағатов, А.М.Дауреханов, К.Т. Кулаев, К.Е.Оспанов, Н.К.Таипақова.....</i>	3
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ГЕМОМИКРО-ЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ «ОМАЙТ-57Э» И «СУМИ-АЛЬФА» НА ФОНЕ АЛЛОКСАНОВОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДИАБЕТА <i>К.Т. Кулаев, Т.А. Сағатов, А.М.Дауреханов, К.Е. Оспанов, Н.К.Таипақова.....</i>	4
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ХЛОПКОВОДЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>А.М.Жаксыбергенов., Р.Т.Глеужан. ....</i>	7
САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>М.А.Булешов, Р.Т.Глеужан, А.М.Жаксыбергенов.....</i>	9
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Глеужан Р.Т.....</i>	10
СОСТОЯНИЕ УРОВНЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Р.Т. Глеужан.....</i>	13
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ В СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ ЮКО <i>Р.Т.Глеужан, А.О.Сапарғалиева, С.Н.Кульбаева .....</i>	15
ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА <i>С.М. Сарқулова, Д.М. Булешов.....</i>	17
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА КАЗАХСТАНА <i>Д.М. Булешов.....</i>	19
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЬНИЦАМ СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ЮКО <i>Р.Т.Глеужан.....</i>	22
ОЦЕНКА РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ <i>М.А.Булешов, Б.Е.Шаймерденова, Г.К.Ергебекова .....</i>	25
АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2007 ПО 2009 ГОДЫ <i>Д.Ш.Бегишева.....</i>	27
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 14-15 ЛЕТ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА- ПЕДИАТРА <i>Н.Т.Мавланова .....</i>	28
БІР ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ӨСУ ПРОЦЕССИНЕ ТАМАҚТАНУ ТҮРІНІҢ ӘСЕРІ <i>К.К.Салхожаева, С.К.Оспанова, С.М.Мамаева, Г.Б.Абралиева, Р.О. Абдраманова .....</i>	30
ТІРЕК-ҚОЗҒАЛЫС АППАРАТЫ АУРУЛАРЫ БОЙЫНША АЛҒАШ РЕТ МҮТЕДЕКТІККЕ ҰШЫРАҒАН ТҮЛҒАЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ <i>Т.Б. Даутов, Г.А. Мерекеева .....</i>	31

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ШЫМКЕНТ <i>Г.О. Сапарова</i> .....	33
ЖАСӨСПІРІМ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК – ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ <i>А.Р Жұмадилова</i> .....	36
ТІРЕК-ҚОЗҒАЛЫС АППАРАТЫ АУРУЛАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ТУЫНДАҒАН МҮГЕДЕКТІКТІ ЗЕРТТЕУ БАҒДАРЛАМАСЫ <i>Т.Б. Даутов, А.М. Булешова, Г.А.Мерекеева, Л.Е. Аликанова</i> .....	38
ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН АУМАҒЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАР АРАСЫНДА РЕПРОДУКТИВТІК ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ҮРДІСТІҢ СИПАТЫ <i>А.РЖұмадилова</i> .....	39
ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Д.С. Бердиярова, М.А. Булешов, П.Лесбеков, Р.А.Есимова, Г.С.Тлеубаева, Г.Т. Байтемирова</i> .....	41
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Д.С.Бердиярова</i> .....	43
ПРЕСТУПНОСТЬ И НАРКОЗАБОЛЕВАНИЯ В ЮЖНО – КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Л.З Енсебаева</i> .....	46
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ <i>Ж.К.Нурмышев</i> .....	48
АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО САЙРАМСКОМУ РАЙОНУ ЮКО ЗА 2007-2009ГОДЫ <i>К.С.Идрисов</i> .....	50
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА <i>Т.В.Сысоева, М.Караев</i> .....	53
СОЦИАЛЬНО- ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Ш.А. Темиркулова</i> .....	55
ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ОТ УСЛОВИЙ ТРУДА <i>Ш.А.Темиркулова, М.А..Булешов, Р.М.Рахимбаева, М.А.,Искакова, Э.У.Сауленбаева</i> .....	57
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В ЦЕМЕНТНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>Р.Т. Джанабаев, М.А. Булешев, А.А. Есалиев, Н.Ж. Калменов</i> .....	59
ШАҢДЫ БРОНХИТКЕ БАЙЛАНЫСТЫ ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯНЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ <i>Г.М.Датқаева, М.Ә.Бөлешов, Н.К. Түзелбаев, Г.Ш.Елтаева, Б.Қ.Искакова</i> .....	61
АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЗАЦИИ ЗАТЯЖНОЙ ФОРМЫ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПРОГРАММОЙ «СКРИНИНГ-ТЕСТИРОВАНИЕ» (МАТЕРИАЛЫ В ПОДДЕРЖКУ ПРОГРАММЫ ВОЗ (2006) «ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА») <i>А.Б.Пазыл, З.О.Апбасова, М.С.Кошкимбаева, Н.И.Кабанченко</i> .....	63
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДУКТАЛА MR 35 В СОЧЕТАНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ <i>П.Т. Доскараева, Б.С. Шилмурзаев, М.Б. Койбаков, С.К Сеильханова</i> .....	66
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ <i>П.Т. Доскараева, Б.С. Шилмурзаев, М.С. Алданазарова</i> .....	67

ЦИТОКИНОВАЯ НАГРУЗКА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ <i>Н.А.Каюпова, Ж.У.Султанова, Ж.А.Утешева</i> .....	68
СОДЕРЖАНИЕ ДЛИННОЦЕПОЧЕЧНЫХ АЦИЛКАРНИТИНОВ У ОПЕРИРОВАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Ж.У. Султанова</i> .....	70
ПОКАЗАТЕЛИ СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫХ ФРАКЦИЙ АЦИЛКАРНИТИНОВ У ОПЕРИРОВАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Ж.У. Султанова</i> .....	73
КРИТЕРИИ АДЕКВАТНОСТИ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ <i>Е.М. Миербеков, М.М. Батырханов, Д.С.Тугельбаев</i> .....	75
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Н.А.Сарыбаева</i> .....	77
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С КАНДИДОЗНЫМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>С.И. Сеитова</i> .....	81
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ - ФАКТОР РИСКА ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХСН <i>Б. А. Шортанбаева</i> .....	83
ЭФФЕКТИВНОСТЬ $\beta$ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Г.Б. Калдыбаева</i> .....	84
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕДСТВИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>Э.Т. Накипбекова</i> .....	85
СОЧЕТАНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ (ИРТ) С СУ ДЖОК ТЕРАПИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ЛХЭ) У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ НА НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛГЕТИКИ <i>Д. В. Цой</i> .....	88
СУ ДЖОК ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Д. В. Цой</i> .....	90
ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСОРИАЗА <i>М.Б.Кыстаубаев</i> .....	92
О ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА <i>Е.Т. Тулеев</i> .....	94
БИОС - НОВЫЙ СТАНДАРТ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ <i>Е.Т. Тулеев</i> .....	96
ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОИЗВОДНЫХ АМФЕТАМИНА МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ <i>Н.А. Ким</i> .....	97
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Б.Д. Сексенбаев, Ж.Ж.Баймухамбетов, Г.Д.Сексенбаева, Г.Р.Исакулова</i> .....	99
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>М.М.Рысбеков, М.Х.Бигалиев, М.Р.Есиркепов, Т.С.Шауенов</i> .....	100
ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨТ ТАС АУРУЫН ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ <i>М.Б. Аймагамбетов</i> .....	102
ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ <i>Г.А. Ахметова</i> .....	104

АНТРОПОГЕНДІ ГЕОХИМИЯЛЫҚ АЙМАҚТАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ БРУЦЕЛЛЕЗДЕ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖӘНЕ НЕСЕП БӨЛУ-ЖЫНЫС ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ <i>Ы.С.Молдалиев, А.Е.Мамутова.....</i>	106
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>К.А. Аскамбаева, А.Б.Пазыл, Б.К. Дауей, М.Ж. Кадырбаева.....</i>	107
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ <i>В. В. Ким.....</i>	109
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ <i>В. В. Ким.....</i>	111
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ <i>В. В. Ким.....</i>	113
АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН <i>Н.С.Жунусов, М.Б.Аймагамбетов, Б.А.Мендыбаев, В.В.Югай.....</i>	114
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ АУТОИММУННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>П.Т. Доскараева, Б.С. Шилмурзаев, Ж.Е. Садыкова, М.Б. Койбаков, С.К. Сельханова.....</i>	115
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА <i>М.Б. Аймагамбетов.....</i>	117
ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>У.К.Жумашев .....</i>	119
ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>Р.Н. Даирова.....</i>	123
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЭЭГ У ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ <i>Р.Н. Даирова.....</i>	124
ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ СИНОМАРИН НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА <i>Л.М. Нуржанова.....</i>	126
ПРИМЕНЕНИЕ СИНОМАРИНА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА <i>Л. М. Нуржанова.....</i>	127
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТАКСИМ-О ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ <i>Л.М. Нуржанова.....</i>	129
КОМПЬЮТЕРНАЯ МОРФОДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ НЕЙТРОФИЛОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ <i>А.Ж. Танирбергенова, Г.Г. Куттыкужанова, Ш.А. Балгимбеков.....</i>	130
УЧЕТ И ВЕДЕНИЕ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ АККРЕДИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ <i>Ш.К. Оспанова, О. Т. Жужжанов, Ш. А. Булекбаева, А. О. Абдрахманова.....</i>	133
АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХОБЛ <i>К.С.Идрисов.....</i>	135
РАК ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ <i>Р.Т.Тлеужан.....</i>	139
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ И ИХ РЕШЕНИЕ <i>Б.Б.Баймаханова .....</i>	140

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Т. С. Сартаев</i> .....	142
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>О.Т. Жүзжанов, З.А. Керімбаева</i> .....	143
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И «ПРЕРВАННЫЙ» ИНФАРКТ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МАКТАРАЛЬСКОЙ ЦРБ <i>М.А. Утеулиев</i> .....	145
ГЕМОСТАЗ И ГЕРМЕТИЧНОСТЬ РАНЫ ПРИ КАПИЛЛЯРНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ <i>У. Ш. Медеубеков</i> .....	147
РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ СПОСОБА ДИНАМИЧЕСКОГО ЭНДОВИДЕОАБЛЮДЕНИЯ <i>У.Ш. Медеубеков</i> .....	152
ФОРМАЛИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛОЖНОСТИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЕМ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Л.А. Бокерия., И.В. Самородская., И.И. Скопин., Е.С. Мырзакулов</i> .....	156
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА <i>И.В. Самородская., Е.С. Мырзакулов</i> .....	163
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНА: ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ <i>Л.А. Бокерия, И.В. Самородская, И.И. Скопин, В.А. Мироненко, Е.С. Мырзакулов</i> .....	169
<b>ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ АПТЕК В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ <i>К.С. Чолпонбаев, Н.П. Муратова</i> .....	174
СТРУКТУРА ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>З.А. Керімбаева</i> .....	177
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ЗИПРЕКС» НА СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Г.Ш. Карымсакова, А.А. Куттыходжаева</i> .....	180
ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРАКСОНА, АКТОВЕГИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>К.С. Дүйсенбиев</i> .....	181
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНАП В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ И ВЕДЕНИИ НАРКОЗНОГО ПЕРИОДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>К. С. Дүйсенбиев</i> .....	182
ХИМИЧЕСКИЕ ИЛИ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА <i>А. Сатыбалдиева</i> .....	183
Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршу кезеңінде кларитромицинді қолданудың нәтижелілігін бағалау <i>Ж.К. Нурмышев</i> .....	185
КАШЕЛЬ - ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ И СИМПТОМ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ <i>Д.А. Жумадилова</i> .....	187
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ <i>А.А. Туякбаев</i> .....	191

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «СИОФОРА 500 МГ» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Д.С.Бердиярова</i> .....	195
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМЫ ПРЕПАРАТАМИ «СКИН - КАП» <i>М.Б. Кыстаубаев</i> .....	196
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «СУМАМЕД» <i>М.Б.Кыстаубаев</i> .....	199
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «ГЕВИРАН» <i>М.Б.Кыстаубаев</i> .....	201
ГЭРБ. ПРИМЕНЕНИЕ ЛОСЕПРАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГЭРБ <i>Е.И.Липкина</i> .....	202
ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ АБОРТАХ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАВАМ <i>А.М. Алтынбекова</i> .....	204
ТІК ІШЕКТІҢ КЕЙБІР АУРУЛАРЫН «РЕЛИФ» ПРЕПАРАТПЕН ЕМДЕУ <i>М.Б. Аймагамбетов Е.М. Тауасаров</i> .....	205
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ иАПФ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АГ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Р.М.Жұбандықова</i> .....	207
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДЕ <i>Р.М.Жұбандықова</i> .....	209
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АЛЛЕРГИИ В РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА <i>Ж. У.Гүлімбетова, Г.М.Есеева, Р.А. Шаймерденова, Р.А. Шаймерденова</i> .....	211
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Ж. Гүлімбетова</i> .....	213
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАНТОПРАЗОЛА (ПАН-40) ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ <i>Ш.Б.Алиева</i> .....	216
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИФЕРРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>У.О Оразбаева</i> .....	217
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АТОРВАСТАТИН ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. <i>Г.А. Ахметова</i> .....	218
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА СЕЛЕНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>Р. С. Ахметова</i> .....	220
<b>ОБЗОР</b> ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ. <i>К.А. Намаева</i> .....	223
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С: НОВОЕ В ЭПИДИМИОЛОГИИ, МЕТОДАХ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ <i>Р.А.Таиров</i> .....	225
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН – ТРУЖЕНИЦ, ЗАНЯТЫХ В ХЛОПКОВОДЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>И.М.Тажимуратова</i> .....	229

БОТАНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ, ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДРУГИЕ ПОЛЕЗНЫЕ СВОЙСТВА РАСТЕНИЙ СЕМЕЙСТВА MORACEAE (ОБЗОР) <i>Б.К. Махатов, К.К. Орынбасарова, С.М. Кудайбергенова, М.М. Сапакбай, Б.Т.Мендибаев.....</i>	230
<b>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b>	
ГРУППОВОЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВОЙ В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Е.Д. Цой.....</i>	233
СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО С ОСТЕОМИЕЛИТОМ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА КОРТИКОСТЕРОИДОВ <i>Б.Т.Какиева.....</i>	234
ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Б.С. Шилмурзаев.....</i>	236
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА <i>Б.С. Шилмурзаев.....</i>	238
ПОЛНЫЙ МИНЕРАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЧВ МЕТОДОМ РАССЕЯНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ИЗЛУЧЕНИЙ <i>С.Б.Рысбаев.....</i>	239
ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ «ЛОЖНОГО СУСТАВА» БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ШГБСМП (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) <i>М.А.Усманов, К.Ж.Мусабай, М.Б.Усенов, Б.Ж.Карынбаев, А.К.Сайданов.....</i>	241
ҚЫРЫМ - КОНГО ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ (АҚПАРАТТЫ МӘЛІМЕТ) <i>С.А. Қалқабаева.....</i>	243
КРЫМСКАЯ - КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ) <i>С.А. Калқабаева.....</i>	250



**К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ**

1. Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, не более 30 строк на странице, с полуторным (1,5) интервалом между строками. Times New Roman Times New Roman KZ -12 кегль, поля сверху и снизу 2 см., слева 4 см., справа 2см.
2. Статья может содержать до 6 страниц машинописи, список использованной литературы (библиография), резюме на трех языках (на русском, английском и казахском, если статья на казахском языке; если статья на русском языке — резюме составляется на казахском, английском и русском языках; если статья на английском языке - резюме, соответственно, на казахском, русском и английском языках). Резюме должно быть составлено из нескольких предложений, отражающих суть проблемы, изложенной в статье. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.
3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения на официальном бланке (или заверенное печатью).
4. Вверху первой страницы статьи пишутся: УДК, инициалы и фамилии авторов, название статьи, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть подпись каждого автора с указанием должности, ученой степени, ученого звания (фамилии, имени, отчества, адреса и телефона).
5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на новой дискете (без вирусов и повреждений).
6. Фотографии, диаграммы, рисунки, сканируются и вносятся в текст на дискете по ходу статьи.
7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых не допускается. Меры даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.
8. Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках.
9. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.
10. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования не допускаются.

За дополнительной информацией и по всем интересующим вопросам обращаться по телефону 40-22-08, 40-82-22 (внутр.113).

E-mail: [UKGMA\\_Vestnic@mail.ru](mailto:UKGMA_Vestnic@mail.ru)

E-Mail: [medacadem@rambler.ru](mailto:medacadem@rambler.ru)

<http://www.ukgma.kz>