

# ХАБАРШЫСЫ

№ 2 (47), 2010

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан с мая 1998 г.

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

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и общественного согласия Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство № 106-ж от 20 01. 1998 года.  
ISSN 1562-2967

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

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

**Адрес редакции:**

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

**Факс: 40-82-19**

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

Тираж 50 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, доцент  
Арыстанов Ж.М., доктор форм.наук, профессор  
Баймахамбетов 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  
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор  
Малгаждарова Б.С. доктор мед.наук, профессор  
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор  
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

**Редакционный совет:**

Годлевский Л.С. (г. Одесса)  
Денисов И.Н. (г. Москва)  
Чернова Г.И. (г. Санкт-Петербург)  
Сангинов Д.Р. (г. Душанбе)  
Тахчиди Х.П. (г. Москва)  
Кульжанов М.К. (г. Алматы)  
Каратаев М.М.(г. Бишкек)  
Каусова Г.К. (г. Алматы)

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-001.41:611-018.1:616-092.4

## ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Б.М. Бекишев

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

## ТҮЙІН

Эксперименталді жануарларға қолдан жасалған ірінді-некрозды жараларының емдеу нәтижелерін салыстыру мақсатымен жара бетінің таңбалы-жағындысының цитологиялық зерттеуі «Шиншилла» тұқымдас 30 қоянға жүргізілді. Цитограммалардың сараптама талдауы мынадай нәтижелерді көрсетті: экспериментальді жануарлардың ірінді-некрозды жараларының жергілікті емінде поливалентті пиобактериофагты және поливалентті пиобактериофагты имозимазамен қосып қолдану, әдепкі емдеу әдісімен салыстырғанда, макрофагальді реакцияны күшейтеді, аяқталған фагоцитоздың үлесін ұлғайтады, жарада жасушалардың фибробласттық өсімділерінің пайда болуын үдетеді, репарациялық үрдістерді белсендендіреді; осының салдарынан жара үрдісінің бірінші кезеңі кішірейіп, жараның жазылу мерзімі қысқарады.

## SUMMARY

With a purpose of comparing results in treatment of simulated pus-necrotic injures a smears-test cytological examination was made on 30 «Chinchilla» rabbits. The cytoagrammic analysis has shown a macrophagal reaction increasing, a finished phagocytosis portion amplifying, cells fibroblastic growing because of using multivalent pyobacteriophage and multivalent pyobacteriophage – imosimase complex in local treatment instead of traditional treatment methods. This stimulates reparation processes and therefore injure process first phase and injures healing time were cut down.

**Актуальность темы.** Лечение гнойно-септических заболеваний достаточно большая многокомпонентная задача в каждом конкретном случае [1].

Динамический анализ цитограмм является одним из наиболее достоверных способов определения фазы течения раневого процесса, предложенный в свое время для определения сроков наложения вторичных швов. Цитологическая диагностика важна на любом этапе заживления, так как позволяет судить о характере морфологических изменений и состоянии неспецифических факторов защиты [2]. Успехи в изучении динамики раневого процесса имеют прикладное значение, состоящее в том, что, только точно представляя динамику морфологических и цитологических изменений в ране, можно подойти к разработке рациональных, высокоэффективных методов лечения ран и предупреждения возможных осложнений [3].

Для этой цели представляет большой интерес разработка способов применения фармацевтических композиций на основе поливалентных пиобактериофагов и иммобилизованных бактериальных протеиназ (имозимазы).

**Цель исследования** – сравнить цитологическую картину течения раневого процесса у экспериментальных животных.

**Материал и методы исследования.** При проведении экспериментального раздела исследований изучали эффективность применения пиобактериофага поливалентного (против Staphylococcus, Streptococcus, Proteus, Klebsiella, E. Coli, Pseudomonas aeruginosa) и сочетания пиобактериофага поливалентного с имозимазой при лечении гнойно-некротических ран, моделированных у кроликов. Эффективность местного лечения при использовании вышеуказанных нами препаратов в сравнении с традиционными методами оценивали на модели гнойной резано-размозженной раны мягких тканей бедра у 30 кроликов породы Шиншилла, самцов массой 2,6-3,4 кг, разделенных на три группы по 10 животных (две опытных и контрольную). При местном лечении животных контрольной группы использовались 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата (1:400) и трипсин. Кроликам первой опытной группы после санации на рану накладывалась повязка с раствором пиобактериофага поливалентного, животным второй опытной группы – повязка с раствором пиобактериофага поливалентного и раствором имозимазы активностью 50 ПЕ на 1 мл 1 раз в сутки.

Эффективность местного лечения оценивали с помощью цитологических мазков-отпечатков с раневой поверхности [2] на 1, 3, 5, 7 и 9 сутки лечения. При необходимости сроки забора цитологического материала удлинялись до 11, 13 и 15 суток.

**Результаты и обсуждение.** Цитологическая картина мазков-отпечатков моделированных гнойных ран у кроликов всех групп в исходном периоде характеризовалась интенсивным гнойным воспалительным процессом с миграцией из кровеносного русла значительного количества нейтрофильных лейкоцитов. Одновременно отмечались явления цитолиза, сморщивание и распад нейтрофильных лейкоцитов. В ряде препаратов отмечались обширные участки погибающих клеток и расплавляющихся волокон фибрина. Некротические процессы у большинства кроликов (76,7%) протекали на фоне стафилококковой инфекции. При этом микроорганизмы в ряде препаратов наблюдались в виде скоплений между клеточными элементами, а также в цитоплазме макрофагов и микрофагов. Часть микрофагов, нагруженных стафилококками, погибала и распадалась с сохранением на месте продуктов распада микробов. Клеточные элементы были представлены

полиморфно-ядерными нейтрофильными лейкоцитами ( $93,7 \pm 2,1\%$ ). Большинство таких клеток было дегенеративно изменено ( $97,2 \pm 2,7\%$ ). В цитограмме были выявлены сегментно-ядерные нейтрофилы в состоянии некроза и некробиоза. Ядра большинства нейтрофилов были в состоянии кариолизиса, кариорексиса. Характерно обилие клеточного детрита и микробной флоры как внутри, так и вне клеток. Такой массивный распад нейтрофильных гранулоцитов в очаге гнойного воспаления характеризует некротический и дегенеративно-воспалительный тип цитогаммы.

На третьи сутки лечения в контрольной группе кроликов отмечался дегенеративно-воспалительный тип цитогаммы, отражающий слабые признаки воспалительной реакции. В препаратах клеточный состав состоял из сегментно-ядерных и палочко-ядерных нейтрофилов, которые в большинстве своем находились в состоянии дегенерации и деструкции в виде кариолизиса, кариорексиса и цитолизиса. В некоторых мазках микрофлора располагалась скоплениями, местами определяли рассеянность их расположения.

На третьи сутки лечения в первой опытной группе кроликов обнаруживались признаки ослабления раневой инфекции. Преобладающими элементами были полиморфно-ядерные лейкоциты ( $73,1 \pm 2,9\%$ ), при небольшом количестве мононуклеарных клеток – макрофагов ( $5,4 \pm 1,6\%$ ), моноцитов, лимфоидных клеток ( $1,4 \pm 0,6\%$ ). Цитогамма соответствовала воспалительному типу.

Цитологическая картина на третьи сутки лечения во второй опытной группе кроликов характеризовалась ослаблением воспалительного процесса в тканях, что проявлялось достоверным уменьшением количества нейтрофильных лейкоцитов ( $79,1 \pm 4,1\%$ ). Одновременно ослабевали некробиотические изменения в нейтрофильных лейкоцитах, что свидетельствовало о более выраженном уменьшении интоксикации и нарушения обмена веществ. Цитогамма раны кроликов второй опытной группы на третьи сутки лечения соответствует воспалительному типу цитогаммы с более выраженным ослаблением воспалительного процесса по сравнению с контрольной и первой опытной группами.

На пятые сутки лечения, как и на седьмой день у кроликов контрольной группы при цитологическом исследовании мазков-отпечатков выявляется интенсивная экссудативная воспалительная реакция с явлениями незавершенного фагоцитоза, деструктивных форм нейтрофилов ( $77,5 \pm 4,1\%$  и  $69,2 \pm 4,3\%$ , соответственно), единичными макрофагами ( $2,7 \pm 0,6\%$  и  $3,2 \pm 0,4\%$ , соответственно) и преобладанием микробной флоры с элементами бактериолизиса. Цитологическая картина мазков-отпечатков соответствовала воспалительному типу цитогаммы.

Цитологическая картина на пятые сутки, как и на седьмые сутки в первой опытной группе характеризовалась уменьшением нейтрофильных лейкоцитов ( $73,1 \pm 2,8\%$  и  $65,4 \pm 3,3\%$ ) и увеличением клеточных элементов макрофагального ряда ( $10,3 \pm 1,2\%$  и  $11,4 \pm 1,4\%$ ) с признаками завершенного фагоцитоза, увеличением количества полибластов ( $7,6 \pm 0,5\%$  и  $8,9 \pm 1,1\%$ ) и появлением молодых фибробластов ( $5,2 \pm 1,1\%$  и  $7,3 \pm 1,3\%$ ), что соответствовало воспалительно-регенераторному типу цитогаммы. Микрофлора наблюдается в небольшом количестве в состоянии активного фагоцитоза.

На пятые сутки лечения во второй опытной группе кроликов воспалительная реакция практически отсутствовала. Значительно уменьшилось количество полиморфно-ядерных нейтрофилов ( $54,1 \pm 2,8\%$ ), преобладали про- и фибробласты ( $10,3 \pm 1,1\%$ ), полибласты ( $10,2 \pm 1,2\%$ ), молодые клетки грануляционной ткани, достоверно увеличилось число макрофагов ( $15,1 \pm 0,7\%$ ). Микроорганизмы практически не обнаруживались. Микроскопическая картина соответствовала регенераторно-воспалительному типу цитогаммы.

На седьмые сутки лечения во второй опытной группе цитологическая картина поверхности раны характеризовалась увеличением количества пучков и сетей волокон фибрина. По всему отпечатку достоверно уменьшалось количество нейтрофильных лейкоцитов ( $40,1 \pm 1,7\%$ ) и увеличивалось число полибластов ( $15,4 \pm 0,8\%$ ), про- и фибробластов ( $15,1 \pm 1,9\%$ ), макрофагов ( $17,5 \pm 1,1\%$ ), что соответствовало регенераторному типу цитогаммы.

В цитограммах на девятые и одиннадцатые сутки лечения в контрольной группе отмечалось достоверное уменьшение количества деструктивных полиморфно-ядерных лейкоцитов ( $60,1 \pm 3,7\%$ ), со значительным увеличением клеток макрофагального ( $6,3 \pm 0,3\%$ ) и фибробластического ( $3,5 \pm 0,8\%$ ) ряда. Цитологическая картина на девятые сутки лечения соответствовала воспалительно-регенераторному типу цитогаммы, а на одиннадцатые сутки – регенераторно-воспалительному и характеризовала нормализацию течения раневого процесса.

На девятые сутки лечения в первой опытной группе в мазках-отпечатках ран резко преобладают клетки грануляционной ткани, про- и фибробласты ( $12,4 \pm 2,1\%$ ), макрофаги ( $14,2 \pm 1,1\%$ ), полибласты ( $13,7 \pm 0,9\%$ ) и эпителий. Происходит начало процесса краевой эпителизации, представленный в виде характерных пластов светлых клеток с широкой цитоплазмой, что характеризует регенераторный тип цитогаммы. Микрофлора практически отсутствует.

На тринадцатые и пятнадцатые сутки лечения в контрольной группе, в мазках-отпечатках микрофлора практически не определяется. Уменьшается количество нейтрофилов ( $64,2 \pm 3,4\%$ ), увеличивается число тканевых полибластов ( $10,2 \pm 0,4\%$ ), фибробластов ( $7,1 \pm 0,7\%$ ), лимфоцитов ( $4,6 \pm 0,2\%$ ), а также макрофагов ( $9,8 \pm 0,5\%$ ). Микроскопическая картина соответствовала регенераторному типу цитогаммы.

Таким образом, анализ цитологических исследований показал, что лечение традиционными методами на значительный срок затягивало первую фазу раневого процесса, более длительно держались гнойно-

некротические и фибриновые наложения в ране, которые в эти же сроки были выражены достоверно меньше при местном лечении пибактериофагом поливалентным и тем более при сочетанном применении пибактериофага поливалентного и имозимазы. Переход к регенераторно-воспалительному типу цитограммы во второй опытной группе исследования происходит уже на 5 сутки лечения, в первой опытной группе – на 7 сутки, в контрольной – на 11 сутки, что достоверно быстрее в 2,2 раза ( $P<0,01$ ) и 1,6 раза ( $P<0,01$ ), соответственно.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция (издательство 2-е) – М.: Медицина, 1990. – 687с.
2. Покровская М.П., Макаров М.С. Цитология раневого экссудата как показатель процесса заживления ран. – М., 1942. – 42 с.
3. Моргунов Г.А., Бромбин А.И., Любарский М.С. Возможность прогнозирования течения воспалительного процесса после операции на брюшной полости //Значение гнойно-септических процессов в хирургии: Мат. Пленума проблемной комиссии по хирургии. – Красноярск. – 1991, – С.16-17.

UDK 612.111: 612.273.

#### ERYTHROCYTIC TRANSPORT OF GLUCOSE IN OXYGEN DEFICIENCY

*M.K.Kankozha*

*Kazakh national medical university named after Asfendiyarov C.D.  
(Republic Kazakhstan, Almaty)*

#### ТҮЙІН

Мақалада оттегінің тапшылығы кезіндегі эритроциттердің глюкозаны тасымалдау қызметі зерттелді. Зерттеу барысында оттегінің тапшылығы кезінде кан көрсеткіштерінің өзгеруімен қатар, эритроциттердің адсорбциялы-тасымалдау қызметінің өзгеретіні анықталды.

#### РЕЗЮМЕ

В статье был изучен эритроцитарный транспорт глюкозы при кислородной недостаточности. Данные исследования свидетельствуют о том, что при кислородной недостаточности, в плазме изменяются показатели не только красной крови, но и адсорбционно-транспортная функция эритроцитов.

Erythrocytes, which are the most numerous part of the formed elements of blood, are small concave-concave discs filled with hemoglobin. They play a big role in transferring not only oxygen and CO<sub>2</sub>, but also other substances.

The transport function of erythrocytes is substantially more complication than it was represented earlier. The studies of recent decades showed, the transport function of erythrocytes is not limited on the surface membranes. Erythrocytes adsorb from plasma glucose, amino acids, proteins, lipids and transfer them to the tissues [1, 2, 3].

**Glucose** – the main indicator of carbohydrate metabolism, i.e., primary source of energy in organism. The brain and erythrocytes completely depend on glucose level. More than a half of the energy which expend our organism is formed due to the oxidation. Consequently, the concentration of glucose in organism plays leading role in energy metabolism and its support at the proper level is essential and determining for the vitality. The concentration of glucose in the blood is determined by the balance between its expense and arrival from the food or as a result synthesis in the organism.

The organism of the animals and human constantly undergoes the unfavorable actions of environment, some of them have a nature of extreme, for example one of them - hypoxia.

Hypoxia occurs very frequently and serves as a pathogenetic basis or an important component of many diseases. Hypoxia – common condition which appears both under the conditions of the insufficiency of oxygen in inhaled air, and as a result of the most varied pathologic processes, connected with the functional insufficiency of respiratory and cardiovascular systems, the disease of the liver, kidneys, endocrine system, etc.

The manifestations of hypoxia can considerably vary depending on etiology, degree, speed of development and duration of hypoxic state, reactivity of organism. In this case occur reduction in the delivery of oxygen to the cloths, damage of metabolism and structure of cells, and also adsorptive - transport properties of erythrocytes [4, 5, 6, 7, 8, 9].

The purpose of the present investigation is the study of the erythrocytic transport of glucose with hypoxia in the experiment.

**Materials and the methods.** Experiments were conducted on 64 pedigreeless puppies before one month weighing 1.8-2.5 kg, which were divided into 2 groups: the 1st group – control group, and for animals of the 2nd group was invented the model of hypoxia.

Blood was separated into plasma and erythrocyte sediment to determine the concentration and content of glucose in the blood plasma and on the surface of erythrocytes.

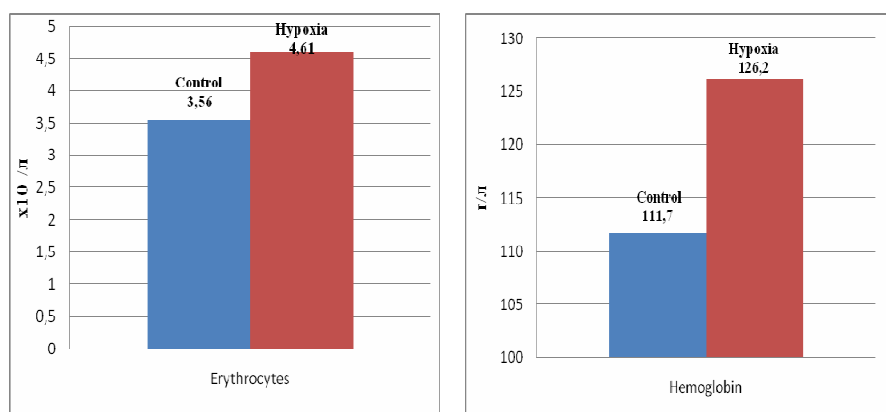
Blood was centrifuged for 5 minutes at 1500 rpm for adsorbed substances from the erythrocyte sediment. Thus one part of erythrocytic mass diluted in a volume ratio to three parts of 3% solution of sodium chloride.

The obtained single washing from erythrocytes (suspension) gently mixed and incubated at 37 °C for 5 minutes for the full flush of molecules associated with membrane of erythrocytes. Then erythrocytic suspension was centrifuged at 1500 rpm for 5 minutes. As a result of this procedure in erythrocyte washout passed the substances adsorbed on membrane of red blood cells and supernatant (washing) was transferred into clean tubes [of 10, 11, 12].

Biochemical blood analysis was conducted on the unit “Automatic biochemical analyzer “BioSystems A-25” (Spain)”.

Static processing has been done on the computer. The criteria of Student t - was significant at  $P < 0,05$ .

**Results of the study and discussion.** As a result of studies in the 2nd experimental group of animals on a background of hypoxia, where the number of erythrocytes significantly increased at 29,4%, and hemoglobin level of 12,9% as compared with the control group (Pic. No. 1 and no.2).



According to study in blood plasma in the 2nd group in comparison with the control group observed a significant increase of glucose to 5,35±0,11 mmole/liter (control 4,52±0,09 mmole/liter). The percentage of glucose content of glucose in the washings significantly increased by 36% compared with the control group.

Existing set of indicators and adsorptive-transport function of erythrocytes against hypoxia, that adsorption and transport of substances in red blood cells a compensatory mechanism in response to the action of unusual environmental factors on the organism.

Research findings indicate that during experimental hypoxia in the plasma increases not only the red blood but also the adsorptive-transport function of erythrocytes.

#### LITERATURE

1. Chernitskiy E.A., Vorobey A.V. “Structure and function of erythrocytic membranes”. Minsk. “Science and technology”. 1981 year, page no.213
2. Konev S.V., Chernitskii K.A., Aksentsev S.L. Nondenatural of structural of transitions of of proteins and biological of membranes //Mol. Cell Of biochim. - 1975. - Vol.7. - P. 5-17.
3. Konev S.V., Bolotovskiy I.D. “Structural reconstructions of biological membranes”. “Structure, function and the methods of the study: scientific collection. Moscow, 1977. Pages 42 - 76.
4. Losev N.I. “Hypoxia”. BME, 1977 - 5- page 491.
5. Lukyanova L.D. “Bioenergetic hypoxia: concept, mechanisms and the methods of correction”. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 1997 - 9 – pages 244-253.
6. Kolchinskaya A.Z. Brief history and current state of the science of hypoxia / Abstracts Intl. Conf. "Adaptation of organism to the natural and eco-social environmental conditions. Bishkek, 1998.- part 1.-page 96.
7. Agadzhanyan N.A., Avtandilov G.G., Aleksandrova S.S. Morphofunctional study of the brain of animals with different individual resistance to hypoxia // Bulletin of Experimental Biology. and medicine. - 1986. - № 5. - Pages 531-533.
8. Kuznik B.I, Maksimova O.G //General Hematology. Hematology of childhood. Rostov-on-Don, 2007 - Page 573.
9. Gareev R.A. //Supplement to the Theory of blood-tissue-lymph metabolism// International Symposium "Modern Problems of Lymphology". Almaty, 2009 - P.23-24.
10. Zverkova E.E. //Blood supply of the myocardium and resistance to hypoxic hypoxia during training - hypercapnic effects. Alma-Ata, 1982
11. Gareyev R.A., Murzamadiyeva A.A., Sadykova H.M., Achmetova B.S., Fyzulina F.R. Technique of the analysis of an output of glucose from blood into tissue // International symposium. Biological motility: modern methods for studying. Pushchino, 1998, P. 43 - 44.
12. Makarushko S.G. //Adsorption of organic substances in the erythrocytes in the acute changes in blood circulation. Almaty, 2004.

УДК 616-053.3

## АНАЛИЗ МАТРИЦЫ «BABIES» ПО ЮКО

Б.С. Малгаждарова, И.М. Глазбная, Г.Ж. Нурмухамедова, Н.Л. Шатаева, С.Б. Аккошкарлова, А.К. Аликул,  
А.Ш. Бапахова

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Управления здравоохранения ЮКО, г.Шымкент

Областной перинатальный центр, г.Шымкент

Центральная районная больница, с Темирлановка, Ордабасинский район ЮКО

## ТҮЙІН

Мақалада ОҚО бойынша соңғы 2 жылдағы BABIES матрицасының талдау мәліметтері көрсетілген. Антенаталды және интранаталды кезеңдерде жүкті әйелдердің күтімінің жақсарғаны ал, ана денсаулығы жағдайының төмендегені анықталды. Кеш неонаталды кезеңдегі нәрестелер күтімі күрделі мәселе болып отырғаны анықталды (7-27 тәулік).

## SUMMARY

In this article the data of matrix BABIES analyses for last two years in South Kazakhstan region were described. Some improvements of antenatal and intranatal cares for pregnant women were detected. The conditions of mother's health have tendencies to aggravation. There is a problem of newborn care in late neonatal period (7-27 days).

Охрана здоровья матери и ребенка остается приоритетным направлением социальной политики Республики Казахстан. За последние годы в республике отмечается рост рождаемости, стабилизация показателя смертности, наметилась положительная тенденция увеличения средней продолжительности жизни населения. Уровень младенческой смертности имеет устойчивую тенденцию к снижению. Так, если показатель 1993 года составлял 28,0 на 1000 родившихся живыми, то в 2006 году он снизился до – 13,9. Показатель детской смертности (среди детей от рождения до 5 лет) составил 17,6 на 1000 родившихся. Основными причинами младенческой смертности являются состояния, возникшие в перинатальном периоде (47%), инфекции (26,9%), врожденные пороки развития (далее - ВПР) (10,4%), несчастные случаи (0,9%). В структуре младенческой смертности состояния, возникшие в перинатальном периоде, составляют почти половину всех потерь детей до 1 года. В стране реализуется программа поощрения, поддержки и охраны грудного вскармливания, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 июля 1997 года №113.

В Казахстане смертность в перинатальном периоде обусловлена, в основном, предотвратимыми причинами. Основные потери (более 67%) приходятся на детей с массой тела 2000 грамм и выше, и вызваны асфиксией, инфекциями и родовыми травмами. Указанные причины вполне предотвратимы и отражают качество оказываемой перинатальной помощи в системе родовспоможения. Они являются, прежде всего, следствием неправильного выбора тактики ведения родов, а также неадекватной первичной реанимации, интенсивной терапии и ухода за новорожденными. На основании распоряжения Премьер - Министра РК от 01.03.2006 г. №38-р «Об утверждении Плана мероприятий по переходу РК на критерии живорождения и мертворождения, рекомендованные ВОЗ» и приказа ДЗ ЮКО №168-п от 02.03.2007 г. «О создании рабочей группы», специалисты работают над улучшением качества акушерской и перинатальной помощи в области на фоне внедрения критериев живорождения ВОЗ(1).

**Цель этой работы** – проведение анализа эффективности перинатальной помощи в ЮКО на основании матрицы BABIES за последние 2 года.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективный и проспективный анализ данных неонатальной службы по области за последние 2 года(2008-2009 годы).

**Результаты:** Матрица BABIES это легко адаптируемый инструмент, позволяющий менеджеру программы собирать, систематизировать и преобразовывать данные в информацию для выбора наиболее приемлемых видов вмешательств. Матрица BABIES позволяет лучше познать население, которое обслуживается учреждением, а также эффективность работы данного учреждения. На рисунке №1 приведена

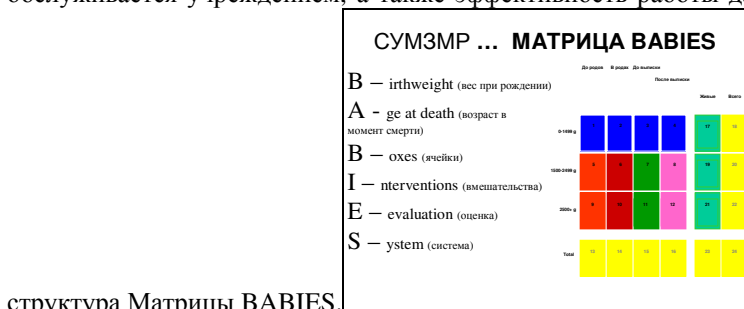


Рисунок №1 – структура Матрицы BABIES

Матрица BABIES дает возможность анализировать смертность у новорожденных на основании необходимого объема вмешательств на различных этапах оказания перинатальной помощи, в том числе и в младенческом периоде.

На рисунке №2 указан объем вмешательств с целью улучшения показателей.



Рисунок №2 – объем вмешательств.

Для анализа матрицы экспертами ВОЗ предложены 5 концепции.

Концепция 1	Время: возраст в момент смерти плода /новорожденного
Концепция 2	Весовая категория при рождении или размеры плода/новорожденного при рождении
Концепция 3	Двухмерное мышление – матрица “вес при рождении” и “возраст в момент смерти”
Концепция 4	Интерпретация клеток в матрице BABIES и их группирование в Пакеты вмешательств
Концепция 5	“Потенциал улучшения”

Таблица №1 - 5 концепций BABIES

На рисунке №3 приведены данные Матрицы BABIES за 2008 г.по ЮКО.

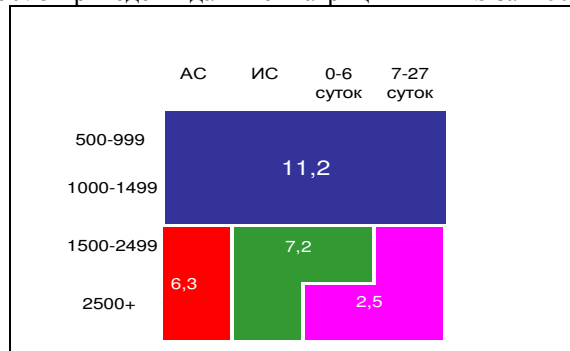


Рисунок №3 - данные Матрицы BABIES за 2008 г.

На рисунке №4 приведены данные Матрицы BABIES за 2009г. по ЮКО.

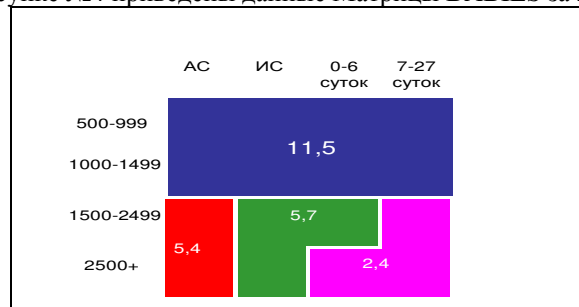


Рисунок №4 - данные Матрицы BABIES за 2009г.

При сопоставлении данных двух матриц выявлено, что имеется улучшение ухода в анте - и интранатальном периодах. Состояние здоровья матерей несколько ухудшилось, так как суммарный показатель увеличился от 11,2 до 11,5. Поздний неонатальный уход остается на тех же уровнях, однако требуется дальнейшее усовершенствования и улучшения работы в детских поликлиниках по всей области.

**Выводы:** Внедрение новых инновационных технологий по всей области позволило улучшить анте - и интранатальный уход.

Состояние здоровья матерей по области из года в год не улучшается, требуется усиление профилактических мер совместно с другими специалистами. В позднем неонатальном периоде также необходимо усиление работы по улучшению показателя.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Малгаждарова Б.С., Федорова Э.И., Абдурасимова З.А. и др. Роль матрицы BABIES при внедрении эффективных перинатальных технологии в ОПЦ Южно-Казахстанской области. \ В сб. «Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии». – Алматы.-2008. - с. 222-225.

УДК 614.44.6.1: 658.56: 339.543.622

**УСИЛЕННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА БЕЗОПАСНОСТЬЮ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ С ВХОЖДЕНИЕМ КАЗАХСТАНА В ЕДИНЫЙ ТАМОЖЕННЫЙ СОЮЗ**

*А.С. Кидырова, В.Н.Губарева, Г.Д.Есембекова, Л.З.Белгибекова*

*РГКП «Южно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» МЗ РК, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

«Кедендік одақтың санитарлық шаралар туралы келісімінің» қабылдануына және тауарлардың біріккен тізіміне байланысты кедендік одақтың қадағалауына кіретін тауарлардың әкелінуі тек қана аккредитациядан өткен зертханаларда өнімдердің қауіпсіздігін санитарлық – эпидемиологиялық сараптама жүргізілгеннен кейін жүзеге асырылады.

## SUMMARY

With acceptance of «Agreements of the customs union on sanitary measures» and the uniform inventory, import and the reference of the under control goods of the customs union will be carried out only at conducting by results of sanitary-and-epidemiologic examinations on safety production, lead in the accredited laboratories.

В настоящее время в республике внедряются новые требования в отношении безопасности продукции для жизни и здоровья людей, принимаемые в развитых странах мира.

В связи с вступлением Республики Казахстан в единый Таможенный союз, в 2009 году принят ряд основных документов и постановлений Правительства Республики Казахстан: «Соглашение таможенного союза по санитарным мерам», Правила по запрещению ввоза, а также производства, применения и реализации на территории Республики Казахстан продукции, предназначенной для использования и применения населением, а также в хозяйственной деятельности» от 30 декабря 2009 года № 2267, подготовлен Единый перечень продукции, подлежащей обязательной оценке (подтверждению) соответствия и др. В целях выполнения настоящего Соглашения и постановлений правительства РК на органы санитарно-эпидемиологического надзора (далее ГСЭН) и центры экспертизы возлагаются основные задачи:

- по обеспечению охраны таможенной территории таможенного союза от завоза и распространения инфекционных и массовых неинфекционных болезней (отравлений) среди населения, продукции (товаров), не соответствующей санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям;

- усиления контроля за ввозимыми и производимыми товарами, недопущению ввоза и оборота опасных для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольных товаров.

Работы в этом направлении проводились согласно Постановления Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил осуществления контроля за соответствием пищевой продукции в процессах (на стадиях) ее разработки (создания), производства (изготовления), оборота, утилизации и уничтожения, за соответствием процессов (стадий) разработки (создания), производства (изготовления), оборота, утилизации и уничтожения пищевой продукции требованиям, установленным законодательством Республики Казахстан» от 25.03.2008г. № 285.

Так, по данным отчетного 2009 года санитарно-эпидемиологической службой РК забраковано и снято с реализации 2171613 кг различных пищевых продуктов и сырья, что в 2,4 раза больше, чем в прошлом году (в 2008г. – 902644 кг). Из них произведено в Республике Казахстан: 1143270 кг – 52,6% (в 2008 г. – 50%), ввозимых из других стран: 1028343 кг – 47,4% (в 2008 г. - 50,0%), в т.ч. по ЮКО соответственно объем забракованной продукции составил - 796 кг, из них произведено в РК – 491 кг, ввозимых из других стран -305 кг. Сравнивая объемы забракованных продуктов в течение трех лет: с 2007 по 2009г., можно заметить, что в целом по Южно-Казахстанской области как и по республике количество недоброкачественной продукции значительно возрастает. Не уменьшается объемы продукции и товаров ввозимых из других стран.

В целом по забракованной продукции наибольшее количество приходится на напитки – 86,8% (ЮКО – 20,5 %) . Остальные забракованные продукты составили 13,2%. Из них: сахар, кондитерские изделия – 6,3% (1,2 %), мясо, мясопродукты – 3%, птица, яйца и продукты их переработки – 0,9%, плоды, овощи и бахчевые культуры – 1,2%, прочее сырье и продукты питания – 2,8%, оставшаяся продукция – менее 1%. Анализируя причины забракованной продукции, следует отметить, что основными причинами явились реализация продуктов питания с истекшими сроками годности и несоответствия продукции по бактериологическим и физико-химическим показателям. Анализируя результаты лабораторного контроля за качеством и безопасностью сырья и пищевых продуктов, товаров народного потребления за последние три года, следует отметить: процент положительных находок в течение 2007, 2008 и 2009 годов по санитарно-гигиеническим показателям в целом находится примерно на одном уровне: 2,8%, 2,8% и 2,3%, по нестандартным



бактериологическим показателям наблюдается некоторое снижение: 3,8%, 3,4% и 3,3% соответственно за 2007, 2008, 2009г.

В течение 2009 года продолжалась работа по контролю за товарами детского ассортимента. В ЮКО проводились совместные рейды с другими контролирующими органами по торговым точкам (рынки, магазины и т.д.) с целью выявления некачественных товаров детского ассортимента, стран и предприятий-изготовителей с целью предотвращения поступления некачественной продукции на рынок Казахстана. Удельный вес запрещенных детских игрушек в текущем году составил 7,7%, что незначительно выше прошлогоднего показателя (6,5%). Из общего объема проведенных исследований за 2009 год опасной продукцией по ЮКО являются товары детского ассортимента производства КНР (детские игрушки, одежда, обувь).

Полученные данные свидетельствуют о том, что эта группа товаров по-прежнему остается наиболее неблагополучной из всех видов контролируемой продукции. Удельный вес забракованных детских игрушек (6,5-7,7%) из года в год значительно превышает аналогичный показатель по другим видам продукции (0,4 – 2,8%). Как и в предыдущие годы, наиболее часто детские игрушки не соответствуют гигиеническим требованиям из-за плохой фиксации красителя, миграции в модельные среды вредных химических веществ (формальдегида, фенола, стирола, эфиров фталевой кислоты, солей тяжелых металлов). Так за отчетный год было запрещено 18 образцов, которые не соответствовали санитарно – гигиеническим нормативам СанПиН № 7.02.003.97 «Допустимые количества миграции /ДМК/ химических веществ, выделяющихся из полимерных и других материалов». С принятием «Соглашения таможенного союза по санитарным мерам» и единого перечня товаров, ввоз и обращение подконтрольных товаров таможенного союза будет осуществляется только при проведении и по результатам санитарно-эпидемиологической экспертизы, наличии документа, подтверждающего безопасность продукции (товаров), в том числе лабораторных испытаний, проведенных в лабораториях, аккредитованных в национальных системах аккредитации государств Сторон.

С введением в действие Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» с 2010 года для оценки соответствия деятельности ЦСЭЭ установленным стандартам вместо процедуры аттестации вводится аккредитация лабораторий. Учитывая требования принятых и действующих документов в Республике Казахстан, нашим руководством приняты все меры по переходу на международные стандарты. В частности, на данный период деятельности РГКП ЮКО ЦСЭЭ - является аккредитованным центром в соответствии с требованиями международного стандарта СТ РК ИСО/МЭК 17025-2007 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий» (Аттестат №KZ.7100000.06.09.00627), что дает право нашей службе на проведение не только санитарно-эпидемиологической экспертизы, но и осуществлять на договорной основе сертификационные испытания по заявлению граждан и юридических лиц.

Особенностью данной аккредитации является внедрение и поддержание системы менеджмента в соответствии с областью своей деятельности. Так, с 2009 года в РГКП ЮКО ЦСЭЭ внедрена и успешно функционирует система менеджмента качества в соответствии с требованиями СТ РК ИСО 9001. Проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы, ответственная процедура, подтверждающая безопасность продукции (товаров).

Основной задачей лабораторных центров при проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы является обеспечение выполнения достоверных лабораторных исследований и в полном объеме действующей номенклатуры исследований. В целях реализации приоритетных направлений, эффективности проведения государственного санитарного надзора и санитарно-эпидемиологической экспертизы нашей службе предстоит в дальнейшем активизация мероприятий по переходу на международную систему аккредитации, как и все нововведения, предполагается дополнительные вложения определенных средств (переоснащения лабораторий, повышения квалификации кадров, внедрения международных стандартов).

Несмотря на трудности в преодолении сложившихся стереотипов в сфере аккредитации, РГКП ЮКО ЦСЭЭ предпринимает уверенные шаги в этом направлении, решая основные задачи: активно внедрять в практику новые методики и использовать современное оборудование; активно использовать меры государственного регулирования в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов; совместно с юридическими и физическими лицами внедрять системы управления качеством и безопасностью (ИСО, HASSP-система); внедрять основы гигиенических знаний по вопросам безопасности пищевых продуктов, товаров; освещать в средствах массовой информации о заболеваниях пищевого происхождения, совершенствовать гигиеническое воспитание и образование граждан.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Астана, Акорда, 18 сентября 2009 года, № 193-IV ЗРК
2. Закон РК «О техническом регулировании», от 9 ноября 2004г., №603
3. СТ РК ИСО/МЭК 17025-2007 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий»
4. СТ РК ИСО 9001-2009 «Системы менеджмента качества. Требования», дата введения 2010-07-01, изд.Комитет по стандартизации, метрологии и сертификации Министерства экономики и торговли Республики Казахстан (Госстандарт), Астана.

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 163.16:613.64

## ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ПЫЛЕОБРАЗОВАНИЯ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПЛОЩАДКАХ ПРИ ОТКРЫТОЙ ДОБЫЧЕ МАРГАНЕЦСОДЕРЖАЩЕЙ РУДЫ

*К.И.Садыков**Карагандинский государственный университет им. Е.А.Букетова, г.Караганда*

## ТҮЙІН

“Мырыш кұранды рудаларды өндірудегі ашық қазба жұмыстарында өндіріс алаңында пайда болатын шанды бағалау және гигиеналық сипаттау”. Жәйрем қалашығы полиметалдық руданың ашық өнімдерінің тікелей әсері, сондай-ақ кен байыту және сұрыптау фабрикасынан келіп түсетін өнімдердің әсері аумағында болады.

## SUMMARY

Hygienic characteristics and assessment of dust emissions at industrial sites in open pit manganese ore and its effect on the settlement Zhairam, which is located in the zone of influence of open – polymetallic ore is described in this article.

При открытом способе добычи полезных ископаемых все основные технологические процессы сопровождаются выделением пыли: а) при бурении; б) при экскавации; в) при работе автотранспорта. Кроме того, определенное значение для загрязнения карьера пылью имеют взрывные работы, сдувание пыли с бортов карьера, с внешних отвалов, автодорог и поступление пыли от других внешних источников (1,2). Наиболее крупными месторождениями по добыче марганцевой руды является Ушкатын III. Причем, добываются и перерабатываются высококачественные, т.е. преимущественно окисленные марганцевые руды, развитые в верхних частях месторождений и не требующих больших затрат на обогащение и разработку. За последнее десятилетие Казахстан начал наращивать объемы добычи марганцевых руд и занял особое место в горно-металлургическом комплексе Республики. Высококачественная руда со средним содержанием марганца до 40% заключена в месторождениях Ушкатын III и Камыс на которые приходится всего 0,2% всех запасов марганца. На Ушкатыне III добычей марганцевых руд занимается компания ОАО «Жайремский ГОК».

В связи с исчерпанием основной массы окисленных руд, начиная с 2001 года осуществляется добыча и обогащение первичных марганцевых руд. Так, в 2002 году на руднике добыто всех сортов руд в объеме 1359 тыс. т, в том числе 712 тыс. т первичных марганцевых руд со средним содержанием марганца в добытой руде-22,18%.

В настоящее время в технологии добычи руды особое внимание уделяется совершенствованию процессов выемки и погрузки. С увеличением мощности карьера, расширением границ горных работ одной из важнейших задач является повышение эффективности действующих транспортных схем (3). Это связано с большими затратами на транспорт, доля которых в себестоимости 1м<sup>3</sup> горной массы составляет более 70%. На карьере используется комбинированная продольно-поперечная разработка, что позволяет интенсивно производить выработку руды при минимальном разноразнонии границ. При этом фронт добычных работ двигается по простиранию рудных залежей, а фронт вскрышных работ по продольно-поперечным направлениям. Это наиболее оптимальный вариант позволяющий снизить пылевую нагрузку на окружающую среду. Вместе с тем, оптимизация ширины рабочих площадок и концентрация в ограниченном пространстве выемочно-погрузочных механизмов способствует накоплению пыли на рабочих местах.

Технология разработки на руднике Ушкатын III обусловила внедрению мобильного и производительного оборудования. В этих условиях в основном используют гидравлические экскаваторы с дизельным приводом. Введение в рабочую зону автономных и маневренных (скорость передвижения 4 км/час) гидравлических экскаваторов интенсифицирует и упрощает производство. При использовании этого вида оборудования применяют двухстороннюю установку автосамосвалов под погрузку, что значительно увеличивает производительность экскаваторов и скорость продвижения фронта работ. С увеличением границ горных работ усиливается нагрузка на объекты окружающей среды выхлопными газами за счет интенсивного роста транспортных движений. На указанном месторождении породы вскрыты в виде карьера глубиной – 106 м, длина карьера – 1700 м, ширина – 900 м. Соответственно, в осушенном состоянии стенки карьера хорошо стоят в 12-метровых уступах при общем угле откоса карьера 35-40°.

Физические свойства почвы карьера, естественная влажность изменяется от 3,1 до 23,9%, предел раскатывания от 15,8 до 29,4%, удельная плотность от 2,42 до 2,66 г/см<sup>3</sup> пористость 19,3-44,4%, коэффициент водонасыщения 0,12-1,0. На глубине отбора на уровне 1,6-1,7 м в основном встречается глина пылевая; на уровне 3-4,0 м – глина жирная; на уровне 4,5-5,6 – глина пылеватая; 11,2-17,7 м – суглинок тяжелый, пылеватый. При увеличении глубины карьера производительность самосвалов падает ввиду более тяжелого условия труда, но объем выброс вредных веществ возрастает. Снижение производительности наступает вследствие возрастающего расстояния транспортирования руды и высоты подъема горной массы. На руднике

используют следующие типы автосамосвалов 40-тонные БелАЗ-7548, 12-тонные КамАЗы и КраЗы. Типы руды на Ушкатыне III: окисленные марганцевые руды состоят из минералов пиролюзит-вернадит-псиломелановые; железо-марганцевые руды состоят из следующих минералов: гетит-гематит-псиломелановые. Накопление вредных выбросов связано с буровзрывными работами, минералогическими особенностями перерабатываемой горной породы. При этом ведущая роль принадлежит пыли, усиленно образующееся при добычи и погрузке с экскаватора на многотонажные машины.

Содержание пыли в кабинах экскаваторов составляет от 0,3 до 30 мг/м<sup>3</sup>, при наиболее часто встречающиеся концентрации 1,2-8,2 мг/м<sup>3</sup>. Концентрация пыли в машинном отделении экскаватора и на площадках (на расстоянии 10-20 м от ковша) примерно такие же как и в кабине. При бурении выделение пыли происходит за счет разрушения породы или руды и поступления в воздух буровой мелочи, удаляемой из скважины. Концентрация пыли в воздухе колеблется от 3 до 12 мг/м<sup>3</sup> и зависит от скорости бурения, крепости породы, а также направления и скорости движения воздуха. При работе автотранспорта пылеобразование на дорогах зависит в основном от их благоустройства и состояния поверхности. В работе самосвалов при различных процессах и хорошем увлажнении автодорог концентрация пыли колеблется от 3 до 5 мг/м<sup>3</sup>, а при погрузке или разгрузке горной массы – до 10 мг/м<sup>3</sup>. На многих карьерах запыленность воздуха летом несколько выше, чем зимой, весной и осенью, когда пылеобразование снижается за счет увеличения влажности горной массы при выпадении осадков и таяния снега.

Основными вредными факторами определяющими возникновение хронической интоксикации является пыль сложного состава, марганец, свинец. В зоне дыхания концентрация химических веществ на рабочих местах значительно превышало допустимую нагрузку. Полученные данные могут свидетельствовать об особенностях формирования ответной реакции со стороны организма работающих, подвергающегося влиянию пыли, марганца, свинцу, обладающих раздражающим, токсическим, сенсibiliзирующим, мутагенным кумулятивными действиями.

Для качественной оценки загрязнения атмосферного воздуха использованы следующие критерии – СМ (стандартный индекс- наибольшая максимальная разовая в концентрации любого вещества, деленного на ПДК). НП (наибольшая повторяемость превышения ПДК любыми веществами в городе %) И 3 А 5 ( индекс загрязнения атмосферы по пяти ингредиентам ) стандартная градация (табл.1.)

Градация	Загрязнение воздуха	Индекс	Оценка за год.
I	Низкое, мало влияет на здоров.	СМ НП % ИЗА5	0-1 0-9 0-4
II	Повышенное	СМ НП % ИЗА5	1-4 10-19 5-6
III	Высокая, неблагоприятное для здоровья.	СМ НП ИЗА5	5-10 20-49 7-13
IV	Очень высокое очень неблагоприятное для здоровья	СМ НП ИЗА5	>10 >50 >14

Таблица. 1. Критерии оценки загрязнения атмосферного воздуха

Вещества		2004	2005	2006
Пыль	Макс	4,400	4,5	4,4
	Сред.сцт.	0,9	1,2	1,03
Диоксид серы	Макс	0,5	0,6	0,7
	среднее	0,0014	0,015	0,012
Оксид углерода	Макс	8,3	6,2	7,0
		1,1	1,0	1,2
Оксид азота	Макс	0,63	0,3	0,28
		0,22	0,03	0,12
Формаль	Макс	0,06	0,05	0,07
	с.суш.	0,009	0,009	0,01

Таблица. 1.2. Характеристика атмосферного воздуха п.Жайрем за 2004-2006.

Анализ загрязнения атмосферного воздуха показал, что максимально разовая концентрация пыли значительно превышает ПДК и критерий оценки СМ находится в пределах 29, что относится к очень высоким загрязнением. По критерию оценки нестандартных проб также превышает по пыли и составляет: от 29 до 43%. По индексу загрязнения (ИЗА5) предел колебания находится в пределах 5-6,6, что относится к высокому неблагоприятному отклонению.

Показатели	2004	2005	2006
Сu	29	20	23
НП%	29-43	40	40
ИЗА5	6,6	7	7

Таблица 1.3 Критерии оценки загрязнения атмосферного воздуха п. Жайрем по концентрации пыли.

По критерии загрязнении атмосферного воздуха-по пыли п. Жайрем относится к IV градации т.е. очень высокое загрязнение неблагоприятное для здоровья. Химический состав пыли показал, что ведущим элементом является марганец, что составило 15%. По дисперсности пыли анализ позволил выявить, что мелко дисперсная пыль составляет 70-80%. Таким образом, результаты исследования атмосферного воздуха п. Жайрем показали, что по качественным критериям Сu; НП; ИЗА5 относится к неблагоприятному региону для здоровья населения. При загрязнении атмосферного воздуха необходимо учитывать роль автотранспорта, особенно крупнотоннажных грузовиков тина Белаз, Камаз, осуществляющих перевозку руды. По структуре выбросов, как источник загрязнения, большегрузные машины составляют до 70%. Интенсивность движения составляет от 80 до 100 единиц в час. Влияние транспортных выбросов проявилось на расстоянии 1-2 км от автокраны и распространяется на высоту 300 и более метров.

В отходящих газах автотранспортов имеются в наличии окись углерода, оксиды азота, углеводороды, сажа, соединения металлов. Использование антидетонационных добавок, содержащих свинец, приводит к тому, что автотранспорт является основным источником выбросов свинца в атмосферу в виде аэрозолей неорганических солей и оксидов, что способствует значительному загрязнению почвы. При использовании неэтилированных сортов бензина в выделенных продуктах сгорания содержится Mn, Cd, Ni.

Эколого-гигиенический мониторинг почвы п. Жайрем, а также прилегающих территорий к открытой разработке, указывает санитарное неблагополучие по концентрации металлов, оказывающее неблагоприятное влияние на условия проживания и здоровье населения.

Удельный вес проб почвы неответчающих гигиеническим в целом по поселку Жайрем указано в таблице 2.

	Объект исслед.	Санитарно – химические показатели		
		2004	2005	2006
1 зона	Почва в зоне влияние Са	30,5	24,3	34,5
2 зона	Почва в селите зоне	20,3	28,4	36,5

Таблица 2 Удельный вес проб, проб почвы, не отвечающим гигиеническим требованиям (% нестандартных проб).

Динамика гигиенических показателей за 3 года неблагоприятна как на первой, так и на второй зоне когда наблюдается рост нестандартных проб. Почва вблизи открытых разрезов остается сильно загрязненной. При химическом анализе почвы наблюдается существенное превышение ПДК по ряду тяжелых металлов. Так, содержание свинца на различных расстояниях от карьеры по направлению господствующих ветров наблюдается превышения ПДК как по валовому содержанию, так и по подвижному

Показатели	В зоне предприятия	1000м	2000м	7000м	Гостщ	9/сан
Валовое Содержание	2100	1880	1900	1200	820	650
ПДК	70 рад	62р	В3р	40		21р
Подвижное Содержание	1700	80	45	150	160	70
ПДК	15,4	15,0	14,0	13,6	7,2	4,0

Таблица 2.1 Содержание свинца в почве (мг/кг)

Показатели	Возле карьера	1000	2000	7000	гос	Дет.сад
Марганец	5500	150000	280000	280000	280000	560мг/кг
ПДК в.с.п.ф.	186	186	173	100	36	-

Таблица 2.2. Содержание марганца в почве (мг/кг)

По накоплению в почве приоритетным загрязнителем является марганец, где превышение идет в 100 раз, затем свинец, предел превышения, но в подвижной форме в 15 раз.

Содержание металлов в почве по подвижной форме также значительно превышает ПДК, это следующие элементы по значительности мышьяк, никель, цинк, медь, кадмий.

Показатели	Cu	Zn	Ni	Co	As	Cd	К сумм
Возле карьера	28	16	32,5	56	100	10	242,5
1000м	12	15	24	35	100	10	196
2000	13	16	44	46	100	10	229
7000	98	15	32	42	100	10	208
Гост	6,0	10	15	26	50	10	117
9/сао	6,0	9	10	12	50	10	97
ПДК валов. содер.	10	50	2,0	5	2,0	3	< <K=1089,5

Таблица 2.3 Суммарное содержание металлов в почве (превышение ПДК).

В радиусе воздействия карьера отмечается существенное превышение ПДК как по валовому содержанию, так и что по подвижному. Превышение идет по таким токсичным металлам как–свинец, медь, цинк, мышьяк, кадмий. Так, непосредственно вблизи карьера, по господствующему ветру наблюдается превышение свинца, по видимому содержанию, ПДК в 27 на расстоянии 1000м в 62 раза, На селитебной территории вблизи гостиницы идет превышение ПДК в свинца в 30 раз, на территории детского сада в 21 раза. По содержанию в почве марганца также идет превышение ПДК в среднем в 180 раз вблизи разработки полиметаллической руды. На селитебной территории идет превышение на территории “Гостиниц” в 36 раз. Тогда, как на территории детского сада не превышает ПДК. По видимому территории гостиницы загрязняется также выхлопными газами автомобилей, где наблюдается превышение металлов относящиеся к 1 и 2 классу токсичности – медь, цинк, свинец, мышьяк, кадмий. Ранжирование территории вблизи карьера и на селитебной зоне по суммарному загрязнению почвенного покрова показывает, анонимные по суммарному индексу загрязнения атмосферного воздуха. Так, на непосредственно прилегающей территории к карьере наибольшее суммарное почвенное загрязнение наблюдается на расстоянии 2000м и 7000м, где величина составила 229 и 208.

На селитебной зоне наиболее суммарное загрязнение наблюдается на территории “гостиницы”, величине составило 117. На территории детского сада 97. Достаточно напряженная ситуация по суммарному загрязнению почвы на детских площадках. Высокое загрязнение связано с тем, что практически нет защитной зоны, где предусматривались зеленые насаждения виде кустарников, которые значительно снизили ветровой поток загрязнения. Кроме того, отсутствуют деревья способные сорбировать пылевые частицы. Почва является конечным приемником большинство техногенных химических веществ, вовлекаемых в биосферу. Вместе с тем, возможности как буферной системы не безграничны. Аккумуляции таксикантов как металлов первого и второго класса опасности и продукты их превращения в почве приводят к изменению ее химического, физического и биологического состояния деградации, и в конечном итоге к разрушению. В результате химической нагрузки на почву, она становится вторичным источником загрязнения. Следует отметить, что территория п. Жайрем находится в зоне влияния непосредственного воздействия открытой разработки полиметаллической руды, а также под влиянием выбросов поступающих с фабрик обогащения, и сортировки. Суммарная антропогенная, химическая нагрузка существенно влияет на общую экологическую ситуацию и условия проживания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кацнельсон Б.А., Кошелева А.А., Привалова Л.И. и др. Влияние кратковременных повышений загрязнения атмосферного воздуха на смертность населения // Гигиена и Санитария-2000-№1.-С.15-18.
2. Нарзулаев С.Б., Филипов Г.Н., Савченко М.Ф. и др. Связь загрязнения почв тяжелыми металлами и здоровья детей Томска // Гигиена и Санитария-1995-№4.-С.16-19.
3. Сидоренко Г.И., Кутепов Е.Н., Гедымин М.Ю. Методология изучения состояния здоровья населения в зависимости от качества окружающей среды // Вестник А.М.Н.СССР.-1991.- №1.-С.15-18.

УДК: 613.6:616-058.234.4:371.1:631.842

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ САМООЦЕНКИ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*А.М.Жаксыбергенов*

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

#### ТҮЙІН

Зерттеу барысында алынған нәтижелер мақта шаруашылығы жұмысшыларының денсаулығы, бау-бақша өндірісі жұмысшылары денсаулық көрсеткішінен айтарлықтай нашар екендігін көрсетіп отыр. Сондықтан мақта шаруашылығы жұмысшылары арасында жүргізілетін алғашқы медициналық – санитарлық шараларды белсенді және олардың аурушандық көрсеткішінің түзелуіндегі заңдылықтарға сай етіп

ұйымдастырылуы қажет. Осылайша мақта шаруашылығымен айналысатын аудандардағы жұмысшылардың денсаулығына өндірістік факторлары айтарлықтай зиян келтіруде. Соның ішінде ең бастысы химиялық тыңайтқыштар.

#### SUMMARY

As the result, the population of rural medical district correctly evaluates their health as the most important asset in life, and in the most cases expresses willingness to spend time and energy to maintain health, including to abandon such habits as overeating, alcohol and smoking. However, the verbal behavior of the rural population does not correspond to the actual, and the last one is not adequate. An important role in the formation of adequate real behavior is attached properly to organizing hygienic education and training. No less important in the formation of the correct behavior of the population could be the establishment of sports facilities in the village.

Интенсификация сельскохозяйственного производства, в том числе производства хлопка, является важнейшей задачей агропромышленного комплекса нашей республики. На сегодня в хозяйствах государственного агропромышленного комплекса республики действует более 40 сельскохозяйственных комплексов, занимающихся хлопководством. Современное производство хлопка организовано на новой, прогрессивной, материально-технической базе. Однако, как показывает опыт, никакая механизация труда, внедрение самых высокопроизводительных машин, оборудования, индустриальной технологии производства хлопка не могут обеспечить желаемой интенсификации и эффективности в этой важнейшей отрасли без совершенствования организации труда хлопкоробов и комплексного налаживания современного медико-санитарного обслуживания сельскохозяйственных труженников. В настоящее время существуют 4 следующие проблемы: - недостаточная механизация и автоматизация трудоемких процессов, низкий технический уровень эксплуатации механизмов и техники из-за недостатка и текучести подготовительных кадров; - нарушение основных требований охраны окружающей среды из-за серьезных и трудно устранимых проблем утилизации хлопководческих отходов, в виде минеральных удобрений и пестицидов используемых для защиты хлопка; - тенденция к росту общей и профессиональной заболеваемости работающих; - несоответствие существующих организационных форм и методов работы учреждений здравоохранения сельской местности современным задачам агропромышленного комплекса, хозяйственно-экономическому и культурно-бытовому уровню развития сельскохозяйственных комплексов, факту наличия мелких хлопководческих хозяйств и появлению частной собственности на сельскохозяйственные угодья.

Одной из отличительных черт современного периода развития человеческого общества является большая активность и расширение масштабов воздействия человека на природную среду.

В эпоху научно-технического прогресса, мы все чаще сталкиваемся с нарушениями экологической целостности окружающей нас природы, и это реально угрожает здоровью и жизни людей на земле. Чем дальше развивается цивилизация, тем больше люди забывают о необходимости жить в гармонии с окружающей средой. Исследование многих авторов [1,2,3] показывает, что причины возникновения и широкого распространения заболеваний населения во многом объясняется загрязнением окружающей среды, а также нездоровым образом жизни самих людей.

В современных условиях на фоне затухания природных очагов болезней происходит процесс образования и формирования, новых искусственных очагов, вредных для здоровья человека, где трудовая деятельность как социальная категория приводит также к нежелательным изменениям окружающей среды с различными побочными последствиями.

Урбанизация и научно-технический прогресс в виде "индустриальных революций", вторгаясь в многогранную жизнь людей, изменяя состояние окружающей среды и образ жизни населения, влияют также на уровень, структуру и пределы распространения многих заболеваний. Эта тенденция, характерная для современного общества, охватывает новые и новые развитые регионы, не щадя в последнее время и сельские районы. В этих условиях медицина сталкивается с новой для нее ситуацией в формировании современного патологического процесса, когда трудно выявить истинный этиологический фактор и патогенетическое звено в возникновении различных заболеваний.

Реализация программы сохранения здоровья населения хлопкосеющих районов – задача комплексная, требующих получения объективных сведений о заболеваемости работников хлопководства. На основании данных заболеваемости по обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические учреждения стало возможным определить нозологические формы и группы болезней, приоритетных в системе диспансерного наблюдения за сельскими труженниками. Кроме того, полученные данные позволили подойти к разработке системы целенаправленных мероприятий профилактики заболеваний.

В создавшихся условиях особое значение приобретают всемирное улучшение первичной профилактики неспецифических заболеваний сельского населения путем повышения качества гигиенического обучения и воспитания людей, а так же улучшения образа их жизни.

Анализ обращаемости сельских жителей за медицинской помощью в зависимости от самооценки здоровья показала, что 56,4% мужчин и 64,9% женщин, считавших себя больными, ежегодно обращались к врачам, в то время как среди «здоровых» эти показатели соответственно равны 31,2% и 29,7%. Однако, и среди «больных» встречались лица, посещавшие медицинские учреждения один раз в несколько лет (41,7 и

33,4%) или вовсе не посещавшие (3,9 и 2,4%). В целом только 46,2% сельских жителей ежегодно обращаются за медицинской помощью, причем своевременно, т.е. при появлении первых признаков болезни, лишь небольшая часть – 11,4%, в том числе 14,7% мужчин и 9,5% женщин.

Остальные предпочитают обращаться за медицинской помощью лишь в том случае, когда, по собственному мнению, заболевают «серьезно». Самооценка здоровья существенно не влияла на своевременность обращения, хотя следует отметить, что лица, считающие себя больными, особенно женщины, привыкая, по видимому, к своим болезненным ощущениям, чаще медлят с обращением к врачу. Сопоставление субъективной оценки здоровья пациентов с результатами врачебного осмотра показало, что, например, 68,2% лиц с артериальной гипертонией считали себя больными людьми и правильно оценивали свое состояние, особенно женщины (74,9%). Среди лиц, правильно оценивающих свое здоровье, артериальная гипертензия впервые была выявлена только в 28,6% случаев, в то время как среди гипертоников, назвавших себя «здоровыми» - 67,4% случаев. То же самое можно сказать и об ишемической болезни, которую чаще регистрировали среди пациентов, считавших свое сердце больным. Причиной неправильной оценки собственного здоровья может быть, как нам кажется, не столько бессимптомное течение артериальной гипертензии или ишемической болезни сердца, сколько невнимательное отношение к здоровью (Таблица 1).

Примером этому является тот факт, что среди лиц, назвавших свое сердце здоровым, типичная стенокардия напряжения по вопроснику Роуза выявлена в 8,2 случая в расчете на 1000 человек, в то же время у лиц, считавших себя «больными» впервые выявлена 21,4 случая. Разница в полученных данных имеет достаточно высокую достоверность ( $p < 0,05$ ). То же самое можно сказать и о других неспецифических заболеваниях (хронический холецистит, хронический гастрит, ишемическая болезнь сердца и т.д.). Анализ приобщенности сельских жителей к популярным медицинским знаниям показал, что 92,4 % из них систематически смотрят телевизионную передачу, посвященную проблемам здоровья. Каждый второй респондент читает газетные и журнальные статьи, посвященные проблемам здорового образа жизни и здоровья.

Интерес к телевизионным передачам не зависел от уровня образования, пола и возраста, в то же время газетные и журнальные статьи в основном читали лица с высшим (84,2%) и средним (62,3%) образованием. Из числа пациентов с начальным образованием его читали лишь 9,9%. Учитывая достаточно высокий интерес к популярным медицинским знаниям и правильное понимание большей частью сельского населения значения социально значимых болезней, следовало бы ожидать, что оно должно быть хорошо информировано о факторах риска. В связи с этим мы проанализировали отношение сельских жителей к некоторым из них. Избыточная масса тела наблюдалась у каждого 4-го жителя. Однако, они не считали себя «больными» и оценивали свое здоровье в среднем почти так же, как популяция в целом и лица с нормальной массой тела.

Впервые выявлена болезнь	У лиц считавших себя «больными» по субъективной оценке своего здоровья n = 561		У лиц считавших себя «здоровыми» по субъективной оценке своего здоровья n = 365		
	абс	M ± m	абс	M ± m	- p -
Хронический обструктивный бронхит	17	30,0 ± 2,9	6	16,4 ± 1,9	< 0,05
Артериальная гипертензия	29	51,7 ± 3,7	11	30,1 ± 2,6	< 0,05
Ишемическая болезнь сердца	12	21,4 ± 1,8	3	8,2 ± 0,5	< 0,05
Гипертоническая болезнь I ст	8	14,3 ± 1,3	3	8,2 ± 4,0	< 0,05
Хронический гастрит	34	60,7 ± 4,2	13	35,5 ± 3,3	< 0,05
Хронический холецистит	5	8,9 ± 0,8	2	5,4 ± 0,3	< 0,05

Таблица 1. Сопоставительная оценка здоровья пациентов с результатами комплексного медицинского осмотра, на основе впервые выявленных неспецифических заболеваний по 1000 обследованных.

Среди них 92,9% женщин и 76% мужчин высказали готовность отказаться от привычного объема пищевого рациона, вызывающего полное насыщение во время еды. Такую же готовность отказаться от вредных привычек высказали курящие и употребляющие алкоголь. Так среди молодых женщин 20-29 лет, неудовлетворительно оценивающих свою физическую активность, гиподинамия выявлена в 13,7% случаев – в 4 – раза чаще, чем среди молодых мужчин. Только 2,9% сельских жителей занимались физкультурой и спортом и еще 3,1% – делали утреннюю гимнастику. Служащие, в основном лица с высшим и средним специальным образованием, хорошо информированные о неспецифических социально значимых заболеваниях, не пытались компенсировать гиподинамию, связанную с условиями труда, путем расширения физической активности во внерабочее время. Алкоголь употребляли одинаково часто относящие себя к здоровым и больным.

Таким образом, население сельского врачебного участка правильно оценивает свое здоровье, как главное достояние в жизни, и в подавляющем большинстве высказывает готовность тратить силы и время на сохранение здоровья, в том числе отказаться от таких привычек, как переизбыток, употребление алкоголя и курение. Однако, вербальное поведение сельских жителей не соответствует фактическому, а последнее не является адекватным. Важная роль в формировании адекватного реального поведения придается правильно организованному гигиеническому воспитанию и обучению. Не менее важное значение в формировании правильного поведения населения могло бы иметь создание спортивных баз на селе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айриян А.П. Социально – экологическая очаговость болезней человека //Советское здравоохранение – Москва «Медицина» - 1989. – С. 11-17.
2. Медведь Л.И., Каган Ю.С., Сыгпну Е.И. //Гигиенические аспекты загрязнения окружающей среды некоторыми химическими веществами. – М. 1987. - С. 84-119.
3. Сердюковская Г.И. //Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения в сельской местности. - Ереван. 1979. –С. 12– 16.

УДК: 613.6:616-055.2:371.1:631.842

**РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ЗАНЯТЫХ НА ХЛОПКОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ**

*А.М.Жаксыбергенов., Н.У.Шардарбеков, А.О.Сапаргалиева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Ғылыми мақалада мақта өсіруші әйелдердің денсаулығын зерттеу қорытындылары жарияланған. Осыдан мақташылар денсаулығына мақтаны өндеуге қолданылатын пестицидтер әсерінің жоғары екендігін көрсетті.

## SUMMARY

The self- evaluation health status of women employed in cotton production is described in this article.

Одной из трудных задач, стоящих перед сельским хозяйством, является повышение эффективности производства, которое во многом определяется состоянием здоровья сельских тружеников [1,2,3,4]. 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.

Отмечаемый в настоящее время недостаток трудовых ресурсов в сельскохозяйственном производстве объясняется не столько демографическими причинами, сколько нерациональными их использованием. Наиболее крупные потери трудового потенциала в стране происходит 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, важно оно и в экономическом отношении. Однако, достижение этой цели связано с серьезными трудностями.

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.

Несмотря на важность поставленной задачи, исследований в этой области крайне мало. Отдельные исследования показали, что сформированные решения работников сельскохозяйственного производства о прекращении или продолжении 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 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 когорты включались лица, работавшие в 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. В целом анализировались влияние следующих факторов: производственно-профессиональных (возраст начала работы в 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 злоупотребление алкоголем) и медико-биологических (состояние здоровья, занятие физической культурой, частота лечения и оздоровления в санаторных учреждениях).

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. 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. 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. 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 проходила 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 удовлетворены 72,5 % опрошенных. Ею не удовлетворены 6,9 %, а 20,6 % удовлетворены не полностью.

Неудовлетворенность 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 обследований, 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 рекомендации 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. Аманкулова Ж.С. Актуальные вопросы рождаемости в Республике Казахстан // Здоровье и болезнь, 2001. -№2. –С. 8-10.
2. Шарманов Т.Ш., Аманкулова Ж.С., Катарбаева А.К., Сарбаев Б.Т., Бекмуратова А.Я. Тенденции планирования семьи // Вестник КазГМУ. 2001. -№11. –С. 11-15.

3. Лисицын Ю.П. //Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения в сельской местности. – Ереван. 1979. - С.12-16.
4. Комаров Ю.М. //Комплексные гигиенические исследования в районах интенсивного промышленного освоения. - Новокузнецк. 1982. –Ч.2. –С. 23-27.

УДК: 613.6:543.383.2

### ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНЕ ДИСЛОКАЦИИ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

*М.А. Булешов, Г.А. Алиева, Б.Е. Шаймерденова, Н.Б. Мауленов, Т.А. Маймаков*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*  
*АО «Национальный медицинский холдинг», г.Астана*

#### ТҮЙІН

Ғылыми маналада мұнай өндеу зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарының денсаулығына өмір сүру салты себептерінің әсері өте үлкен. Олардың арасында темені тарту, спирттік ішімдікке салыну және гиподинамия сияқты зиянды әдеттер кеңінен таралған.

#### SUMMARY

Characteristic way of life of people living in the area of deployment oil production and evaluation of ubiquitous stressful situation among the population described in this article.

Состояние образа жизни населения Республики Казахстан характерно, с одной стороны, для стран Центральной Азии и, с другой стороны, для переходного периода бывшего Советского Союза. Для подобных стран свойственно высокая степень влияния факторов безопасности и образа жизни на демографическую ситуацию и здоровье людей. При этом следует видеть, что образ жизни казахстанцев в значительной степени дифференцирован в зависимости от принадлежности к городскому либо сельскому населению. Городское население также расслоено по социально- территориальным группам, так как быт, образ жизни и безопасность жителей крупных городов – в основном, областных центров – существенно отличны от таковых в малых городах, либо приближающихся по условиям и обстановке к крупным сельскохозяйственным поселениям, либо привязанным к одному- двум промышленным предприятиям и полностью зависящим от их экономического состояния. При этом спецификой последнего десятилетия становится тот факт, что городское население Республики Казахстан вынуждено придерживаться смешанного стандарта жизни, личным трудом обрабатывая садово-огородные участки и, обеспечивая тем самым, значительную долю пищевого рациона семей.[1,2,3]

Однако, огромный интерес представляет анализ образа жизни населения, проживающего в районе дислокации нефтеперерабатывающего завода в целом, а также тех его субконтинентов, которые переживают процесс «частичной урбанизации», т.е. изменение инфраструктуры в специфическом индустриальном направлении, способствующем урбанизационным процессам. [4]

Юго-восточная часть представляет в этом отношении особый интерес, поскольку на территории данного жилого района действует крупнейший промышленный комплекс страны – Шымкентский нефтеперерабатывающий завод. Нами в ходе углубленного медицинского осмотра проведено специальное исследование характеристик образа жизни населения, которым было охвачено 600 человек, юго-восточной селитебной зоны. Были осмотрены следующие важные характеристики образа жизни: курение, употребление алкоголя, отношение к наркотикам, занятие физкультурой и спортом, наличие стрессовых ситуаций. Установлено, что курение в основном распространено среди мужского населения, при этом 50,5% опрошенных мужчин указали, что они являются курильщиками. Настораживающим фактором является то, что около 6% от всех курильщиков начали курить в возрасте до 10 лет, 20,6% выкуривают ежедневно по 20 сигарет и более, а 21,5% имеют стаж курения более 20 лет. Вместе с тем, сравнивая полученные данные с материалами WHO/Europe, NFA Database, можно отметить, что выявленный нами показатель в среднем по Казахстану (28%). Употребление алкоголя среди мужчин встречается достоверно часто, чем среди женщин. Наиболее высокая доля лиц, употребляющая алкоголь, выявлена среди мужчин, занятых в промышленном производстве. Следует отметить, что мужчины в основном употребляют крепкие напитки – водку. В частности, водку употребляют 47,3% опрошенных мужчин. Большинство лиц, употребляющие алкоголь, впервые попробовали спиртное в возрасте 18-20 лет, 3,63% лиц попробовали спиртное в возрасте до 15 лет, 7,44 в возрасте 16-17 лет, 40,1% - после 21 года.

В процессе исследования определялось отношение жителей к наркотикам. Ряд жителей исследуемых районов пробовали наркотики. Это произошло в возрасте 18, 14 и 12 лет. Достаточная двигательная активность является важным профилактическим средством возникновения ряда серьезных болезней, в частности ожирения, ишемическая болезнь сердца. Установлено, что в юго-восточной жилой зоне достоверно большей в сравнении с контрольным районом процент лиц с длительностью неподвижного образа жизни более 8 часов в день, а также достоверно более низкий удельный вес с длительностью активного двигательного досуга более 8 часов в неделю. Показательным является отношение населения к физкультуре и спорту. Так, в основном районе

постоянно или периодически физкультурой и спортом занимается всего 27,4% опрошенного взрослого населения, что достоверно ниже, чем в контрольном районе- 30,4%.

Как известно, стрессы зачастую являются одной из важных причин развития ряда патологий. Согласно полученным в ходе опроса данным юго-восточной зоны взрослое население достоверно чаще подвергаются воздействию стрессов, чем в контрольном районе. Удельный вес испытывающих стрессы основной зоне оказался равным 72,3%, в контрольном районе намного ниже – 40,4%. Большинство жителей испытывают стрессы в семье. Причем, таких лиц в контроле было достоверно выше, чем в основной зоне. Вместе с тем, в юго-восточной зоне было достоверно больше лиц, испытывающих стрессовые ситуации на работе (41,5%). В данной зоне удельный вес жителей, испытывающих ежедневные стрессовые ситуации, был равен 20,8%, а ежедневно – 6,9%, что достоверно превышает аналогичные показатели северо-западной зоны.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о наличии серьезных проблем, связанных с образом жизни населения. Среди жителей проживающих в районе дислокации нефтеперерабатывающего завода юго-восточной зоны достоверно больше распространены вредные привычки, такие как курение, употребление алкоголя, а также малоподвижный образ жизни. Кроме того, жители данного населенного пункта достоверно чаще подвергаются воздействию стресса. Большой интерес представляет углубленное обследование образа жизни диспансерных контингентов населения.

Несмотря на то, что в среднем диспансерный контингент не является репрезентативным по отношению ко всему населению района, нами высказывается тезис об особой важности этого контингента для исследований и практической работы по формированию здорового образа жизни. В первую очередь, заболеваемость данного контингента (да и самого его формирование, как совокупности лиц с определенными заболеваниями) неизбежно, в определенной мере является следствием и функцией образа жизни. Мы можем наблюдать образ жизни этих лиц как, в определенной степени, модель существующих факторов риска. Во-вторых, диспансерные контингенты являются целевыми с точки зрения активной деятельности системы здравоохранения по формированию здорового образа жизни. Именно в улучшении образа жизни кроется резерв улучшения здоровья лиц, состоящих на диспансерном учете. В таблице 1 приведено распределение обследованных нами диспансерных контингентов по отношению к курению.

Отношение к курению	Юго-восточная зона			Северно-западная Зона			Все осмотренные		
	ABC	%	m	ABC	%	m	ABC	%	m
Оба пола, всего									
Всего ответивших	199	100		247	100		446	100	
Курят	139	69,85	0,03	226	91,5	0,02	365	80,7	0,01
Не курят	51	25,63	0,03	18	7,29	0,02	69	16,46	0,01
Курят иногда	3	1,51	0,01	2	0,81	0,01	5	1,16	0,01
Бросил курить в течение последнего года	3	1,51	0,01	0	0	0,00	3	0,755	0,00
Бросил более года назад	2	1,01	0,01	1	0,4	0,00	3	0,705	0,00
Бросил, но начал курить снова	1	0,5	0,01	0	0	0,00	1	0,25	0,00

Таблица 1 **Распределение диспансерных контингентов лиц по отношению к курению**

Таким образом, значительная часть лиц, находящихся на диспансерном учете, курят. Это достоверно больше, чем в среднем по району. В таблице 2 показано распределение осмотренных по стажу курения.

Стаж курения	Юго-восточная зона			Северно-западная Зона			Все осмотренные		
	ABC	%	m	ABC	%	m	ABC	%	m
Оба пола, всего									
Всего ответивших	62	100		20	100		82	100	
Менее 4 лет	24	38,71	0,06	3	15	0,08	27	26,9	0,04
От 5 до 14 лет	28	45,16	0,06	14	70	0,11	42	57,58	0,05
То 15 до 19 лет	5	8,06	0,03	1	5	0,05	6	6,53	0,02
Более 20 лет	5	8,06	0,03	2	10	0,07	7	9,03	0,03

Таблица 2 – **Распределение осмотренных по стажу курения**

Это означает, что большинство диспансерного контингента лиц имеет значительный стаж курения – от 5 до 14 лет. По отношению к алкоголю - значительная доля опрошенных не употребляют спиртные напитки. Вместе с тем, в среднем 30% осмотренных лиц употребляют крепкие напитки – в основном, водку.

Представители диспансерного контингента в значительной доле ведут малоподвижный образ жизни. 83,9% осмотренных не занимаются физкультурой и спортом 83% осмотренных признают наличие у них избыточной массы тела. 45% осмотренных пытались когда-либо изменить свой образ жизни, 54%- не пытались. 29% испытывают желание изменить свой образ жизни. Данные показывают, что 26,3% осмотренных испытывают стрессовые ситуации ежемесячно. Вместе с тем жителям района по объективным причинам скорее

не свойственно состояние психологической депрессии. В среднем для 2% характерен нормальный уровень стресса. Однако, для жителей юго-восточной части этот показатель значительно ( $P < 0,01$ ) выше, чем для северо-западной зоны. Установлено, что несколько повышенный уровень утомления в большей степени характерен для диспансерного населения юго-восточной зоны. Полученные нами данные обобщены и сопоставлены с результатами Второго национального исследования процессов формирования здорового образа жизни в Казахстане.

Установлено, таким образом, что для лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу различных заболеваний в медицинском учреждении юго-восточной селитебной зоны, в среднем свойственно более негативная характеристика параметров образа жизни, чем в среднем по другой, более безопасной северо-западной селитебной зоны (за исключением употребления алкогольных напитков).

Показано также, что оценка распространенности стрессовых ситуаций среди населения района является во многом субъективной, поскольку объективные тесты не фиксируют критических значений для депрессивных или тревожных ситуаций.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Г.Е. Калдыгозова, М.А. Булешов. Климатогеографическая характеристика селитебных зон города Шымкента прилегающего к нефтеперерабатывающему заводу. // Сб. научных трудов международной научно- методической конференции. «Совершенствование взаимосвязи образования и науки 21 веке и актуальные проблемы повышения качества подготовки высококвалифицированных специалистов», Шымкент 2006, 2 труды, с 131-133.
2. Кенесариев У.И. Гигиенические основы прогнозирования и разработки оценочных показателей в системе окружающая среда – здоровье населения в зоне Карачаганакского нефтегазоконденсаторного месторождения: автор. докт. дисс.- Алматы, 1993-46с.
3. Жайсакова Д.Е. Клинико- эпидемиологическое обоснование патологии ЛОР - органов среди населения и работающих в условиях экологически неблагоприятного региона Западного и Южного Казахстана: автореф. дисс. докт. мед. наук.- Астана, 2001. с.48.
4. Кынатбеков Б.Ж. Влияние неблагоприятных факторов окружающей среды и питания на здоровье населения, проживающего вблизи газоперерабатывающего завода: автореф. дис. кан. биологических наук. – Алматы, 1999г. С-30.

УДК 618.1/2 – 082:368.025.1(574.5)

#### АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КВОТ ДЛЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009 ГОД

*Д. Б.Тюрбаева*

*Областной перинатальный центр г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Сонымен, Оңтүстік Қазақстан облысының тұрғындарына жоғарғы білікті мамандандырылған акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету, салааралық қарым-қатынасы және кимыл жүйесі барлық деңгейде ана мен перинаталдық ауру өлімін азайтуға мүмкіншілік береді, халықтың денсаулығын жағымды беталыста сақтауға, денсаулық сақтау жүйесіне тиімді әсер ететін, елдің қалың көпшілігінің қол жету деңгейін жоғарлатып, сонымен қатар азаматтардың сапалы медициналық көмегімен денсаулығын жақсартуды қамтамасыз ету туралы айтылып отыр.

#### SUMMARY

The highspecializational obstetrics and gynecological service for citizens in the South –Kazakhstan region on the basis of the interbranches collaborations and co-ordination of acts on the all of the level let us reduce mother's and perinatal diseases and mortality – rate. This service leads to positive tendency in health conditions es and creating the effective public health system. This tendency providing health condition increases in citizen's by the way increasing of quality medical servise population.

В Южно-Казахстанской области разработана «Программа развития здравоохранения», которая направлена на улучшение состояния здоровья населения с учетом актуальных проблем и приоритетов здравоохранения. Программа базируется на комплексной оценке реальной экономической и социальной обстановки в области, составлена с учетом основных положений законодательных актов Республики Казахстан, нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Казахстан и соответствует положениям проекта Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Одним из основных направлений этой программы является охрана материнства и детства, в которую входит обеспечение оказания высокоспециализированной медицинской помощи женщинам, нуждающимся в лечении за пределами области.

Южно-Казахстанская область характеризуется своими региональными особенностями: 66% населения составляют сельские жители, 5 сельских районов относятся к зоне Приаралья. Численность населения области составляет 2381,5 тыс. человек, женщин фертильного возраста – 638,1 тыс. Это регион с высокой рождаемостью –29,8 (по РК 17,0), высоким естественным приростом населения –22,9 (по РК-6,6). Ежегодно в области регистрируется более 70 тыс. родов (в 2009 г. - 71494 родов). Область является регионом с высокой частотой анемии среди беременных женщин и повышенным уровнем заболеваний, вызванных дефицитом йода.

Индекс здоровья беременных женщин составляет 16-18%. На фоне низкого индекса здоровья отмечается высокий уровень осложнений беременности и родов, в 78% случаев роды протекают с патологией. Анемия у беременных встречается в 53 % случаев, заболевания почек – 15,8%, сердечно-сосудистой системы – 2,8%.

Уровень показателей материнской и перинатальной смертности по Южно-Казахстанской области остается высоким. Анализ материнской смертности свидетельствует, что среди умерших преобладали женщины в возрасте 30-39 лет – 51,8%, жительницы сельской местности составили 82,4% умерших женщин.

По показаниям женщинам и детям, нуждающимся в оказании высокоспециализированной медицинской помощи за пределами области, после осмотра главным специалистом области по профилю заболевания выдаются направления в республиканские клиники. Беременные женщины и гинекологические больные направляются в Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г. Алматы (НЦАГиП) и Научный центр материнства и детства г. Астаны (НЦМиД).

За 2009 год 357 женщин получили направления для лечения в выше названных центрах по Квоте (в 2008 году направлено 280 человек). Большая часть из общего количества больных направлена в НЦАГиП г. Алматы – 313 (87,6%), в НЦМиД г. Астаны – 44 (12,4%) женщин. Из общего количества - 308 (86%) женщин были направлены с осложнениями беременности, тяжелой экстрагенитальной патологией (в 2008 году беременных было 196 (70%). По срокам гестации – в сроке беременности до 12 недель - 11(3,6%) женщин, 13 - 22 недель –37(12%) женщин, свыше 22 недель – 260 (84,4%). По нозологическим формам основной процент составляют заболевания сердечно-сосудистой системы – 121 (39,2%), такие как врожденные и приобретенные, комбинированные и осложненные пороки сердца, заболевания сосудов (атеросклероз), тяжелые артериальные гипертензии и др.. С тяжелыми заболеваниями почек: мочекаменная болезнь, пиелонефрит, гломерулонефрит и т.д. – 34 (11%) беременные. С заболеваниями печени – гепатиты и гепатозы, желчекаменная болезнь и другие направлено 26 (8,4%) человек. 5,8% составили беременные с невынашиванием и синдромом потери плода (2 и более) в анамнезе – 18 женщин. 21 беременная женщина (6,8%) направлена в центры с заболеваниями мозга – опухоли различного генеза, посттравматические и воспалительные заболевания. С заболеваниями крови, такими как тромбоцитопения, лейкозы и др. направлено 21 (6,8%) беременная. С нарушениями работы эндокринной системы организма (диабет, эндемический зоб) направлено 16 беременных (5%). 5 женщин обратились со злокачественными новообразованиями (надпочечники, яичники, щитовидная железа), из них 3 женщины после родоразрешения переведены в институт Онкологии и Радиологии для дальнейшего специфического лечения.

Более 60% беременных женщин направлены в центры с двумя и более тяжелыми заболеваниями, 67% женщин с различными заболеваниями на фоне анемии. Из 308 беременных – 193 (62,7%) жительницы села, и 115 (37,3%) жительниц города Шымкент. В разрезе области квоты распределились следующим образом:

№ п/п	Район	Количество беременных
1.	г. Арысь	8 - 4%
2.	Байдибекский	4 - 2%
3.	Казгуртский	8 - 4%
4.	г.Кентау	8 - 4%
5.	Махтаральский	17 - 8,8%
6.	Отрарский	4 - 2%
7.	Ордабасинский	17 - 8,8%
8.	Сарыагашский	26 - 13,5%
9.	Созакский	4 - 2%
10.	Сайрамский	36 - 18,7%
11.	г. Туркестан	16 - 8,2%
12.	Тюлькубасский	16 - 8,2%
13.	Толебийский	19 - 9,8%
14.	Шардаринский	10 - 5%
15.	г. Шымкент	115 - 37,3%
16.	Южно-Казахстанская область	308

В Научных центрах проводилось полное обследование, коррекция лечения, рекомендации о ведении беременности, способе и месте родоразрешения. При необходимости по показаниям женщин направляются на роды на базе центров. За 2009 год на роды были направлены –23 женщины. Кроме того в НЦАГиП г. Алматы и НЦМиД г. Астаны было направлено – 49 (13,7%) гинекологических больных. Основной причиной госпитализации в клинику является бесплодие различного генеза – 30 (%) женщин. Причинами заболевания являются тяжелая эндокринная патология, непроходимость маточных труб, врожденные аномалии развития женских половых органов и другие. Также были направлены женщины с привычным невынашиванием в анамнезе для более детального обследования причин невынашивания беременности, женщины с тяжелыми нарушениями менструально-овариального цикла, опухолевыми процессами матки, яичников и т.д..

Учитывая, что данные виды гинекологических заболеваний нуждаются в длительном лечении, женщины после выписки из клиник продолжают лечение на базе ОПЦ и по месту жительства. НЦАГиП г. Алматы - 41женщина(83,6%) , НЦМиД г. Астаны – 8 женщин (16,3%). Сельских жительниц с гинекологическими заболеваниями - 30 (61%), городских – 19 (39%).

№ п/п	Район	Количество
1.	г. Арысь	3 - 6%
2.	Байдибекский	2 - 4%
3.	Казгуртский	1 - 2%
4.	г.Кентау	2 - 4%
5.	Махтаральский	2 - 4%
6.	Отрарский	1 - 2%

7.	Ордабасинский	1 - 2%
8.	Сарыагашский	2 - 4%
9.	Созакский	1 - 2%
10.	Сайрамский	5 – 10%
11.	г. Туркестан	2 - 4%
12.	Тюлькубасский	3 – 6%
13.	Толебийский	2 - 4%
14.	Шардаринский	1 - 2%
15.	г. Шымкент	21 – 42,8%
16.	Южно-Казахстанская область	49

Таблица 2 **В разрезе области**

Таким образом, оказание высокоспециализированной акушерско-гинекологической помощи жительницам Южно-Казахстанской области на основе межотраслевого сотрудничества и координации действий на всех уровнях позволит снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, сохранить позитивные тенденции в состоянии здоровья населения, а также создать эффективную действующую систему здравоохранения, обеспечивающую улучшение состояния здоровья граждан путем повышения уровня доступности, качественной медицинской помощи для широких слоев населения.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К. О специфической диагностике и консервативной терапии воспалительных заболеваний придатки матки // Акушерство и гинекология. – 1991. №4 – С. 62-67.
2. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. Материалы 3-го Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии, и перинатологии». Москва 2001. – С. 365-368.

УДК 616.379-008.64 (574.5)

**О РЕГИСТРЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ Г. ШЫМКЕНТА И ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007-2009 ГОДЫ**

*А.К. Мауленова*

*Областной эндокринологический диспансер, г. Шымкент*

**ТҮЙІН**

Мақалада ОҚО және Шымкент қаласы бойынша қант диабетімен ауыратындарының тіркелуін құру туралы мәселе айтылады. Бұл дәрі-дәрмектерді сатып алудың жоспарлануының нақты мүмкіншілігін береді.

**SUMMARY**

In this article deals with the establishment of a register of patients with diabetes in the city Shymkent and South Kazakhstan region. This enables us to accurately plan the purchase of medicines.

Городской регистр больных сахарным диабетом был создан в марте 2001 года в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 18 от 08.01.2001 г. Создание регистра позволило уточнить распространенность заболевания, ее динамику, более точно планировать закуп сахароснижающих препаратов, средств доставки инсулина и средств самоконтроля. Согласно данным регистра, заболеваемость диабетом неуклонно возрастает.

**Первичная заболеваемость по сахарному диабету в разрезе районов и г.Шымкента**

Районы	2007		2008		2009	
	Абс . число	На 100 тыс. нас.	Абс . число	На 100 тыс. нас.	Абс . число	На 100 тыс. нас.
Арысский	56	87,1	69	105,8	82	125,2
Байлибекский	24	43,8	41	74,3	24	43,3
Казгүртский	54	53,6	70	68	71	68,5
Махтааральский	249	92,6	452	165,3	249	90,74
Ордабасинский	62	66,7	78	79,8	103	104,8
Отрарский	43	76,4	34	59,7	64	112
Сайрамский	280	112,1	334	133,1	311	123
Сарыагашский	39	74,8	203	79,3	218	84,6
Сузакский	182	73,7	38	71	51	94,6
Толебийский	119	105,5	93	80,5	142	122,3
Тюлькубасский	133	139,4	77	78,5	109	110,5
Шардаринский	73	97,7	32	41,8	100	130,2
г. Кентау	81	95,7	81	94	75	97,6
г. Туркестан	184	95,1	204	102,6	153	76,5
г. Шымкент	749	139,9	669	120,1	817	145,7
<b>Всего</b>	<b>2328</b>	<b>101,9</b>	<b>2475</b>	<b>105,6</b>	<b>2569</b>	<b>109</b>

Заболеваемость СД по ЮКО составило 109 на 100тыс. население, прирост -3,2%. Выше среднеобластного уровня заболеваемости: в г. Шымкенте 145,7 на 100тыс. население, Арыском - 125,2 на 100тыс население; Толебийском - 122,3 на 100тыс. население районах. Прирост в Шардаринском -с 41,8 на 100тыс население в 2008году до130,2 на 100тыс. население в 2009году произошел за счет больных выявленных в 2008году, но поданы на регистр и заполнены статталоны только в 2009г, так как с октября месяца 2008г до февраля 2009года в районе отсутствовал врач ответственный за эндокринологическую службу.

Соответственно наблюдается рост доли больных сахарным диабетом 2 типа по сравнению с пациентами диабетом 1 типа. Приведенные тенденции согласуются с мировыми статистическими данными и тем не менее свидетельствуют о недостаточной выявляемости сахарного диабета среди населения. По оценке экспертов ВОЗ к 2015г. в мире прогнозируется прирост числа больных, страдающих СД 2 типа, до 300 млн. человек. По данным Американской диабетологической ассоциации, ежегодно выявляется 800 000 новых случаев заболевания СД, подавляющее большинство которых- пациенты с СД 2 типа.

**Высока среди больных и выявляемость специфических осложнений.**

№		2007 г.	2008г.	2009	%
1	Полинейропатия	1648	2099	2638	91
2	Диабетическая ретинопатия	1252	1263	1317	45
3	Макроангиопатия н/к	1785	1446	1140	39
4	Нефропатия	780	396	568	20
5	Энцефалопатия	390	279	572	20
6	Парадонтоз	230	78	134	4,6
7	Гепатоз	115	208	411	14
8	Катаракта	290	118	111	3,8
9	Кетоацидоз	235	61	211	7,3
10	Диабетический нанизм	18	5	29	1
11	Диабетическая стопа	8	31	0	0
	Всего	6751	5984	7131	

Из них имели осложнения: диабетической невропатии – 91%, диабетическая ретинопатия – 45%, макроангиопатия нижних конечностей -39%. В тоже время в результате проводимых мероприятий ежегодно отмечается уменьшение количества инвалидов 1 и 2 группы.

Таким образом, в г. Шымкенте и ЮКО отмечается неуклонный рост частоты сахарного диабета за счет диабета 2 типа. Высок процент специфических осложнений. Отсутствие ранней диагностики (как было сказано выше 92% пациентов с сахарным диабетом- это тип 2. Чаще всего он диагностируется через 8-9 лет после начала заболевания, а развитие осложнений в основном приходится на период от 7-8 лет после заболевания). Регистр сахарного диабета не всегда своевременно отражает количество поставленных на учет пациентов (недостаточная компьютеризация органов здравоохранения, многие врачи и медсестры не умеют пользоваться компьютерами) соответственно отсюда невысокий процент заболеваемости диабетом, по сравнению с более развитыми странами мира.

**Проблемы:** Для систематического мониторинга состояния диабетологической службы, а также с целью контроля уровня обеспечения инсулинами, таблетированными сахароснижающими препаратами, средствами контроля и доставки, необходимо оснастить эндокринологические кабинеты компьютерами. Для раннего выявления сахарного диабета необходимо обеспечить обследование на глюкозу в крови при направлении на госпитализацию всех пациентов, а также обследование « группы риска » участковой сетью, хирургами , гинекологами, и другими специалистами. Необходимо предусмотреть возможность открытия кабинета «диабетической стопы» во всех центрах районов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Koivisto V.A. Exercise and diabetes mellitus: Text-book of diabetes. Oxford: Black well Scientific, 1999, 795-802;
2. Manson J.E. et al. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physiciance. JAMA.1992,268,63-67;
3. Дедов И.И.,Шестакова М.В. «Сахарный диабет». Руководство для врачей. М.: Универсум Паблишинг, 2003;
4. Смирнов О.М. Впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. Диагностика, тактика лечения. Медицина для вас. М., 2002;

УДК – 616.831.319-008.6-036.868

**ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИНСУЛЬТ АУРУЫНАН ТУЫНДАҒАН МҮГЕДЕКТІКТІ ОҢАЛТУДЫҢ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУ ЖОЛДАРЫ**

*С.Қ.Еркебаева, Г.У. Дүйсен, К.А. Қазыбекова*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы.*

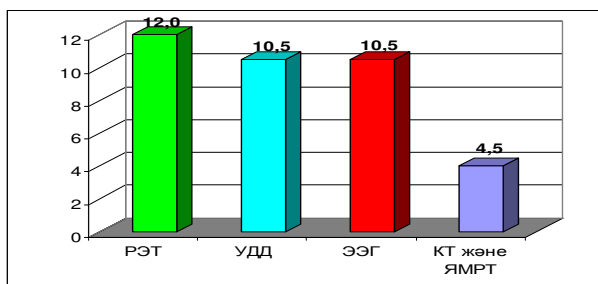
**РЕЗЮМЕ**

Научные результаты показывают, что реабилитационные мероприятия среди больных и инвалидов по церебральному инсульту должны организовываться согласно тяжести и степени поражения центральной нервной системы и функциональной недостаточности конечностей. Рациональная организация реабилитационных мероприятий дает хорошие медико – социальные результаты, что доказывается полученными данными.

SUMMARY

Scientific results of rehabilitation measures, which should be ornized among patients and disabled by cerebral stroke on the degree of the central nervous system and functional insuggiciency of the extremities described in this article.

Социологиялық зерттеу қорытындысы Шымкент қаласы тұрғындарының арасында инсультқа ұшыраған аурулардың толыққанды зерттелмегендігін көрсетеді. Бұл әсіресе кешенді зерттеу жұмысына байланысты айтылған мәселе. Әсіресе жаңа технологияларды қолдана отырып зерттеу жұмысы бұл аурулардың арасында мүлдем жүргізілмеген. Мысалы: КТ және ЯМРТ әдістерін қолданып зерттеу бар болғаны - 4,5% құраған. РЭГ - 12%, УДДГ - 10,5%, ЭЭГ - 10,5% ғана қарастырылған. Ал ЭХОЭГ әдісімен зерттеу және сонымен қатар көз түбін зерттеу жұмысы жақсы жолға қойылғандығын көрсетті (93,5-100%).(1 сурет)

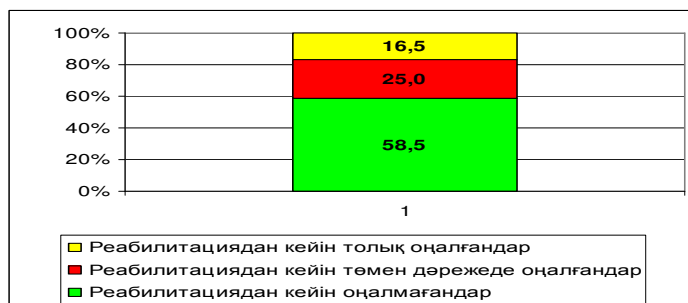


1 сурет - Инсультқа шалдыққан ауруларды кешенді зерттеулер ден

Осы ауру бойынша алғаш рет мүгедек деп табылған тұлғалардың материалдық жағдайын зерттеу олардың арасында әр бір отбасы мүшесіне есептегендегі табысы 9000 теңгеден асатындарының үлес салмағы - 45,2% жетті. 9000 теңге келетіндерінің үлес салмағы - 8,8%, 8000 теңге келетіндер үлес салмағы – 2,5%, 7000 теңге келетіндерінің үлес салмағы – 4%, қалған мүгедектердің отбасы мүшелеріне шаққанда 6000 теңгеден төмен табыс түседі (39,5%). Осыған қарағанда инсультпен ауырғандардың негізгі бөлігінің материалдық жағдайы төмен. Сондықтан олар қымбат тұратын диагностикалық шараларды қолдана алмайды. Инсультпен ауырған адамдардың өмір сүру сапасының нашарлауы олардың медициналық көмектің арнайы түрлеріне сұранысын төмендетеді және дер кезінде медициналық көмекті алуға кедергісін тигізеді. Яғни, социологиялық зерттеу қорытындылары инсультқа шалдыққан аурулардың дер кезінде медициналық көмекке қаралу оқиғаларының - 80,5% артпағандығын көрсетті. Олардың дер кезінде және қажетті емдік шараларды қабылдау деңгейі бар болғаны - 22% құрады.

Аурулардың сапалы емдік шараларға қол жетімдігі - 52% құрады. Жалпы, инсультқа шалдыққан аурулардың өз денсаулығының түзеліп кетуіне деген ынтасы аса жоғары емес (60,5%). Осы аурулардың оңалту шараларын қабылдауға жағдайы келе бермейді. Олардың арасында толыққанды оңалту шараларын жоғары дәрежеде алуға жағдайы барлары бар болғаны - 2,5% құрайды. Орташа дәрежеде оңалту шараларына жағдайы бар аурулардың үлес салмағы – 10% құрайды, оңалту шараларын төмен дәрежеде қабылдауға жағдайлары барлары – 58,5% құрайды. Ал оңалту шараларын қабылдауға жағдайлары мүлдем жоқтардың үлес салмағы – 29% дейін жетеді. Оңалту шараларының болашағын болжамдау оның жақсы болып аяқталатындығына күмән жоқ тұлғалардың үлес салмағының - 3% жететіндігін көрсетті. Бұл шаралардың салыстырмалы түрде жақсы болып аяқталатындығы мүмкін тұлғалардың үлес салмағы - 9,5%, ал күмәнді топқа жататындарының үлес салмағы - 64,5% құрады. Болжамды түрде оңалту шараларының ешқандайда дұрыс нәтиже бермейтіндердің үлес салмағы – 11,5% жетеді.

Алғаш рет әлеуметтік – медициналық сараптау комиссиясынан өткен ауруларда оңалтудың болашағын зерттеу олардың - 58,5% өте төмен, ал 25% толығынан оңалтудың нәтиже бермейтіндігі анықталды. Дәл осы аурулар мүгедектердің I және II тобын құрады. Ал оңалту шараларының жақсы нәтиже беру оқиғаларының саны – 16,5% жетті. (2 сурет)



2 сурет - Инсультке алғаш рет шалдыққан аурулардың оңалту шараларынан кейінгі оңалу оқиғаларының үлес салмағы (%)

Сал болған адамдарды еңбекке жарамды қалыпқа келтіру үлкен әлеуметтік-медициналық және экономикалық мәселе болып табылады. Аурудың болжамды болашағы немесе қандай жетістіктермен аяқталуы көптеген себептерге байланысты, ол себептер оңалту шараларының тиімділігін анықтайды. Біздің ғылыми-зерттеу жұмысымыз еңбек терапиясын 4 кезеңдік бағдарлама бойынша жүзеге асыру керектігін көрсетеді: 1 кезең - ауыр парездерге ұшыраған аурулармен жұмыс істеу. 2 кезең - орташа өзгерістері бар ауруларға арналған оңалту шаралары. 3 және 4 кезең - жеңіл қозғалыс бұзылыстары бар ауруларға арналған шаралардан тұрады. 1-ші және 2-ші кезеңдегі еңбек терапиясы қозғалысты белсендіру және қалыпқа келтіру әдістерінен тұрады. 3 және 4-ші кезеңдер аурулардың кәсіби машықтарын және



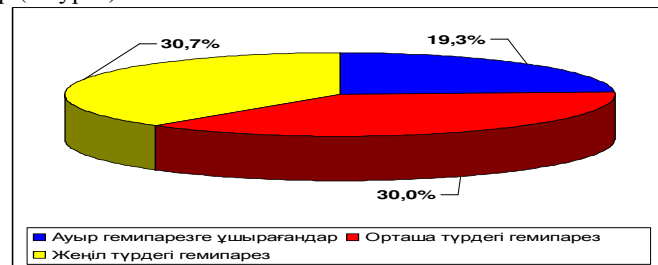
қозғалыстарын қалпына келтіруге бағытталған. 1- 3 кезеңдерде аурулар еңбекке толық немесе уақытша жарамсыз, ал 4-ші кезеңде аурулар өз кәсібіне оралады немесе қайта жұмысқа орналасуға тырысады.

Осылайша оңалту шараларын қабылдаған 140 аурудың амбулаторлық карталарындағы деректерді сараптау олардың еңбекке жарамдылығын қалыпқа келтіру шараларының жоғары тиімділігін байқатты: 140 аурудың 71,4% инсультке ұшырағаннан бұрын белгілі бір қызметте жұмыс атқарған. Олардың 17% - ауыр физикалық жұмыспен айналысқан, 59% - жеңіл дәрежедегі физикалық еңбекпен айналысса, 13% - ғылыми - техникалық саладағы жұмысшылар мен қызметкерлер болып шықты.(3 сурет)



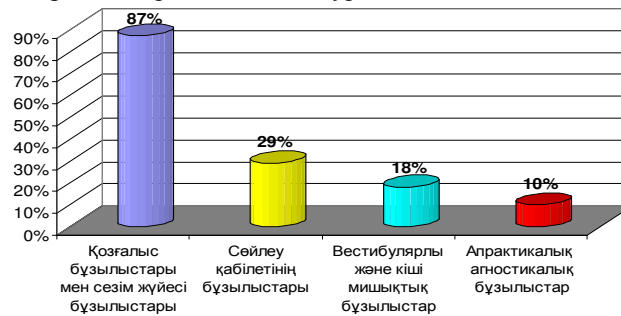
3 сурет. Инсультке ұшырағандардың қызметіне қарай таралуы (%)

Оңалту емін қабылдағандардың 19,3% - ауыр гемипарезге ұшырағандар, 30% - орташа, 30,7% - жеңіл түрдегі гемипарезге шалдыққандар.(4 сурет)



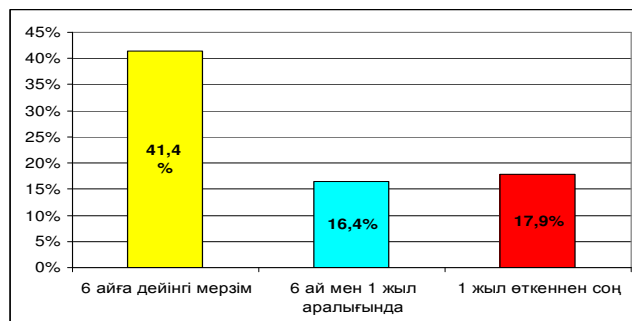
4 сурет. Инсульттан кейінгі қалыптасқан гемипарез түрлерінің таралуы (%)

Осы аурулардың арасындағы 87% қозғалыс бұзылыстарымен қатар сезім жүйесінің бұзылыстары анықталды, 29% сөйлеу қабілетінің бұзылыстары, 18% вестибулярлық және кіші мишықтық бұзылыстары, 10% апрактикалық - агностикалық бұзылыстар байқалды.(5 сурет)



5 сурет - Инсульт кезіндегі бұзылыстардың үлес салмағы (%)

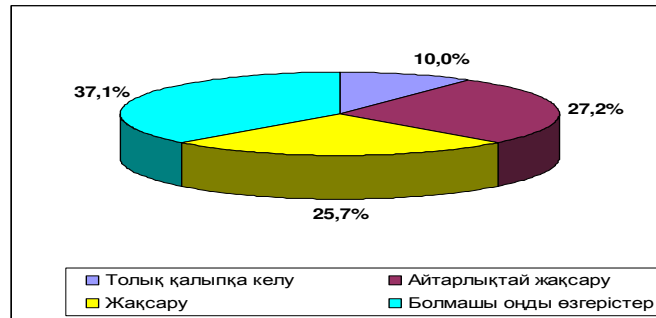
Аурулардың 75,7% инсульттан кейін бірден оңалту орталықтарына ем алу үшін қаралды. Олардың басым бөлігі инсульттан 6 ай өткеннен кейінгі мерзімде - 41,4%, инсульттан кейін 6 ай мен 1 жыл аралығында - 16,4%, аурудан кейін 1 жыл өткеннен соң немесе резидуальдық кезеңде - 17,9 % оңалту орталықтарында тіркелді.(6 сурет)



6 сурет - Оңалту орталықтарында тіркелу уақыты (%)

Оңалту курсынан кейін аурулардың 10% бұзылған қызметтерінің толық қалыпқа келуі байқалды. Айтарлықтай жақсару - 27,2%, ал жақсару - 25,7% байқалды. Аурулардың 37,1% болмашы оңды өзгерістер анықталды. Болмашы өзгерістер байқалған аурулардың басым бөлігі оңалту шараларын алуға өте кеш ұмтылыс жасаған.(7 сурет)

Оңалту шараларының клиникалық нәтижелері аурулардың әлеуметтік – тұрмыстық және әлеуметтік - еңбектік жағдайына өзгерістер енгізді. Аурулардың барлығы дерлік тұрмыстық жағдайын түзеп, үйінде белсенді жұмыстар атқара бастады. Ағайын - туғандарына тәуелділігі төмендеп, өзін – өзі қамтамасыз етуге жағдай пайда болды. Үй тірлігіне араласа бастайды. Инсульт алған аурулардың 62% еңбекке жарамдылығын қалпына келтірді.



7 сурет - Оңалту курсынан кейінгі бұзылған қызметтердің қалпына келу дәрежесі (%)

Инсульттан кейін оңалту шараларын алған науқастарға 1 жылдан кейін өткізілген кешенді тексеру осы шаралардың жоғары тиімділігін көрсетті.

Сонымен, церебральды инсультке ұшыраған мүгедектер арасындағы оңалту шараларын ерте кезеңнен және дұрыс ұйымдастыру жоғары тиімділігін береді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Котов С.В., Исакова Е.В. К вопросу об организации помощи больным инсультом в Московской области. // Материалы XI международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни». Москва. – 2-4 октября 2006 г. –с 42-45.
2. Газалиева Ш.М., Илюшина Н.Ю., Секенова Р.К. Технология реабилитации инвалидов с последствиями ерепно-мозговой травмы // Международная научно-практическая конференция «Инновационные технологии в области здравоохранения и медицинской реабилитации» - Алматы, 2003. – с. 219-228.
3. Исакова Е.В. Клинико-экономические и организационные аспекты оказания помощи больным церебральным инсультом./Автореф.дис.докт.мед.наук Москва 2007-47 с
4. Котов С.В., Неретил В.Я., Исаков Е.В. Новые подходы и перспективы в лечении и профилактике ишемического инсульта // В журнале «Альманах клинической медицины» М. –Т VIII-ч I 2005. с.216-219

ӘДК 614. 255. 13

#### УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ЕТУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ МІНЕЗДЕМЕСІ

*М.Б. Қаржаубаева, М.Ә. Бөлешов, Т.А. Маймаков*  
*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы.*  
*АО «Национальный медицинский холдинг», г.Астана*

#### РЕЗЮМЕ

Результаты научного исследования показали, что работа участковых врачей амбулаторно – поликлинических учреждений характеризуется высокой напряженностью. Социологическое исследование проведенное среди них показало, что 45% врачей оценивают свою работу как тяжелый труд, более 40% из них нарушают режим питания. На качество работы 45,7% врачей определенное влияние оказывает неблагоприятный психологический климат в коллективе и в семье. 99% участковых врачей ежедневно в течение 3 – 4 часов занимаются домашним хозяйством. Неблагоприятный труд приводит к повышению уровня заболеваемости у 60% врачей, из них 9% получили стационарное лечение. Всего 17% врачей охвачены профилактическими мероприятиями. Результаты исследования показали о наличии значительных резервов повышения уровня здоровья участковых врачей.

#### SUMMARY

The research results showed that the work of district physicians of outpatient clinics characterizes the high tension. Sociological research carried out among them showed that 45% physicians evaluate their work as hard work, more than 40% of them break the regimen of good. On the quality of 45,7 % of doctors some impact adversely the psychological climate in the community in the family. 99% doctors on a daily basis for 3-4 hours engages in household work. Un favorable labor leads to increased disease in 60% of doctors, of whom 9 % received hospital treatment. Only 17% of physicians covered by prophylactic action. The research results showed the presence of significant reserves improve health of local doctors.

Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіруде учаскелік қызметтің жұмысы ерекше орын алады. Учаскелік дәрігерлер барлық медицина қызметкерлерінің ішіндегі ең көп кездесетін дәрігерлер болып табылады. Оларға жыл бойы ересек тұрғындардың 60% , балалар мен жасөспірімдердің 75% қаралады. Өздерінің міндетін сапалы және жоғары дәрежеде атқаруы үшін олар өз біліктілігін тоқтаусыз жоғарылатып отыруы қажет. Бұл мақсатты жүзеге асыру үшін учаскелік дәрігерлердің мәдениетті, еңбек ету жағдайы, тұрмысы және денсаулығы жақсы болуы тиіс. Учаскелік дәрігерлердің 90 - 95% әйелдер, сондықтан олардың қосымша жүктемелері де бар. Оның ішінде үй шаруашылығымен айналысу, бала көтеру, оны босану және тәрбиелеп, өсіру міндеттері ерекше орын алады [1].

Сондықтан учаскелік дәрігерлердің өз қызметін атқарудағы еңбек ету жағдайын, тұрмысын, өз қызметіне қанағаттану дәрежесін қалай бағалайтындығы жоғары маңызға ие болып отыр. Сонымен қатар учаскеде жұмыс істеудегі болашақ жоспары мен мақсатын, кәсіби біліктілігін және мәдениетін арттыру мүмкіндігін анықтаудың да орны бөлек. Осы сұрақтарға жауап алу үшін учаскелік дәрігерлер арасында сұрақнама өткізілді. Сұрақнама арнайы бағдарлама арқылы жүзеге асырылды. Бағдарламаның алдына қойған мақсатына сәйкес оларға учаскелік дәрігер болып қалыптасу жолдары, біліктілігін жоғарылатудағы белсенділігі, еңбек ету жағдайы мен қызметін атқарудағы қиыншылықтар, өз жұмысына қанағаттану дәрежесі, учаскелік дәрігер болып жұмыс істеудің жоспарлы ұзақтығы, отбасылық – тұрмыстық жағдайы, өз денсаулығына көзқарасы туралы сұрақтар қойылды.

Дәрігерлердің жалпы қызметтік жүктемелерін және бос уақытын анықтау үшін олардың өз қызметіне, үй жұмыстарына, ұйқыға, демалысына және өз білімдерін жетілдіруге кететін уақытын сараптау тапсырылды. Осындай деректер дәрігерлердің жалпы тәуліктік уақытын жеке іс – шараларға жүктеу ерекшеліктерін анықтау үшін қажет болды. Алынған деректердің шынайылығын қамтамасыз ету үшін, дәрігерлермен жеке – жеке әңгімелесіп, оның өзге адамдарға құпиялығын жоғары дәрежеде қамтамасыз ету қажет болды. Сұрақнамаға 250 учаскелік дәрігерлер тартылды. Олар қаладағы 7 емханада және 12 дәрігерлік отбасылық амбулаторияларда жұмыс істейтін мамандар. Олар қала маңында учаскелік дәрігерлер болып істейтін мамандардың 35% құрады. Ал, жалпы учаскелік дәрігерлердің саны 714 адамды құрады. Сұрақнамаға тартылғандардың жастары бойынша таралуы төмендегідей болып шықты.

29 жасқа дейінгі үлес салмағы 26,2% құрады, 30 – 39 жасқа дейінгі үлес салмағы 34,8% құрады, 40 – 49 жасқа дейінгі үлес салмағы 22,7%, ал қалғанының жасы 50 – ден асқан мамандар болып шықты (16,3 %). Осы дәрігерлердің 38% учаскелік қызметтен бұрын бірнеше мамандықтарды өзгерткен. Сұрақнамаға тартылғандардың 63,5% педиатрия факультетін бітірген мамандар, 36,5% емдеу факультетін аяқтаған дәрігерлер.

Учаскелік дәрігерлер өзінің жұмыс жағдайы және жұмыс ауыртпалықтарын әр түрлі етіп бағалады. Дәрігерлердің 45% өз жұмысын өте ауыр деп бағалаған. Олардың осындай бағасы объективтік жағдайларға тура келеді. Себебі, олар аптаның 5 күні және кей жағдайларда сенбі күндері жұмыс атқарады және өзге дәрігерлерге қарағанда 3 сағаттан артық жұмыс істейді. Олардың жұмыс орнына жетуге кететін уақыт орта есеппен 50 – 60 минутты құрайды. Осыған қарағанда аптасына жол жүруге 11сағаттан артық уақыт құрайды. Учаскелік дәрігерлердің 20% медициналық бикештердің көмегісіз қабылдау жүргізеді. Басқаша айтқанда медициналық бикештердің жұмысын қоса атқарады.

Учаскелік дәрігерлердің 15% өзінің жеке қабалдау бөлмесі жоқ. Әрбір учаскелік дәрігерге бір қабылдау бөлмесі тиесілі. Сондықтан олардың жұмысы қосымша ауыртпалықтармен атқарылады. Учаскелік дәрігерлердің 40% астамы түскі асын ішпейді. Сондықтан олардың еңбек ету қабілеті түс қайта күрт төмендейді. Осыған қарағанда олардың жұмысы тәуліктің екінші жартысында аса тиімді емес. Сондықтан учаскелік дәрігерлердің 46% түс қайта немесе жұмыс басталғаннан 2 – 3 сағат өткеннен кейін өздерін шаршағандай сезінеді. Сонымен қатар жұмыста олар көптеген ұйымдастырушылық қиындықтарға ұшырайды. Ондай ұйымдастырушылық қиындықтарды дәрігерлердің 13% ғана атап өтпеген. Дәрігерлердің 87% ауруларды стационарға жатқызу үшін қиындықтарға ұшырайды.

Учаскелік дәрігерлердің 33% ауруларды мамандардың кеңесімен қамтамасыз етуде қиындықтарға ұшырайды. Дәрігерлердің 19% ішкі байланыстың жоқтығынан қиыншылықтарға ұшырайды. Дәрігерлердің 26% ішкі ереженің дұрыс еместігінен қиналысқа ұшырайды. Дәрігерлердің 57% өз учаскесін өзге дәрігерлердің қызмет көрсету аумақтарынан анағұрлым көп деп есептейді.

Учаскелік дәрігерлердің жұмысын ұйымдастыруда ұжымдағы психологиялық климат ерекше орын алады. Дәрігерлердің 70% ұжым мүшелерімен жақсы қатынас қалыптасқан. Алайда, учаскелік дәрігерлердің 21% еңбек ету ұжымдарында үнемі, күнделікті күйзелістік жағдайларға ұшырайды. Олардың жартысы аурулармен арақатынасқа байланысты, ал қалған жартысы өзінің әріптестерімен дұрыс қатынаспауынан туындайды. Учаскелік дәрігерлердің 34% күйзелістік жағдайлардың алдын – алу мүмкін емес деп есептейді. Жайлы психологиялық климат қалыптастыруда оларды материалдық тұрғыда ынталандыру ерекше орын алады [2].

Сұрақнаманың қорытындысы бойынша учаскелік дәрігерлердің 60% астамы жыл сайын материалдық тұрғыда ынталандырылған. Психологиялық климаттың жақсы болуына учаскелік дәрігерлердің өз жұмысына деген қанағаттануы ерекше орны алады. Учаскелік дәрігерлердің 46% өз жұмысына қанағаттанатындығын көрсетеді. Дәрігерлердің 76% үлкен ынтамен жұмыс істейді. Алайда, олардың ішінде өз жұмысына қанағаттанбайтын дәрігерлер бар. Олардың үлес салмағы 12% жетеді. Осы дәрігерлердің 7% өзге мамандықтарға ауысқысы келеді немесе учаскесін ауыстырғысы келеді.

Дәрігерлердің жұмыс сапасына олардың отбасылық жағдайы ерекше әсерін тигізеді. Сұрақнаманың қорытындысына қарағанда учаскелік дәрігерлердің 79,2% некеде тұрады. Орта есеппен екі балалары бар. Бұл дәрігерлердің балалары көбінесе мектепке дейінгі жастағы балалар. Сондықтан оларды күтуге, қамқорлыққа алуға өте көп уақыт кетеді. Учаскелік дәрігерлердің балалары көбінесе мектепке дейінгі тәрбиеленетін мекемеге барады (69,2%). Ал, қалғандары үйінде тәрбиеленеді. Сондықтан оларды күтіп – бағуға кететін дәрігерлердің уақтысы өте үлкен. Учаскелік дәрігерлердің 73% жеке тұрғын үймен қамтамасыз етілген. Алайда, олардың ішінде пәтер жалдап тұратындарының үлес салмағы да аз емес (27%) [3].

Учаскелік дәрігерлердің отбасы мүшелеріне балап есептегенде табысы орта есеппен 9200тг құрайды (89,3%). Ал дәрігерлердің 10,7% бұл көрсеткіштен төмен болып қалыптасқан. Учаскелік дәрігерлердің 25% әрбір отбасы мүшесінің тұрғын үйде тұру аумағы 6м2 төмен. Ал 50% астамында тұрғын үйдегі өмір сүру аумағы 10м2 жоғары. Осыған қарағанда учаскелік дәрігерлердің көпшілігі жайсыз тұрмыстық жағдайда өмір сүретіндігін көрсетеді. Учаскелік дәрігерлердің 27,9% отбасында дау – жанжал болатындығын атап өткен. Сондықтан олардың жұмыс сапасы және көңіл – күйі үнемі төмен болып қалыптасқан. Учаскелік дәрігерлердің 99% күнделікті үй жұмысымен айналасатындығын және оның 3 – 4 сағатқа созылатындығын атап көрсеткен. Осыған қарағанда учаскелік дәрігерлердің күнделікті атқаратын еңбегі 13 – 14 сағатқа созылады. Сондықтан дәрігерлердің көпшілігі жөнді ұйықтамайды және жұмысқа шаршап оралады. Олардың сұрақнамаға берген жауабында тек қана учаскелік дәрігерлердің 21% жұмысқа толық қуатпен, демалған күйде оралатындығын көрсетеді [4,5].

Жалпы учаскелік дәрігерлердің күнделікті бос уақыты 2,5 – 3 сағаттан артпайды. Ал бос уақытында көбінесе теледидар көрумен және газет – журналдар оқумен айналысады. Өздерінің біліктілігін арттыруға 30 – 40 минут уақыты бар. Учаскелік дәрігерлердің 56% арнайы медициналық әдебиеттерді оқиды. Олардың 40% пассивті демалыспен айналысады.

Пассивті демалыстың ұзақтығы 60 минуттан аспайды. Учаскелік дәрігерлердің еңбекке қабілеттілігін арттыратын олардың денсаулығы. Сондықтан олардың денсаулығы туралы мәліметтер жиналды. Жалпы учаскелік дәрігерлердің 75% тексерілген жылы өздерін нашар сезінетінін және шаршағандықтарын атап өткен. Учаскелік дәрігерлердің 60% ауруға байланысты аурушандық құжатын алған. Олардың 9% стационарлық жағдайда емделген. Учаскелік дәрігерлердің 38% созылмалы аурулары бар. Алайда осы ауру дәрігерлердің тек қана 56% білікті дәрігерлерге қаралады, ал қалғаны өз бетімен емделгенін айтады.

Учаскелік дәрігерлердің 94% жыл сайын қайталап медициналық профилактикалық тексерулерден өтеді. Алайда, дәрігерлердің профилактикалық кеңестерін тек қана олардың 17% орындайды. Учаскелік дәрігерлердің 12% күнделіктігіне тәрбиесімен айналысады.

Сонымен учаскелік дәрігерлердің еңбек ету жағдайы тұрмысы, өмір сүру салты, олардың еңбек ету жағдайына айтарлықтай әсерін тигізеді. Дәрігерлердің көпшілігі өз денсаулықтарына жөнді қамқорлық жасамайды. Алайда бұл себептердің болуының алады – алуға, олардың еңбек ету жағдайларын жақсартуға болады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Айтманбетова А.А. О положении медицинских работников в условиях рыночных отношений. //Новые технологии в медицине и фармации.: Материалы Международной конференции, посвященной 10 – летию независимости РК. – Астана, 2000. - с.15.
2. Айтманбетова А.А. Алматы қаласының бірқатар медициналық мекемелері дәрігерлерінің қоғамдағы әлеуметтік орны.//Медицина денсаулық жылдарында: Ғылыми, оқу - әдістемелік еңбектер жинағы. – Алматы, 2002- 7 – 10б.
3. Камалиев М.А., Шумбалов Н.М., Бигалиев М.Х. и др. Социологическая оценка профессии врача в современном обществе. //Проблемы фундаментальной науки и клинической медицины: сборник научных трудов КазНМУ. Алматы, 2004. – с. 169 -171.
4. Рева В.Д. Состояние здоровья врачей и его зависимость от условия труда и быта.// Автореф.дис.канд.мед.наук. Москва – 1988 –24с.
5. Алферова Т.С. Использование демографических методов для оценки состояния здоровья врачей.//Сб.: Медицина и демография. Москва. Новокузнецк, 1984. – с. 46 – 48.

УДК:613.6:543.383.2

#### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К РАЙОНУ ДИСЛОКАЦИИ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА

Г.А. Алиева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

#### ТҮЙІН

Мұнай өңдеу зауыты аумағында тұратын адамлар арасында қан және қан жасау орандарының, тыныс алу және нерв жүлесі аурулағы жоғары жүлесі аурулағы жоғары денгелде қалыптасқан. Олардың қалыптасуына мұнай өңдеу зауытынан бөленетін қалдықтардың әсері, оның ішінде көмір сутектерінің зияндылығы ерекше екендігі ғылыми зерттеу жұмысының қортындысында анықталды.

## SUMMARY

The results of research showed, that in the region of deployment of the oil-refinery factory increases a sick-rate of the population at diseases of blood and blood producing organs, diseases of the respiratory organs, the nervous system and the sense organs, which for certain connects with the polluted atmospheric air by discharge of the oil-refinery industry, supporting hydrocarbon compounds.

Здоровье человека - естественное состояние организма, характеризующееся его уравниванием с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений. Такой подход характеристики здоровья особенно важен в отношении населения, проживающих в зоне экологических отклонений, где загрязнение окружающей среды происходит химическими поллютантами малой интенсивности. [1,2]

Состояние здоровья населения закономерно рассматривают как одну из важных медико-социальных критериев оценки экологической ситуации и условий их жизни в целом. Основными источниками загрязнения атмосферы промышленных городов являются выхлопные газы автотранспорта, выбросы стационарных производственных объектов и объектов быта. В загрязнении атмосферы городов велика доля выбросов промышленных предприятий расположенных вблизи селективных зон. При этом на долю предприятий нефтепереработки приходится около половины выбросов сернистого ангидрида, более 60% оксида углерода, более 90% сероводорода. [3,4]. У населения, проживающие в селективных зонах промышленного района с различными видами загрязнений, атмосферный воздух индекс здоровья 2-3 раза ниже, чем у населения контрольных районов.

Население, которое подвергается воздействию углеводородных соединений нефтепереработки, болеет 3 раза чаще, чем те лица, которые не подвергаются влиянию выбросов нефтеперерабатывающего завода. Для установления истинного состояния заболеваемости населения, проживающего в районе дислокации нефтеперерабатывающего производства, выполнен углубленный медицинский осмотр. Общее число выставленных диагнозов (без учета стоматологии) составило в юго-восточной зоне- 245,9 на 100 осмотренных, в северо-западной зоне- 164,3 на 100 осмотренных. о время медицинского осмотра около 75% диагнозов было составлено впервые.

**Ранговая структура классов болезней детского населения имела следующий вид:**

Юго-восточная зона	Северо-западная зона
1. Болезни крови и кроветворных органов (87,26 на 100 осмотренных)	1. Болезни крови и кроветворных органов (68,73 на 100 осмотренных)
2. Болезни органов дыхания (34,98 на 100 осмотренных)	2. Болезни эндокринной системы (19,64 на 100 осмотренных)
3. Болезни нервной системы (26,32 на 100 осмотренных)	3. Болезни глаза и его придатков (16,28 на 100 осмотренных)
4. Болезни глаза и его придатков (27,40 на 100 осмотренных)	4. Болезни органов дыхания (13,70 на 100 осмотренных)

В юго-восточной зоне у детей достоверно чаще, чем у северо-западной зоны регистрировались болезни крови и кроветворных органов, психические расстройства, болезни нервной системы, болезни глаза и его придатков, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни мочеполовой системы, врожденные аномалии и пороки развития.

В северо-западной зоне выявлен достоверно более высокий уровень болезней уха и сосцевидного отростка, болезней кожи и подкожной клетчатки.

Болезни органов дыхания во всех исследуемых объектах представлены в основном хроническими болезнями миндалин и аденоидов, хроническим ринитом, назофарингитом и фарингитом. Болезни нервной системы были представлены в основном вегето-сосудистой дистонией и внутричерепной гипертензией. Вегето-сосудистая дистония достоверно чаще встречалась среди детского населения юго-восточной зоны, чем в северо-западной зоне. Уровни распространенности внутричерепной гипертензии относительно равны в исследуемых населенных пунктах. Болезни глаза и его придатков были представлены в основном нарушениями рефракции и аккомодации (гиперметропия, миопия). Болезни эндокринной системы достоверно чаще регистрировались в северо-западной зоне (19,64 на 100 осмотренных). Наиболее распространенной патологией являлся эндемический зоб. Стоматологическая патология достоверно чаще регистрировалась у детей, проживающих в юго-восточной зоне (100,4 на 100 осмотренных). Наиболее распространенными патологиями были кариес, гингивит и болезни пародонта. Общий уровень патологической пораженности подростков составило в юго-восточной зоне 285,1 на 100 осмотренных, в северо-западной зоне – 241,2 на 100 осмотренных.

В среднем около 79% диагнозов было выставлено впервые. Среди подростков проживающих в юго-восточной зоне, достоверно чаще регистрировались психические расстройства, болезни нервной системы,

болезни глаза и его придатков, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В северо-западной зоне выявлен более высокий уровень болезней крови и кроветворных органов, болезни эндокринной системы, болезни уха и сосцевидного отростка.

Среди болезней органов дыхания чаще встречались хронические риниты, назофарингиты и фарингиты, хронические болезни миндалин и аденоидов. Эти патологии достоверно чаще регистрировались в юго-восточной зоне. Болезни кожи и подкожной клетчатки достоверно чаще регистрировались среди подростков в северо-западной зоне (28,43 на 100 осмотренных). Среди подростков выявлен значительный уровень распространенности стоматологической патологии. Максимальный уровень зарегистрирован в юго-восточной зоне (155,9 на 100 осмотренных). Взрослое население, проживающее в юго-восточной зоне имеет более высокий уровень патологической пораженности составляет 423,1 на 100 осмотренных. В среднем более 61% диагнозов выставлено впервые.

**Ранговая структура классов болезней взрослого населения имеет следующий вид:**

Юго-восточная зона	Северо-западная зона
1. Болезни крови и кроветворных органов (66,25 на 100 осмотренных)	1. Болезни крови и кроветворных органов (57,43 на 100 осмотренных)
2. Болезни мочеполовой системы (51,26 на 100 осмотренных)	2. Болезни мочеполовой системы (55,25 на 100 осмотренных)
3. Болезни глаза и его придатков (46,31 на 100 осмотренных)	3. Болезни системы кровообращения (34,26 на 100 осмотренных)
4. Болезни органов дыхания (39,32 на 100 осмотренных)	4. Болезни органов пищеварения (41,39 на 100 осмотренных)

В юго-восточной зоне достоверно чаще регистрировались болезни крови и кроветворных органов, психические расстройства, болезни глаза и его придатков, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, в северо-западной зоне – болезни уха и сосцевидного отростка. Болезни крови и кроветворных органов представлены анемиями. Данная патология чаще встречалось у женщин. В юго-восточной зоне показатель заболеваемости женщин равен 82,09 на 100 осмотренных, а в северо-западной зоне- 73,57 на 100 осмотренных. Уровень распространенности анемий среди женщин фертильного возраста составил соответственно 83,0 на 100 осмотренных, 72,93 на 100 осмотренных.

Сравнение результатов медосмотра с материалами ЮНИСЕФ свидетельствует о достоверно более высоком уровне распространенности анемий среди женщин фертильного возраста юго-восточной зоны. Здесь выявлен достоверно больший удельный вес женщин с анемией средней степени тяжести и тяжелой. Уровень распространенности болезней мочеполовой системы представлен хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью и воспалительными болезнями женских тазовых органов. Наиболее высокий показатель патологической пораженности населения данным классом болезней зарегистрирован в юго-восточной зоне.

Болезни органов дыхания наиболее распространены среди жителей юго-восточной зоны (39,32 на 100 осмотренных). Данный класс болезней представлен хроническим ринитом, назофарингитом и фарингитом, хроническими болезнями миндалин и аденоидов, хроническим бронхитом. Уровень распространенности стоматологической патологии юго-восточной зоны равен 173,2 на 100 осмотренных, а северо-западной зоне 76,64 на 100 осмотренных. Проведенный медицинский осмотр впервые позволил получить объективную характеристику здоровья населения юго-восточной зоны.

Таким образом, установлены статистически достоверные различия заболеваемости между жилыми зонами. В целом, жители поселка юго-восточной зоны болеют чаще такими заболеваниями, как болезни крови и кроветворных органов, болезни органов дыхания, болезни глаза и его придатков, психические расстройства, болезни нервной системы.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Садибекова Ж.У. Особенности формирования здоровья работающих в нефтеперерабатывающем производстве: автореф. дис. канд. мед. наук.- Бишкек, 2002. С.26.
2. Жайсакова Д.Е. Клинико-эпидемиологическое обоснование патологии ЛОР - органов среди населения и работающих в условиях экологически неблагоприятного региона Западного и Южного Казахстана: автореф. дисс. докт. мед. наук.- Астана, 2001. с.48.
3. Михайлова Е.В. Состояние здоровья детей в условиях загрязнения атмосферного воздуха // Гигиена и санитария. 2005. -№2. с. 49-51.
4. Кынатбеков Б.Ж., Конакбаева З.К. Уровень и структура истинной заболеваемости населения, проживающего вблизи газоперерабатывающего завода// Здравоохранение Казахстана. - 1998г. №1-2. -С.15-46.

УДК – 616.831.319-008.6-036.22

## ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИНСУЛЬТ БОЙЫНША МҮГЕДЕКТІК ОҚИҒАЛАРЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

С.Қ. Еркебаева

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы.

## РЕЗЮМЕ

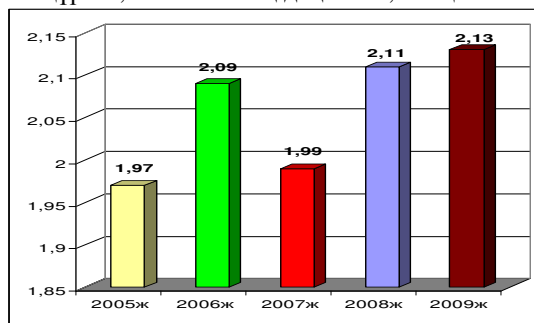
Среди жителей города Шымкента растет уровень инвалидности в связи с церебральным инсультом, которые обусловлены артериальной гипертензией, атеросклерозом сосудов головного мозга, сахарным диабетом. Последствия церебрального инсульта усугубляются в связи с некачественной организацией и несвоевременностью стационарного лечения, а также неправильной организацией реабилитационных мероприятий.

## SUMMARY

Among residents of the city of Shymkent increases the level of disability due to cerebral stroke, which are caused by arterial hypertension, cerebral arteriosclerosis, diabetes mellitus.

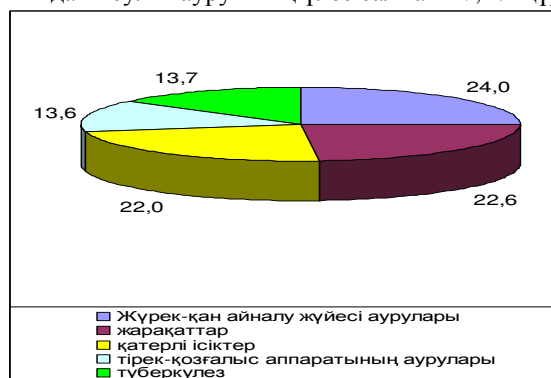
Consequence of cerebral stroke, compounded by the poor organization of the rehabilitation care.

Церебральды инсульт ауруына байланысты туындаған мүгедектік пен ерте жастан өлім оқиғаларын төмендету үшін науқастардың арасында кешенді зерттеу жұмысын жүзеге асыру арқылы әлеуметтік тұрғыда негізделген оңалту шараларының бірыңғай жүйесін жасауға қол жеткізілді. Қазіргі таңда церебральды инсульты бар науқастарға ұйымдастырылатын алғашқы медициналық көмек сапасы төмен. Әсіресе амбулаторлық – емханалық және жедел медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру мәселесі ақсап жатқандығын көрсетіп отыр. Осы науқастар арасындағы медициналық көмекті ұйымдастыруды ғылыми тұрғыда негіздеу үшін кешенді зерттеу жұмыстары жүзеге асырылды. Оны арнайы бағдарлама бойынша және жетік әдістемелерге сүйене отырып жүргіздік. Зерттеу барысында медициналық – статистикалық, социологиялық сараптау және математикалық модельдеу әдістері қолданылды. Біздің зерттеуімізге инсульт ауруына шалдығып, мүгедек болған 140 ауру тартылды. Олардың арасында сұрақнама әдісімен медициналық көмек сапасы және оңалту шараларының тиімділігі анықталды. Сонымен қатар денсаулық сақтау мекемелерінде жүргізілген ресми медициналық құжаттардың көмегімен аурушандық, мүгедектік және ерте жастан өлім оқиғаларының осы науқастар арасында таралу деңгейі кешенді түрде зерттелді. Біз жинаған статистикалық деректерге қарағанда алғашқы мүгедектік көрсеткішінің деңгейі динамикалық өсу үстінде екендігі байқалады. Егер 2005 ж. алғашқы мүгедектіктің деңгейі 1,97 оқиғаны құраса, 2009ж. оның деңгейі 2,13 оқиғаға жетіп отыр. (1 сурет)



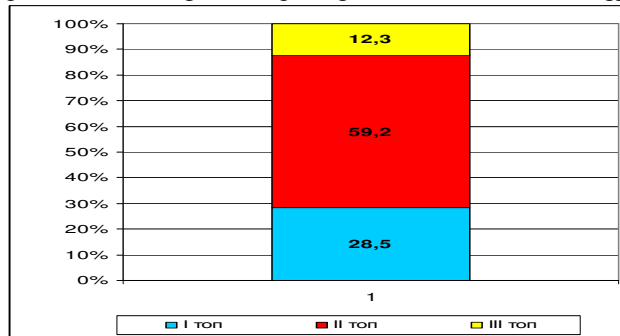
1 сурет - Церебральды инсульт ауруынан туындаған алғашқы мүгедектік (%)

Айта кететін жағдай мүгедектіктің динамикасы алғашқы жылдан бастап тоқтаусыз өсе беруде. Алғашқы мүгедектіктің құрылымы бойынша мынандай ерекшеліктер анықталды. Мүгедектікке алып келген аурулардың негізгі бөлігін қанайналым жүйесінің ауруларынан туындайтын алғашқы мүгедектік құрап отыр (24,0). Дәл осы мүгедектің құрамында инсульт ауруының үлес салмағы 7,4% құрайды. (2 сурет)



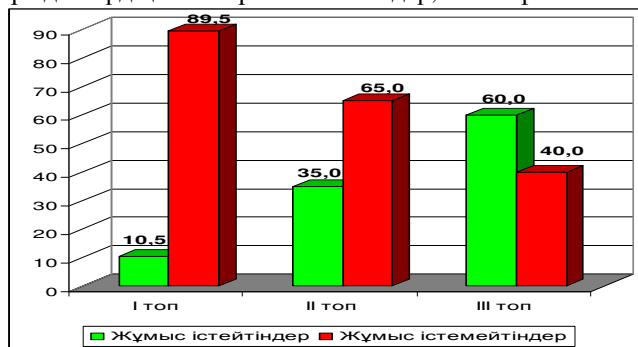
2 сурет - Алғашқы мүгедектіктің құрамдық ерекшеліктері (%)

Инсульт ауруынан туындайтын мүгедектіктің жоғарылауына ең үлкен үлес қосатын 40 – 58 жас аралығындағы тұрғындар, ал мүгедектіктің топтарына жіктеу I топқа жататындардың үлес салмағы – 28,5%, 59,2% - II топтағы мүгедектер, III топтағы мүгедектердің үлес салмағы – 12,3% құрайды.(3 сурет)



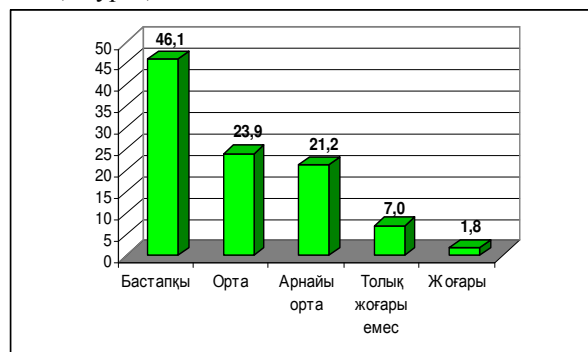
3 сурет - Инсульт ауруы бойынша мүгедектердің топтық ерекшеліктері (%)

I топтағы мүгедектердің арасында жұмыс істейтіндерінің үлес салмағы – 10,5%, жұмыс істемейтіндерінің үлес салмағы – 89,5%. II топтағы мүгедектердің 35% жұмыс істейтіндер, 65% жұмыс істемейтіндер. III топтағы мүгедектердің 60% жұмыс істейтіндер, 40% жұмыс істемейтіндер.(4 сурет)



4 сурет - Инсульттен мүгедек болған аурулардың еңбек етуге қатынасы (%)

Алғаш рет инсульттен мүгедек болғандардың денсаулығына кәсіби – өндірістік себептерінің әсерін бағалау үшін жұмысшылар мен қызметкерлер арасында алғашқы рет мүгедектікке ұшырағандардың деңгейі мен құрамын зерттедік. Алғаш рет церебральды инсульт ауруына байланысты мүгедектікке ұшырағандардың 69,5% жұмыс істемейтін тұлғалар болып шықты. Олардың 45,3% әйелдер, 54,7% ер кісілер болып шықты. Мүгедектікке ұшырағандардың 30,5% жұмыс істейтіндер қатарына жатады. Олардың 22,9% әйелдер, 77,1% ер кісілер болып шықты. Алғаш рет мүгедектікке ұшырағандардың әлеуметтік құрамын зерттеу олардың 72,5% жұмысшылардан, 21% қызметкерлерден тұратындығы анықталды. Алғаш рет мүгедектікке шыққандардың 6,5% жұмысы мен кәсібі болмаған. Жұмысшылардың арасында туындаған мүгедектіктің негізгі себебі (72,5%) ишемиялық инсультқа байланысты болып шықты, қалғаны геморрагиялық. Инсультқа ұшырағандардың денсаулық жағдайының олардың мүгедектік тобына, емделу сапасына, стационарлық емді қабылдау жиілігіне және оңалту шараларының сапасына тікелей корреляциялық байланысы бар. Церебральды инсультпен әлеуметтік категория аурулардың дер кезінде медициналық көмекке қаралуына әсерін тигізеді. Зерттеу нәтижелері ауыр физикалық еңбекпен айналысатын жұмысшылардың арасындағы мүгедектік оқиғаларының өте ауыр болып қалыптасатындығын және көптеген асқынуларға алып келетіндігін анықтады. Оған медициналық көмекті дер кезінде алмау және тексерулердің толық болмауы себеп болады. Зерттеу нәтижелері церебральды инсультпен ауырғандардың білім деңгейіне қарай таралу нәтижелерін көрсетті. Олардың негізгі бөлігі (46,1%) білімдері төмен, бастапқы деңгейдегі білімі бар тұлғалардың арасында ұшырасатындығы анықталды. Орта білімділер арасында церебральды инсульт оқиғалары 23,9% жетті, орта арнайы білімділерде 21,2%, білімдері толығынан жоғары емес тұлғалардың арасында 7% болса, жоғары білімділердің арасында 1,8% құрайды.(5 сурет)



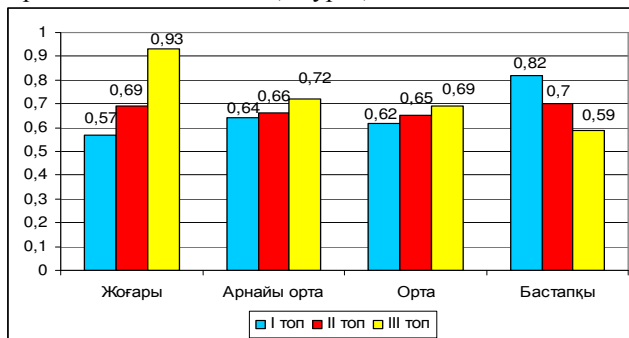
5 сурет - Миына қан кеткен аурулардың білім деңгейі (%)



Бұл жағдай білімі жоғары тұлғалардың арасында өз денсаулығына деген қамқорлықтың және медициналық белсенділіктің жақсы екендігін көрсетеді, ал неғұрлым білімі төмен болған сайын аурулардың арасында өз денсаулығына деген қамқорлық нашар, санитарлық – медициналық білімі төмен және дәрігерлерге дер кезінде қаралу оқиғалары сирек болып қалыптасқан.

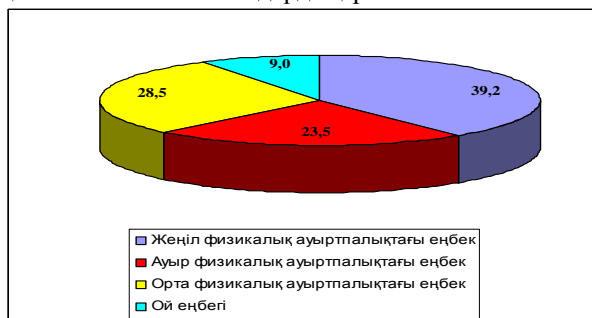
Алынған нәтижелердің қорытындысы мынадай деректерді көрсетті: I топтағы мүгедектердің арасында білімі төмен, орта және арнайы орта тұлғалардың үлес салмағы 90% жетеді. II топтағы мүгедектердің арасында білімі төмен, орта және арнайы орта тұлғалардың үлес салмағы 82,3% құрайды. III топтағы мүгедектердің арасында білімі жоғары тұлғалардың үлес салмағы 32,9% жетеді.

Сонымен қатар инсульт бойынша мүгедектіктің білімі мен мүгедектік тобының тікелей және жоғары корреляциялық байланысы бар екендігі анықталды.(6 сурет)



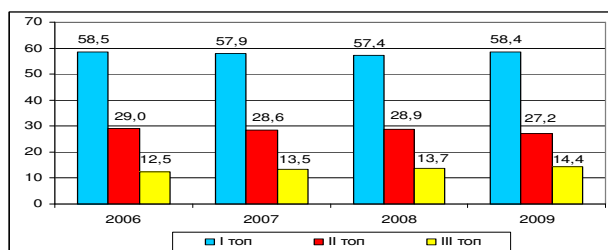
6 сурет - Мүгедектік топтарының аурулардың білім деңгейіне корреляциялық байланыстығыздығы ( $r=0-1.0$ )

Мүгедектіктің кәсібі бойынша таралуын сараптау мынандай ерекшеліктерді анықтады: жұмысшылардың арасында жеңіл физикалық еңбекпен айналысатындары 39,2% құрады, ауыр физикалық еңбекпен айналысатындары 23,3% құрады, орта дәрежедегі физикалық еңбекпен айналысатындардың үлес салмағы 28,5% түзеді, ал ой еңбегімен айналысатындардың үлес салмағы 9% жетеді.(7 сурет)



7 сурет - Церебральды инсультке шалдыққан аурулардың алғашқы мүгедектігінің еңбек ету ерекшелігімен байланысы (%)

Церебральды инсульт ауруына байланысты қалыптасқан мүгедектік дәрежесінің таралу динамикасын сараптау (2006 – 2009ж.ж) I топтағы мүгедектердің бірте – бірте азайғандығын байқатты.(8 сурет)



8 сурет. Церебральды инсульт ауруына байланысты қалыптасқан мүгедектік дәрежелерінің таралу динамикасы (%)

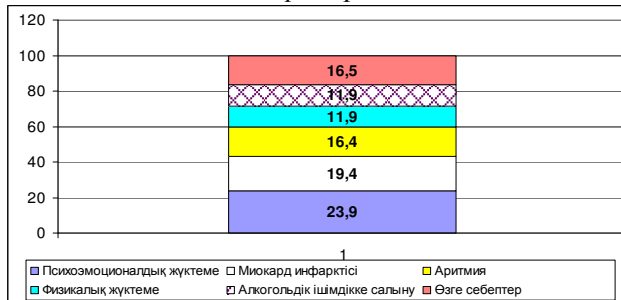
Егер 2006ж. олардың жалпы мүгедектік ішіндегі үлес салмағы - 29% құраса, 2007ж. - 28,6%, 2008ж. - 28,9%, ал 2009ж. - 27,2% құрап отыр, яғни церебральды инсультке байланысты мүгедектің ең ауыр түрлері (I топ) бірте – бірте төмендеп келе жатқандығы көрініп отыр. Оның негізгі себебіне тұрғындардың арасында салауатты өмір сүру салтын уағыздау жұмысының белсенді ұйымдастырылуы, аурулардың диспансеризациясының жақсаруы, олардың медициналық және санитарлық білімінің артуы, өз денсаулығына деген қамқорлықтың жоғарылауы сияқты себептердің оңды ықпалынан туындаған деп есептеу керек.

II топ мүгедектерінің жалпы мүгедектік көрсеткішінің ішінде таралуы біршама өзгерістерге ұшырады, оның динамикасында да бірте - бірте, бірақ өте төмен мөлшерде үлес салмағының азаюы байқалады. Егер

2006ж. оның жалпы мүгедектіктің ішіндегі үлес салмағы 58,5% құраса, 2007ж. 57,9%, 2008ж. 57,4%, 2009ж. 58,4% құрады. Алынған нәтижелер осы аурулар бойынша қалыптасқан II топ мүгедектік оқиғаларының бірте – бірте төмендеу үстінде екендігін байқатты. Бұл жағдайды да жоғарыда атап өткен профилактикалық шаралардың тиімділігі арқылы түсіндіруге болады.

I және II топтағы мүгедектердің үлес салмағының төмендеуі III топ мүгедектерінің үлес салмағының бірте – бірте жоғарылауына себеп болып отыр. Егер 2006ж. олардың үлес салмағы 12,5% құраса, 2007ж. 13,5%, 2008ж. 13,7%, 2009ж.14,4% құрады. Сонымен зерттеу нәтижелері церебральды инсультқа байланысты туындаған мүгедектіктің бірте – бірте жеңіл түрде қалыптасуына жағдай туғандығын және профилактикалық шаралардың анағұрлым тиімді бола бастағандығын байқатады.

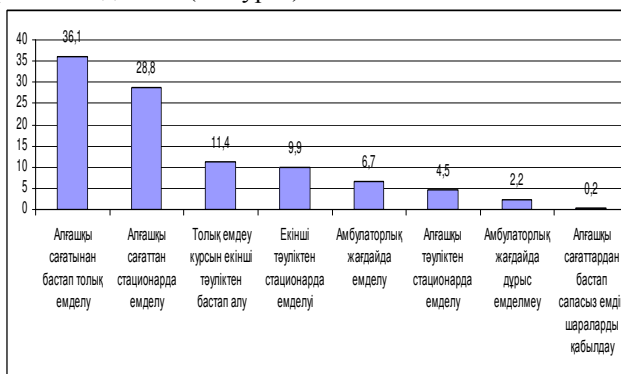
Зерттеу барысында алынған нәтижелерге қарағанда церебральды инсультке алып келетін қатерлі себептер қатары көп жағдайда дұрыс анықталмаған (55%). Инсультке алып келетін негізгі себептердің алдыңғы қатарында психоэмоционалдық жүктемелер бар. Осы себептердің қосатын үлес салмағы - 23,9% жетті. Екінші рангалық орында миокард инфарктісі. Оның инсульт ауруына қосатын үлесі - 19,4% жетеді. Үшінші орында аритмиялар (16,4%), ал төртінші орында физикалық жүктемелер мен алкогольдік ішімдіктерді қабылдау (әрқайсысы 11,9%) орналасқан. Өзге белгісіз себептердің үлесіне - 16,5% тиесілі болып отыр.(9 сурет)



9 сурет - Инсультке алып келетін қатерлі себептердің таралу деңгейі (%)

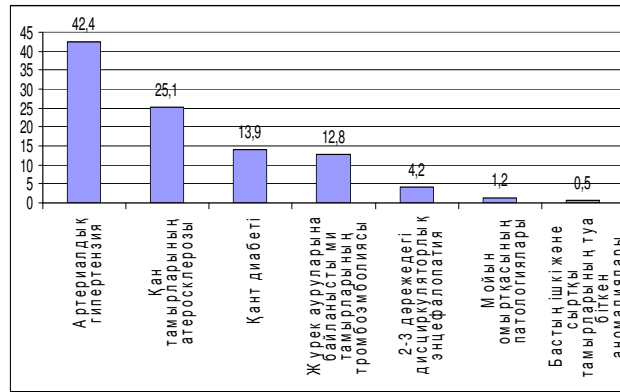
Инсульт ауруына байланысты дер кезінде адекваттық емдік шаралармен қамтамасыз етілу деңгейін зерттеу алғашқы сағаттан бастап толыққанды емделу шараларын алғандардың үлес салмағы - 36,1% құрағандығын көрсетті. Олардың ішінде алғашқы сағаттан бастап стационарда емделгендердің үлес салмағы - 28,8% жетті. Толық емдеу курсы екінші тәуліктен бастап алғандардың үлес салмағы - 11,4% құрады, екінші тәуліктен бастап стационарда емделгендердің үлес салмағы - 9,9% құрады. Амбулаторлық жағдайда емделгендердің үлес салмағы - 6,7% болды, ал алғашқы тәуліктен стационарда емделгендердің үлес салмағы - 4,5 % түзеді. Амбулаторлық жағдайда дұрыс емделмегендердің үлес салмағы - 2,2% жетті, ал алғашқы сағаттардан бастап сапасыз емдік шараларды қабылдау оқиғаларының үлес салмағы - 0,2% құрады.(10 сурет)

Бұл аурудың туындауына артериалды гипертензияның қосатын үлес салмағы - 42,4% болса, қан тамырлардың атеросклерозы инсульт ауруының туындауына - 25,1% дейін үлес қосады. Қант диабеті - 13,9%, жүрек ауруларына байланысты ми тамырларының тромбоэмболиясы - 12,8% үлес қосады. 2 және 3 – дәрежедегі дисциркуляторлық энцефалопатия және мойын омыртқаларының патологиялары біріге отырып церебральды инсульттің дамуына - 5,4% үлес қосады. Бастың ішкі және сыртқы тамырларының туа біткен аномалиялары - 0,5% өз әсерін тигізеді екен.(11 сурет)



10 сурет - Инсультқа байланысты дер кезінде адекватты емдік шаралармен қамтамасыз етілу деңгейі (%)

Сонымен, Шымкент қаласы тұрғындары арасында церебральды инсульт ауруынан туындаған алғашқы мүгедектік оқиғалары артериалдық гипертензияның, қан тамырлары атеросклерозының, қант диабетінің және ми – қан тамырларының тромбоэмболиясының жиілеуінен, сонымен қатар аурулардың дер кезінде және сапалы стационарлық көмекпен қамтамасыз етілмеуінен динамикалық тұрғыда өсу үстінде.



11 сурет - Инсульт ауруының этиологиясы бойынша таралуы (%)

## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Булешов М.А.,Тубанова М.А.,Саурбаева Б.Д.,Есалиев А.А. Методические проблемы изучения здоровья населения в условиях воздействия многофакторных динамических систем . // Труды международной научной конференции – Шымкент 2008.-с.222-225.
2. Исакова Е.В. Клинико-экономические и организационные аспекты оказания помощи больным церебральным инсультом./Автореф.дис.докт.мед.наук Москва 2007-47 с
3. Котов С.В., Неретил В.Я., Исаков Е.В. Новые подходы и перспективы в лечении и профилактике ишемического инсульта // В журнале «Альманах клинической медицины» М. –Т VIII-ч I 2005. с.216-219

УДК 612.223.3: 546.81: 314.4

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.М. Саркулова, Д.М. Булешов

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

## ТҮЙІН

Зерттеу нәтижесі қорғасын өндірісі жұмысшылары арасында таралған жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының түзелуіне медициналық-әлеуметтік себептердің қосатын үлесі айтарлықтай жоғары екендігі анықталып отыр. Жұмысшылар арасында гиперхолестеринемия, гипокинезия, Семіздік Темекі тарту және алкогольдік ішімдікке салыну оқиғалары өте жоғары болып шықты. Сонымен қатар зиянды еңбек ету ортасында ұзақ жылдар бойы жұмыс атқару қанайналу жүйесі ауруларының деңгейін арттыра түседі.

## SUMMARY

The long work in unfavorable conditions of the lead production, hypercholesterolemia, hypodynamy, obesity, smoking and alcohol drinking are the main causes of increasing the spread of cardiovascular disease at the lead factory.

В научных исследованиях в области общественного здравоохранения не уделяется должного внимания вопросам интегрированного влияния социальных, экологических и производственных профессиональных факторов на уровень распространенности и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Между тем, решение данной проблемы особенно актуально для работающих на промышленных предприятиях, так как в отдельных производственно-профессиональных группах отчетливо проявляется негативное влияние факторов условия труда на уровень и структуру сердечно-сосудистых заболеваний у работающего населения. Между тем, традиционный акцент на совершенствование методов диагностики и лечения уже развивающихся заболеваний не может принципиально изменить неблагоприятную ситуацию сложившуюся с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Достижения в области снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, отмеченных в развитых Европейских странах, объясняются не только повышением эффективности медикаментозной терапии и успехами кардиохирургии, но и активным и правильным проведением целого комплекса профилактических и оздоровительных мероприятий среди здорового контингента населения с учетом их социальных и профессионально-производственных особенностей.

Среди лиц основного производства уже в молодом возрасте (20-29 лет) отмечали меньшую частоту встречаемости здоровых рабочих. Среди малостажированных лиц удельный вес здоровых составил 67,7%, а после 10 работы лет работы он резко снижался - на 27,7%. То есть, среди рабочих основного свинцового производства после 10 лет работы процент здоровых лиц сокращался до 50% и был достоверно ниже, чем в контрольной группе (p<0,05).

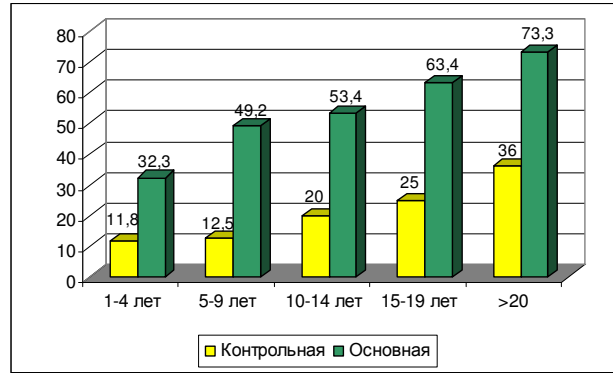


Рисунок 4 - Частота артериальной гипертензии у рабочих в зависимости от стажа

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в современных условиях зависит не только от влияния экологических факторов риска, но и воздействием на их частоту ряда социальных факторов, непосредственно связанных с образом жизни, условиями труда и быта. Изучение распространенности случаев избыточной массы тела показало, что среди рабочих основных профессии его показатель составил 12,9%, вспомогательной группе 8,8%, а в популяции 8,6%. В целом избыточная масса тела (ИМТ) выявлена у 12,7% мужчин и 13,1% женщин, занятых во вредных условиях труда на производстве. Изучение распространенности случаев избыточной массы тела по возрастным группам показало, что в возрасте 20-29 лет. Избыточная масса тела выявлена у 2,2%, в возрасте 30-39 лет у 5,8%, в возрасте 40-49 лет у 17,2%, в возрасте 50-59 лет у 19,4%, а в возрасте 60 лет и старше у 18,6%.

В случаях распространенности ИМТ достоверная разница у рабочих основной профессии встречалась в возрасте 40-49 лет (17,2%) и почти на 6,3% и 7,4% превысила уровень показателя, сложившихся у рабочих вспомогательной профессии и городской популяции. Изучение распространенности избыточной массы тела в зависимости от стажа работы на производстве показала, что она как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний достоверно чаще ( $p > 0,01$ ) встречается у рабочих основной группы при стаже 11-15 лет и повышает показатель рабочих вспомогательной профессии 3,8 раза, при стаже 16-20 лет 4,2 раза и при стаже более 20 лет почти 4,5 раза. Как известно, все негативные характеристики образа жизни в той или иной мере способствуют увеличению уровня общей заболеваемости, в частности уровня заболеваемости болезнями органов кровообращения. Изучение образа жизни работающих свинцового производства показывает, что наиболее весомый отрицательный вклад на состояние здоровья обследуемой группы вносят курение и употребления алкоголя.

Полученные научные данные показали, что 68,1% работающих свинцового производства курят, в том числе 83,4% мужчин, 23,9% женщин. Установлено, что в возрасте 20-29 лет курят 37,9% работающих в основных цехах и 38,6% работающих во вспомогательных цехах. В возрастной группе 30-39 лет - 74,3% рабочих основных профессии и 72,1% вспомогательного персонала; 40-49 лет - 88,5% и 87,4% курящих работников соответственно. Этому возрасту приходится самый высокий уровень распространенности случаев курения, а в последующих возрастных группах наблюдается снижения уровня случаев распространенности курения. Изучение количества выкуриваемых сигарет в день в зависимости от возраста курящих показало, что среди них более 65,7% выкуривают за день до 10 сигарет, 25,2% до 15 сигарет и 4,1% более 15 сигарет и 4,8% до 5 сигарет в день.

Таким образом с увеличением возраста удельный вес злоупотребляющих курением увеличивается, что может негативно отразиться состоянии здоровья и привести к увеличению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Употребление алкоголя выявлено у 27,8% работающих основных и 28,0% работающих вспомогательных производств свинцового завода. Установлено, что удельный вес употребляющих алкогольные напитки среди обследованных в возрасте 20-29 лет составил 15,3%, в 30-39 лет - 31,9%, в 40-49 лет - 37,8%, в 50-59 лет - 24,3% и возрасте 60 лет и старше - 18,2%. Исследование показало, что по уровню распространенности случаев употребления алкоголя среди работающих основных и вспомогательных цехов достоверной разницы не установлено. Одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является гиперхолестеринемия. Установлено, что средние значения содержания общего холестерина в плазме крови у работающих основных цехов производства составили  $5,10 \pm 0,1$  ммоль/л, а у работающих во вспомогательных цехах  $3,91 \pm 0,2$  ммоль/л, в популяции  $3,54 \pm 0,03$  ммоль/л.

Полученные данные показывают, что в возрастной группе 20-29 лет среднее значение общего холестерина в плазме крови у работающих основных цехов составляет 4,52 ммоль/л, а у работающих вспомогательных цехов - 3,91 ммоль/л, 30-39 лет - 4,98 и 3,97 ммоль/л, 40-49 лет - 5,64 и 4,02 ммоль/л, 50-59 лет - 5,48 и 4,64 ммоль/л, в 60 лет и старше - 5,14 и 4,17 ммоль/л соответственно. Это свидетельствует о том, что во всех возрастных группах работающих основных цехов свинцового производства имели достоверно высокие показатели общего холестерина в плазме крови, чем у работающих вспомогательных цехов. Учитывая высокую степень автоматизации и механизации свинцового производства, распространенность у аппаратчиков и операторов основных цехов гипокинезии, гиподинамии, большой интерес вызывают данные, свидетельствующие об их отношении к занятиям физической культуры и спортом. Изучение этого вопроса показало, что всего 8,64% работающих основных цехов и 7,92% вспомогательных цехов регулярно делают утреннюю гимнастику. Только 3,38% работающих основных цехов и 4,76% работающих

вспомогательных цехов регулярно занимаются физкультурой и спортом более 6 часов в неделю. Исследованиями установлено, что преобладающее большинство работающих на свинцовом производстве имеют хорошие (62,8%) и удовлетворительные (30,4%) жилищные условия, лишь 1,4% оценивали свои жилищные условия неудовлетворительными. Они в основном (89,7%) проживали в благоустроенных квартирах и собственных домах со всеми удобствами, централизованным водо-, газо- и теплоснабжением.

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

Работающие в основных цехах, у которых благоприятный психологический климат в семье, отмечали взаимоотношение с членами трудового коллектива как дружественные в 73,9% случаев, сдержанные - в 18,7% случаев, напряженные в 7,4% случаев. У работников, в семье которых неблагоприятный психологический климат, в 27,4% случаев имеются напряженные отношения, в 43,1% случаях сдержанные и в 29,5% случаях дружественные и хорошие взаимоотношения в коллективе. Доля работающих с хорошей оценкой своего здоровья выше в коллективе, где складываются дружественные и спокойные взаимоотношения (64,3%) и меньше (15,9%) в коллективе с недружелюбными взаимоотношениями.

Напротив, доля лиц оценивающих свое здоровье как плохое наиболее часто встречается (37,4%) в коллективе с недружелюбными взаимоотношениями. Изучение медицинской активности работающих показало, что среди них преобладает невнимательное отношение к своему здоровью (69,2%). Это в основном проявляется в виде невыполнения рекомендаций врача (48,2%) по гигиеническому поведению на рабочем месте, непосещения врача и поликлиники с профилактической целью (82,7%), позднее обращение за медицинской помощью при заболеваниях (43,2%), невыполнение рекомендаций врача по соблюдению режима питания, отдыха и сна (37,1%), отказу от вредных привычек (28,3%). Результаты изучения степени взаимосвязи между основными факторами риска и уровнями распространенности заболеваний сердечно -сосудистой системы показали, что в наибольшей степени на развитие ишемической болезни влияют стаж работы во вредных условиях ( $r = 0,92$ ), избыточная масса тела ( $r = 0,72$ ); гиперхолестеринемия ( $r = 0,78$ ), в средней степени гиподинамия ( $r = 0,62$ ), стрессы в быту ( $r = 60$ ) и на производстве ( $r = 0,58$ ), употребление алкоголя ( $r = 0,59$ ) и курение ( $r = 0,46$ ).

**Вывод:** Длительная работа в неблагоприятных условиях труда на свинцовом производстве, гиперхолестеринемия, гипокинезия, ожирение, курение и употребление спиртных напитков являются основными причинами повышения уровня распространения сердечно-сосудистых заболеваний на свинцовом заводе.

#### 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 – 616.12 – 008. 331.1 – 07:314.4

#### ЕМХАНАҒА ҚАРАЛУ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*С.М. Досжанова*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

Изучение заболеваемости по обращаемости в связи с болезнями органов кровообращения, в частности, артериальной гипертензией показало, что ее уровень и динамика подчиняется рангу возрастано-половых и стажевых особенностей работников свинцового производства Республики Казахстан. При этом уровень заболеваемости работников свинцового завода находится в пределах от 208,7‰ до 226,9‰. Отмечается значительное влияние условий труда и проживания, социально гигиенических факторов образа жизни. Полученные результаты стали научной основой комплексной профилактики артериальной гипертензии среди работников свинцового производства Казахстана.

## SUMMARY

The study of appealability with regard to circulatory diseases Orgons, in particular arterial hypertention showed that the level and dynamics of subordinate rank, age sex and length of service characteristics of workers lead to production of Kazakhstan. Here with that the incidence of lead production workers ranged from 208,7% to 226,9%.

There is a significant influence of working conditions accommodation, social hygienic life style factors. Taken result became the scientific basis of the complex preventive work of the arterial hypertension among the workers of the leaden industry of Kazakhstan.

Аурушандық көрсеткіші тұрғындар денсаулығын бағалауда қолданылатын маңызды әдістеме болып табылады. Аурушандық туралы мәліметтің толықтығы көбінесе анықталуы жағдайларына, аурудың тіркелу сапасына, диагностиканың толықтығына, сонымен қатар тұрғындарға медициналық көмек беру дәрежесіне тәуелді болып келеді. Аурушандық деңгейін анықтау түрлі әдістермен жүзеге асырылады. Алайда олардың көмегімен таралған аурулардың тек бір бөлігін анықтауға мүмкіндік бар. Аурушандық туралы мәліметті жинауда тұрғындардың емханалық мекемелерге қаралуын тіркеген медициналық құжаттарды зерттеу ерекше роль атқарады. Алайда бұл әдістеме де толық мәліметке қол жеткізе алмайды, сондықтан анықталмаған аурулардың, соның ішінде созылмалы аурулардың саны көбейе түседі. Ол аурулар халықтың арасында толық және кешенді медициналық тексеру арқылы анықталады. Сондықтан зерттеудің бұл тарауында аурушандықты емханаға қаралу деректері бойынша және Шымкент қаласының жеке аудандары тұрғындарында кешенді медициналық тексеру нәтижелері қарастырылып, аурушандықтың абсолютті және салыстырмалы деңгейіне баға берілді, оның әлеуметтік демографиялық сипаты анықталды.

Жүрек қан айналу жүйесі ауруларының ішінде гипертония ауруы қала халқының жетекші патологияларының бірі екендігі анық және жалпы аурушандықтың құрылымында да басым орынға ие. [1]

Жасы	Еркектер	Әйелдер	Жыныстың екеуіде
20 -29 жас аралығы	75,0 ± 0,72	92,0 ± 0,89	85,0 ± 0,83
30 -39 жас аралығы	111,0 ± 1,16	135,0 ± 1,24	123,0 ± 1,19
40 -49 жас аралығы	147,0 ± 1,39	274,0 ± 2,39	210,5 ± 2,08
50 -59 жас аралығы	210,0 ± 2,08	374,0 ± 3,62	292,0 ± 2,84
60 -69 жас аралығы	321,0 ± 3,12	320,0 ± 3,13	370,5 ± 3,63
70 жас және одан жоғары	288,0 ± 2,69	322,0 ± 3,20	305,0 ± 3,02
Барлығы	192,0 ± 1,83	269,5 ± 2,59	231,0 ± 2,27

Кесте 1 Шымкент қаласының эксперименталды аймақтарындағы халықтың жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралу ерекшеліктері (жасы мен жынысы сәкес 1000 адамға балап есептегенде)

Сонымен, 1-ші кестедегі деректерге қарағанда гипертония ауруы тұрғындардың жасына және жынысына қарай қалыптасатындығын көрсетеді: 20 және 29 жас аралығындағы әйелдер мен еркектерде оның деңгейі 1000 адамға балап есептегенде 85 оқиғаны құрады. Алайда, әйелдердің гипертония ауыруымен аурушандығы (92 %) еркектерге қарағанда (75%) нақты жоғары болып шықты. Дәл осындай жағдай өзге жастағы топтарда да байқалады. Сонымен қатар, әйелдер мен ер кісілердің жасы ұлғайған сайын олардың гипертония ауруына шалдығу деңгейі еселеп өседі. Осылайша, 30 және 39 жас аралығындағы тұрғындардың арасындағы гипертония ауруының таралу деңгейі 20 және 29 жас аралығындағыларға қарағанда 1,5 есе жоғары; 40 және 49 жас аралығындағыларға қарағанда 2,5 есе жоғары; 50 және 59 жас аралығындағыларда 3,4 есе; 60 және 69 жас аралығындағыларда 4,4 есеге жоғары болып шықты. 70 жастан жоғары тұрғындардың арасындағы аурушандық біраз төмендеп саябырсиды. Алайда, ол көрсеткіш ер кісілердің арасында анағұрлым төмендеп, әйелдердің арасында оның деңгейі жоғары күйінде қалып отыр.

Әйелдер мен ер кісілердің гипертония ауруымен аурушандық көрсеткіштерін салыстырғанда жоғарыда атап өткен заңдылық қайталанатын. Бірақ олардың жасы ұлғайған сайын көрсеткіштердің ара қатынасы бірте-бірте төмендей береді, осыған қарағанда тұрғындардың жастық қасиеттері жыныстық қасиеттеріне қарағанда нақты жоғары қатерлік қуатын тигізетіндігін көрсетеді.

Өндіріс жұмысшылары мен экологиясы бұзылған аумақ тұрғындарының арасында таралған гипертония ауруының деңгейін зерттеу мынандай заңдылықтарды ашып көрсетеді: қорғасын өндіріс жұмысшыларының аурушандығы олардың жасы мен жынысына қарай өзгеріске ұшырайтындығын көрсетіп отыр. Бұл аурудың ең жоғары таралу деңгейі 20 және 29 жас аралығындағы жұмысшылар арасында қалыптасқан. Бірақ ер кісілер арасында оның таралу деңгейі 14,3%-ке жетсе, әйелдер арасында 11,4% құрады. Ал 1000 адамға балап есептегенде осы топтың арасында гипертония ауруының таралу деңгейі ерлердің арасында 142,8%, әйелдер арасында 114,6% құрады. Жастық тобы артқан сайын көрсеткіштің деңгейі де арта түседі.

Сонымен, жалпы бұл аурудың таралу деңгейі қорғасын жұмысшылары арасында 1000 адамға балап шаққанда 208,7% құрады. Ер кісілер арасында оның көрсеткіші 226,9% болса, әйелдер арасында 185,6% болып шықты. [2]

Дәл осындай заңдылық мұнай өңдеу жұмысшылары арасында да қалыптасқан. Бірақ олардың арасындағы көрсеткіш қорғасын өндіріс жұмысшыларының көрсеткішінен едәуір төмен. Мысалы, 20 және 29 жас аралығындағы мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларының гипертония ауруымен ауру деңгейі 92,4% құраса, ер кісілердің арасында ол көрсеткіш 102,6%, ал әйелдер арасында 82,6% құрап отыр. Жұмысшылардың жасы

ұлғайған сайын олардың арасында аурушандық та ұлғай түседі. Осылайша, 50 және 59 жас аралығындағы жұмысшылардың аурушандығы 190,7% тең болып шықты.

Бұл жерде ер кісілердің аурушандығы 219,5% болса, әйелдердің аурушандық көрсеткіші 179,9% құрады. Зауыт жұмысшыларының арасында қалыптасқан жоғары деңгейдегі аурушандықты олардың жайсыз еңбек ету жағдайымен байланыстыруға болады. Қорғасын және мұнай өңдеу жұмысшыларының аурушандығын салыстыра отырып қарастырсақ онда қорғасын өндірісіндегі еңбек ету жағдайының айтарлықтай қауіпті екендігін байқаймыз.

Әсіресе, ер кісілердің аурушандығы әйелдер арасындағы аурушандықтан жоғары болып тұруы, ер адамдардың көбінесе денсаулыққа қауіпті жұмыстарда еңбек ететіндігін байқатады. Дәл осы жағдай, мұнай өңдеу зауытында да байқалады, бірақ онда еңбек ететін жұмысшылардың гипертония ауруымен ауру деңгейі қорғасын өндіріс жұмысшыларының аурушандығынан 2,2 есеге төмен болып шықты. Қортындылай келе, өндіріс жұмысшылары еңбек ету ортасының қауіптілігімен қатар экологиялық қауіптілікке ұшырайды. Осыны анықтау барысында қорғасын зауыты орналасқан қала аумағы тұрғындарының арасында таралған гипертония ауруының таралу ерекшеліктерін теріп зерттеу барысында, мынадай заңдылықтар жинақталды: 20 және 29 жас аралығындағы тұрғындардың гипертония ауруымен ауыру деңгейі орташа есеппен алғанда 134,6% құрады. Ер кісілер арасындағы аурушандық 148,8%, әйелдер арасында 122,3% құрады.

Сонымен қатар, тұрғындардың жасы ұлғайған сайын, осы экологиялық ортадағы олардың гипертония ауруымен ауру көрсеткіші тоқтаусыз өсуге ұшырап отырған. Сонымен, экологиялық орта оның қатерлігіне қарай гипертония ауруының өсуіне қуатты әсерін тигізетіндігін көрсетіп отыр. Себебі қорғасын өндірісі орналасқан аумақтағы атмосфералық ауада қорғасын тозаңдарының жоғары мөлшерде кездесетіні белгілі болды. [3-4]

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Тастанбеков М.Ш. Предварительные результаты изучения ИБС и АГ: Тезисы докладов Пленума Правления Всесоюзн. научного общества кардиологов. -Москва, 1993. -С.71.
2. Лебедева Н.В., Гурвич Е.Б., Алимова С.Т. и др. Современные методические подходы к оценке показателей здоровья трудящихся. В сб.: Вопросы гигиены окружающей среды. –Алма-Ата, - 1988. – С.107-117.
3. Сагын Х.А., Токмурзиева Г.Ж. Мониторинг и оценка качества ведения динамического наблюдения и оздоровления населения Республики Казахстан //Материалы международной научно-практической конференции: Проблемы, опыт и перспективы развития программы проведения скрининга, раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и оздоровления населения Республики Казахстан. - Астана-Алматы, 2004. -С.39-42.
4. Овчаров В.К., Быстров В.А. Закономерности и тенденции смертности от болезней системы кровообращения в странах мира // Сов. здравоохранение. -1982. – .№6. – С.33-39.

УДК 616.12-008.331.1:613.6:546.81

#### ӨНДІРІС ЖҰМЫСШЫЛАРЫ ЖӘНЕ ҚОРҒАСЫН ЗАУЫТЫНА ЖАҚЫН ОРНАЛАСҚАН АУМАҚ ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ АУРУЫНЫҢ НЕГІЗГІ ҚАУІП ҚАТЕР СЕБЕПТЕРІНІҢ ТАРАЛУЫН БАҒАЛАУ

*М.А. Булешов, С.М. Досжанова, Г.К. Каусова*  
*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

Изучение распространенности артериальной гипертензии показало что у работников свинцового производства ее динамика имеет тенденцию к дальнейшему росту. Причинами такого положения являются неблагоприятные условия труда, гипокинезия, гиперхолестеринемия, вредные факторы образа жизни которые действуют на организм работающих потенцирующим образом.

#### SUMMARY

The study of widspreadness of the arterial hypertension showed, that at the workers of the leaden industry, its dynamic has tendency to farther increase. The unfavorable conditions of work, hyperkinesias, hypercholesterolemia, unhealthy factors of life style are the causes of this condition, which are acted to the organism of the workers by potential way.

Артериялық гипертензия жиі таралып отырған, ерте мүгедектікке әкеліп, жастар өлімін жиілетіп отырған жүрек-қан тамырлар жүйесі ауруларының қатарына жатады. Соңғы 10 жыл ішінде жүргізілген зерттеулер ересек адамдардың эссенциалдық гипертензиямен ауруының түпкі себептерін және патогенетикалық факторларын жасөспірімдер мен жастар денсаулығына ертерек көңіл бөлу арқылы анықтауға болатындығын дәлелдеп отыр. Ол үшін жасөспірімдер мен жастарда жиі кездесетін нейроциркуляторлық дистонияның гипертониялық түрі мен көшпелі артериялық гипертензияға көбірек көңіл бөлінуі, осы

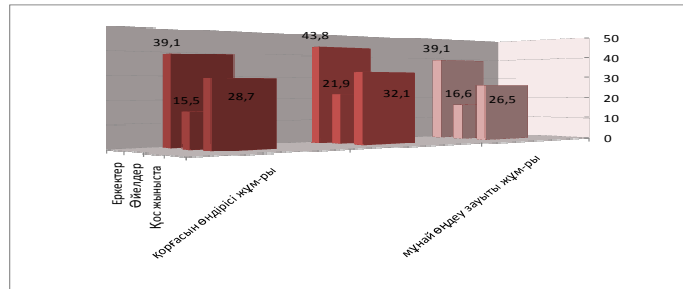
артериялық қан қысымының жоғарылауы байқалған азаматтарды диспансерлік бақылауға алудың маңыздылығы көрсетілген. [1].

Шымкент қаласының тұрғындарының арасында анағұрлым танымал және әбден зерттелген дененің артық салмағы, темекі тарту, аколгольді ішімдіктерді қолдану, ауыр тұқым қуалаушылық сияқты қауіп қатер себептерінің таралуының көрсеткіштерін біз зерттедік. Дененің артық салмағы гипертониялық аурудың негізгі қатерлі себептерінің бірі болып табылады. Тексерілген азаматтардың арасында дененің артық салмағын салыстырмалы зерттеу жайлы мәліметтер бойынша мұнай өндірісі жұмысшылары арасында дененің артық салмақ көрсеткіштері-239(11,9%), қорғасын өндірісі жұмысшыларында-171(13,6%) және қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарында -162 (9,4%) адамда анықталған. Жалпы алғанда дененің артық салмағы 575(11,4%) адамда анықталып, оның ішінде ер кісілерде -256 (10,6%) және әйелдерде-319(12,2%) құрады. Алынған нәтижелерді жас топтарына қарай талдау кезінде төмендегі мәліметтер анықталды: дененің артық салмағы 20 және 29 жас аралығындағыларда -14(1,9%), 30 және 39 жас аралығындағы -58(5,4%), 40 және 49 жас аралығындағы -192(16,1%), 50 және 59 жас аралығындағы -2058(18,3%), 60 жас және одан жоғары жастағы- 106(11,3%) адамда анықталды.

Дененің артық салмағының таралуының өсімі 20 -29 жас аралығындағы ер кісілерде 2,0% -дан 60 жас және одан жоғары азаматтарда 11,3%-ға дейін, әйелдер арасында 20 -29 жас аралығында 1,9% -дан 60 жастан жоғарыларда 10,9%-ға дейін өсіп отырған. Айта кететін жайт, 50 және 59 жас аралығындағы топтан басқа барлық жас топтарында дененің артық салмағы әйелдер арасында шынайы жиі кездесіп отырған (P<0,05). Зерттелуші нысандардағы түрлі бейинфекциялық аурулары бар азаматтардың дене салмақтарының жиілігін зерттеу нәтижелері жүрек қан тамыр аурулары бар науқастар арасында 38,2%, аскорту жүйесі аурулары бар науқастар арасында-22,3%, өкпенің бейспецификалық созылмалы аурулары бар науқастар арасында-18,1% және несеп жыныс жүйесі бар науқастар арасында-15,3% жағдайда семіздіктің анықталғанын көрсетті. Демек, дененің артық салмағы басқа бейинфекциялық ауруларға қарағанда жүрек қан тамыр аурулары бар науқастарда 2,5 есе жиі анықталады[2].

Темекі тарту гипертония ауруының дамуындағы маңызды қауіп қатер себептерінің бірі болып табылады. Шымкент қаласының эксперименталды аймақтарында тексерілгендердің арасындағы темекі тарту жиілігін салыстырмалы түрде зерттеу келесіні көрсетті: қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарының арасында тексеруден өткен адамдардың анағұрлым жиі темекіні тартатындықтары анықталды-564 (32,1%) адам. Тексеруден өткен қорғасын өндірісі жұмысшылары арасында 362 (28,7%) адам және мұнай өңдеу зауыты жұмысшылары арасында 533 (26,5%) адамның темекі тартатындықтары анықталды. (P < 0,05).

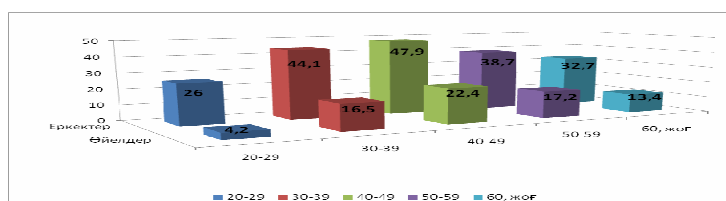
Эксперименталды аймақтың үшеуінде де әйелдерге қарағанда еркектердің жиі темекі тартатындығы анықталған және ол 1-ші суретте көрсетілген. Одан бөлек қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарының арасында тексеруден өткен әйелдердің де ер кісілердің де темекі тарту жиілігі тексеруден өткен қорғасын өндірісі жұмысшылары мен мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларына қарағанда жоғары екендігі мәлім болды және осы эксперименталды аймақтардың барлығында жүрек -қан тамыр ауруымен ауыратын науқастардың 443 (25,6%) темекі тартадындықтары тіркелді. [2-3].



Сурет 1. Шымкент қаласының эксперименталды аймақтарындағы тексерілгендер арасында темекі тарту жиілігі.

Алкогольді ішімдікке салыну. Шымкент қаласының барлық эксперименталды аймақтарында тексерілгендердің жалпы санының 27,1% немесе 1361 адамның алкогольді ішімдіктерді қолданатындығы анықталды. Осылайша, тексерілгендер арасында 20 және 29 жас аралығындағы топта 106 (15,0%) адамның, 30 және 39 жас аралығындағы топта 311 (30,8%), 40 және 49 жас аралығындағы топта 434 (36,5%), 50 және 59 жас аралығында 276 (24,7%), 60 және одан жоғары жастағылардан 214 (22,7%) адамның алкогольді қолданатындықтары белгілі болған.

Тексерілген әйелдер мен еркектердің арасында алкогольді ішімдіктерді қолдану жиілігі 2-ші суретте көрсетілген.



Сурет 2. Тексеруден өткен ер кісілер мен әйелдер арасында алкогольді ішімдікті қолдану жиілігі



Бұл суреттен көрініп тұрғандай, ерлер арасындағы алкогольді қолдану жиілігі 50 жасқа дейінгі топтарда шынайы жоғарлай түседі, 20 және 29 жас аралығында 26%, 30 және 39 жас аралығында 44,1% және 40 және 49 жас аралығында 47,9%. Ал 50-ден жоғары жастағы адамдарда бұл көрсеткіш 38,7% және 60-тан жоғары жастағыларда - 32,7%-да байқалады. Осыған ұқсас көрініс әйелдер арасында да орын алған (20 және 29 жас аралығындағыларда - 4,2%, 30 және 39 жас аралығындағыларда -16,5%, 40 және 49 жас аралығындағыларда - 22,4%, 50 және 59 жас аралығындағыларда -17,2%, 60 және одан жоғары жастағыларда - 13,4%).

Алкогольді ішімдіктерді қолдану жиілігін зерттеу кезінде тексеруден өткен қорғасын өндірісі жұмысшылары арасында алкогольді ішімдіктерді 32,8% қолданған, қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарының 24,8% және мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларының 25,5% алкогольді ішімдіктерді қолданатындығы анықталды. Тексеруден өткен қорғасын өндірісі жұмысшылар арасында алкогольді қолданудың ең жоғары көрсеткіштері әйелдер арасында (17,1%), ерлер арасында (44,3%) анықталды, сонымен қатар тексеруден өткен қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындары мен мұнай өңдеу зауыты жұмысшылары арасында алкогольді қолданудың пайыздық үлесі ерлерде (37,0% және 37,9%) әйелдерде (14,2% және 15,6%) тиісінше бірдей болған.

Түрлі сырқаттары бар тексерілгендердің алкогольді қолдану жиілігі зерттеу нәтижесінде, жүрек қан тамыр оның ішінде артериалды гипертония ауруы бар науқастардың 504 (29,1%), асқорыту жолдарының аурулары бар науқастардың 278 (24,2%), созылмалы бейспецификалық өкпе аурулары науқастардың 136 (16,3%) және несеп жыныс жүйесі аурулары бар науқастардың 57 (9,5%) адамының алкогольді қолданатындығы анықталды. Осылайша, алынған мәліметтер алкогольді қолдану қауіп қатер себебі ретінде басқа бейинфекциялық созылмалы ауруларға қарағанда жүрек -қан тамыр ауруларында жиі анықталатындығы белгілі болды. [4-5].

Л ипид алмасуының бұзулуымен ауыр тұқым қуалаушылық.1-ші кестеде Шымкент қаласының эксперименталдық аймақтарында тексерілгендердің липидтік алмасуының көрсеткіштерінің орташа мәндерін салыстырмалы зерттеу нәтижелері көрсетілген.

Жасы	Қорғасын өндірісі жұмысшылары		
	ХС	ХС-ЖТЛП	ТГ
20 -29 жас аралығы	4,4 ± 0,2	1,5 ± 0,01	1,2 ± 0,01
30 -39 жас аралығы	4,9± 0,1	1,6 ± 0,01	1,3 ± 0,01
40 -49 жас аралығы	5,6 ± 0,3	1,7 ± 0,01	1,5 ± 0,02
50 -59 жас аралығы	5,4 ± 0,1	1,8 ± 0,02	1,3 ± 0,01
60 -69 жас аралығы	5,1 ± 0,4	1,6 ± 0,01	1,4 ± 0,02
Барлығы	5,0 ± 0,1	1,6 ± 0,01	1,3 ± 0,02
20 -29 жас аралығы	Қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындары		
	3,7 ± 0,1	1,1 ± 0,01	1,4 ± 0,02
30 -39 жас аралығы	4,2 ± 0,2	1,4 ± 0,02	1,6 ± 0,1
40 -49 жас аралығы	4,0 ± 0,1	1,2 ± 0,01	1,5 ± 0,01
50 -59 жас аралығы	4,6 ± 0,1	1,3 ± 0,01	1,8 ± 0,02
60 -69 жас аралығы	4,1 ± 0,1	1,1 ± 0,01	2,1 ± 0,04
Барлығы	3,9 ± 0,2	1,3 ± 0,01	1,5 ± 0,03
20 -29 жас аралығы	Мұнай өңдеу зауыты жұмысшылары		
	3,1 ± 0,01	1,8 ± 0,01	1,3 ± 0,01
30 -39 жас аралығы	3,8 ± 0,01	2,1 ± 0,02	1,2 ± 0,1
40 -49 жас аралығы	4,1 ± 0,01	1,8 ± 0,01	1,3 ± 0,01
50 -59 жас аралығы	4,2 ± 0,02	1,9 ± 0,01	1,4 ± 0,02
60 -69 жас аралығы	3,9 ± 0,01	1,8 ± 0,02	1,5 ± 0,01
Барлығы	3,4 ± 0,03	1,9 ± 0,01	1,2 ± 0,01

Кесте 1 Шымкент қаласының эксперименталды аймақтарындағы тексеруден өткен азаматтардың липид алмасуы көрсеткіштерінің орташа мәндері(ммоль/л)

Берілген кестеде көрініп тұрғандай, қан плазмасындағы жалпы холестерин құрамының орташа мәндері тексеруден өткен қорғасын өндірісі жұмысшыларында – 5,0 ± 0,1ммоль/литр, қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарында 3,9 ± 0,2ммоль/литр және мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларында 3,4 ± 0,3ммоль/литр болғандығы анықталды.

Жас ерекшеліктеріне қарай құралған топтардағы осы көрсеткіштерді талдау кезінде, 20-29 жас аралығындағы топта бұл көрсеткіш тексеруден өткен қорғасын өндірісі жұмысшыларында 4,5 ± 0,2 ммоль/литр, қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарында 3,7 ± 0,1 ммоль/литр және мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларында 3,1 ± 0,01ммоль/литр құрады. Осылайша, қорғасын өндірісі жұмысшыларының барлық жастағы топтарында тексерілгендердің құрамында жалпы холестерин көрсеткіштерінің анағұрлым жоғары көрсеткіштері тіркелген. ЖТЛП-ХС орташа құрамы статистикалық сирек мұнай өңдеу зауыты

жұмысшыларында ( $0,9 \pm 0,01$ ) байқалған; бұл көрсеткіш жиірек қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарында ( $1,3 \pm 0,01$ ) және анағұрлым жиі қорғасын өндірісі жұмысшылары арасында ( $1,6 \pm 0,01$  ммоль/литр) анықталған.

Қан плазмасындағы триглицерид құрамын зерттеу, қорғасын өндірісі жұмысшылары арасында оның орташа мәндерінің  $1,3 \pm 0,02$  ммоль/литр, қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарында  $15 \pm 0,03$  ммоль/литр және мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларында  $1,2 \pm 0,01$  ммоль/литр құрайтындығын анықтады.

Осылайша, липид алмасуының көрсеткіштерінің зерттеу нәтижелері жалпы холестерин құрамының анағұрлым жоғары көрсеткіштері қорғасын өндірісі жұмысшылары арасында, ЖТЛП-ХС жоғары көрсеткіштері мұнай өңдеу зауыты жұмысшыларында және триглицеридтің жоғары көрсеткіштері қорғасын зауытына жақын орналасқан аумақ тұрғындарында анықталған.

Тексерілгендер арасында липид алмасуының көрсеткіштерін зерттеу нәтижелері дислипидемия жиі ЖҚА аурауын науқастарда кездесетіні мәлім болды. [6-7].

Қорыта келе, негізгі қауіп-қатер себептерінің таралу деңгейін зерттеу нәтижелері эксперименталды аймақтарда барлық тексерілгендерде артық дене салмағы 11,4% анықталаған және жасы ұлғая оның жиілігін жоғарлайтындығын көрсетті. Темекі тартатын тексерілгендердің арасында 29%, алкоголь қолданатын азаматтар 27,1% құраған.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Тастанбеков М.Ш. Предварительные результаты изучения ИБС и АГ: Тезисы докладов Пленума Правления Всесоюзн. научного общества кардиологов. -Москва, 1993. -С.71.
2. Адамян К.Г., Туманян Э.М. Профилактика болезней системы кровообращения в организованной популяции// Вопросы кардиологии: Тезисы докладов 1 съезда кардиологов Казахстана. Алма-Ата. – 1991.- С.49.
3. Заридзе Д.Г. Курение и здоровье: Материалы МАИР. -Москва, Медицина, 1989. -С.384.
4. Бардина О.С. Влияние условий труда свинцовых производств на уровни и причины смертности работающих. Автореф. канд. дисс. –Медицина., 1990.-С. 8-10.
5. Лебедева Н.В. Отдельные последствия влияния профессиональных факторов. Социально- гигиенические проблемы охраны здоровья рабочих промышленных предприятий. Тезисы докладов Всесоюзной научной конференции. Новосибирск. НИИ гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР.- 1985. – Ч.1. –С143-145.
6. Гавенко В.Л., Коваль С.Н., Добромилль Э.И. Изучение факторов риска возникновения гипертонической болезни и формирования хронической церебрально – сосудистой недостаточности с психическими изменениями и меры их первичной профилактики //Роль сосудистого фактора в генезе нервных и психических заболеваний. -Харьков, 1988. -С.18-21.
7. Любченко П.Н., Тишенина Р.С., Козлова Н.И. и др. Содержание атерогенных липидов в крови у рабочих при воздействии свинца. В сб.: Гигиена труда и профзаболевания. -1983. -№1. –С. 21-23.

УДК 616.379-008.64:614.1

#### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

*Г.О. Сапарова, М.А. Булешов, Т.А. Маймаков*

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

*АО «Национальный медицинский холдинг», г.Астана*

#### ТҮЙІН

Ғылыми еңбекте қант диабетімен ауыратын қала тұрғындарына амбулаторлық-емханалық көмек беру сапасы жарияланған. Осы аурулардың негізгі бөлігінде өзге де созылмалы терапевтік патологиялар жиі кездеседі. Алайда олар амбулаторлық-емханалық мекемелерде диспансерлік бақылауға алынбаған. Оның себебі эндокринологтар мен участкелік дәрігерлер арасындағы бірлесе жұмыс атқарудың жоқтығы. Осы жағдай қант диабетімен ауыратын адамдарға көрсетілетін медициналық көмек сапасын айтарлықтай төмендетеді.

#### SUMMARY

This article deals with the complex investigation of the medical aid quality to the patients with diabetes in the condition of the large industrial city. The most patients with diabetes have therapeutic pathologies and need ambulatory and dispensary observation. However there is interrelation between endocrinology's and local physicians that negatively reflects on the rendering medical prophylactic aid to the patients with diabetes now.

Сахарный диабет на сегодняшний день является одной из ведущих медико-социальных проблем современности. Большая социальная значимость проблемы состоит в том, что сахарный диабет приводит к ранней инвалидизации и смертности в связи с сосудистыми осложнениями диабета. У 20-30% больных сахарным диабетом в момент выявления болезни обнаруживаются специфические для него осложнения, этим отличается сахарный диабет от других хронических неинфекционных заболеваний. Решение проблемы требует учета различий между регионами, включая изучение особенностей в предрасположенности к заболеванию и факторов способствующих степени доступности медицинской помощи и совершенствования ее организации [1-7].

Одной из задач исследования являлось изучение преемственности и взаимосвязи деятельности эндокринологов, участковых врачей-терапевтов и педиатров. Изучение проводилось в 5-ти поликлиниках г. Шымкента в отношении всех больных с сахарным диабетом, находившихся не менее 3-х лет под диспансерным наблюдением. Была проведена выкапировка данных из контролируемых карт диспансерного наблюдения (Ф/030/У), а также из медицинских карт амбулаторных больных (Ф/025/У). В общей сложности изучению подверглось около 300 медицинских документов, из числа которых была отобрана 32 карт амбулаторных больных страдающих сахарным диабетом.

Специально разработанная карта состояла из двух частей. Первая часть, кроме паспортных данных и сведений о длительности и характере течения сахарного диабета, содержала данные об организации медицинской помощи, как по основному, так и по поводу других имеющихся хронических заболеваний терапевтического профиля. Вторая часть карты содержала информацию для экспертной оценки качества поликлинической терапевтической помощи оказанная больным сахарным диабетом в поликлинике. В этот документ вносились сведения об объеме за все годы наблюдения лечебно-диагностической и консультативной помощи оказываемый участковыми врачами-терапевтами и эндокринологами, сведения о госпитализациях (экстренные и плановые). Карта экспертной оценки качества медицинской помощи содержала вопросы о полноте лечебно-профилактических мероприятий осуществляющих эндокринологом и участковым терапевтом; о соответствий проводимых мероприятий состоянию больного и характере и влиянии лечения хронических заболеваний терапевтического профиля.

Оценке подвергались диагностические и лечебные процедуры и мероприятия, которые осуществлялись каждым из врачей в плане их взаимодополняемости друг другом, нуждаемость экстренной и плановой госпитализаций, санаторно-оздоровительным лечением, а также динамики течения болезней. Полнота обследования, лечения, а также динамика течения каждого заболевания оценивалась на основе разработанных с клиницистами критериев. Под положительной динамикой понималось улучшение показателей лабораторных и инструментальных исследований, отсутствие обострений или снижение их числа в текущем году по сравнению с предыдущим годом. Без изменений – стабильное по сравнению с предыдущим годом показателей лабораторных и инструментальных исследований, отсутствие увеличения числа обострений. Отрицательная динамика – ухудшение показателей лабораторных и инструментальных исследований в текущем году, увеличение числа обострений по сравнению с предыдущим годом.

Для оценки периодичности и объема диспансеризации использовались критерий разработанные Г.А. Новгородцева с соавторами (1987). Поскольку характер медицинской помощи в условиях поликлиники во многом определяется составом больных, нами проведен его анализ. Свыше 80% от общего числа больных составили женщины. Наибольшую долю больных сахарным диабетом составили лица старших возрастных групп. Так в возрасте 50-70 лет их было лишь 9,4%, а более 82,4% всех больных были в возрасте 70 лет и старше (рис. 1).

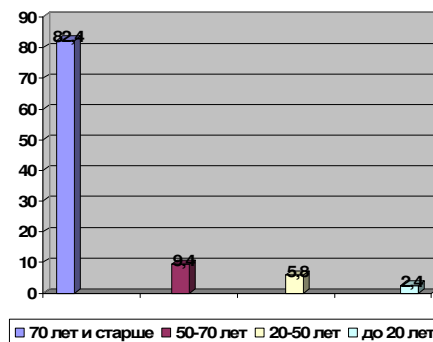


Рисунок 1. Возрастной состав больных с сахарным диабетом

Незначительное число больных составила группу детей и подростков (2,8%). Наименьшее число больных (12,9%) имело длительность заболевания до 5-ти лет. Длительность заболевания от 5-ти до 10-ти лет имели более (43%) больных, а остальные вошли в группу лиц, у которых длительность заболевания составило свыше 10 лет. Наибольший процент среди учреждений, поставивших впервые диагноз сахарный диабет составили городские поликлиники расположенные в центральном районе города (80,3%). В стационарах этот диагноз был поставлен (13,7%), в основном при госпитализации по поводу других хронических заболеваний терапевтического профиля.

Таким образом, значение других медицинских учреждений в первичной диагностике этого заболевания невелико. Число больных сахарным диабетом, имеющих другие хронические заболевания терапевтического профиля довольно значительно, причем с возрастом оно увеличивается и составляет в среднем (92,3%). Если в возрастной группе до 20-ти лет на каждого больного с сахарным диабетом приходится одно хроническое заболевание терапевтического профиля, то в возрастной группе 40-49 лет уже имеется два заболевания, в основном сахарный диабет в сочетании с ишемической болезнью сердца.

По нашим статистическим данным, при сахарном диабете сочетание с ИБС встречается почти у половины больных, т.е. имеется определенная связь между этими заболеваниями. В течение 3-х лет среднее

число посещения на одного больного к эндокринологу составила 15 случаев в год, а к участковому врачу-терапевту и педиатру по поводу других хронических заболеваний составила 5,6 случаев (рис. 2).

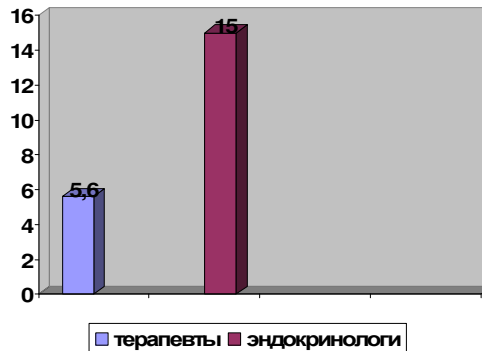


Рисунок 2. Уровень посещаемости больных сахарным диабетом к участковому терапевту и эндокринологу (на 1 больного в среднем за 3 года)

Эндокринологи направляют больных сахарным диабетом к участковому терапевту крайне редко, за 3 года таких направлений было 42,7% больных, т.е. между участковыми терапевтами и эндокринологами осуществляется очень слабая преемственность и взаимосвязь, хотя характер патологий больных сахарным диабетом имеющих значительное число других хронических заболеваний терапевтического профиля, требует постоянного контакта между ними.

Таким образом, анализ структуры заболеваемости больных с сахарным диабетом и по характеру оказываемой медицинской помощи в условиях поликлиники позволили сделать следующие выводы:

В группе больных сахарным диабетом преобладают лица старших возрастных групп, имеющих более 90% случаев, кроме основного и других хронических заболеваний терапевтического профиля, среди которых преобладают болезни системы кровообращения.

Несмотря на наличие у больных сахарным диабетом сочетания хронической патологий, врачи на фоне основного заболевания уделяют ей недостаточное внимание.

Значительное число больных сахарным диабетом имевших и другие хронические заболевания терапевтического профиля, по поводу которых они должны были наблюдаться у участкового врача-терапевта, не посещали его в течение 2-х лет и более.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эрштейн Н.В., Общие медицинские проблемы сахарного диабета // Талин – 1999 г. – С. 203.
2. Султанов Б.А., Распространенность сахарного диабета в промышленных городах Республики Узбекистан // здравоохранение Узбекистана – 1989 г. – N 11 – С. 41-42.
3. Обусцев С.А., Хочеров Д.Г., Ахмедханов А.А., Эпидемиологические аспекты СД в Дагистане // Проблемы эндокринологии – 1993 г. – N 1 – С. 21-24.
4. Ахмадкулова Д.А., Федорова Л.П., Об эпидемиологии и раннем выявлении СД в Киргизский СССР // Тезисы доклада второго всесоюзного съезда эндокринологов – Ленинград – 1980 г. – С. 7.
5. Бурлак С.И., Распространенность СД среди населения Камчатки // Проблемы эндокринологии – 1982 г. - N 5 – С. 17-22.
6. Дроздова, Е.А. Эпидемиология сахарного диабета сегодня и в будущем/Е.А.Дроздова // Матер. IV Региональной научно-практической конференции «Молодежь XXI века - шаг в будущее». - Благовещенск, 2003. – С. 212.
7. Дедов И.И., Сахарный диабет: время радикальных решений // Фармацевтический вестник – N 39 – 2002 г. – С.45.

УДК – 614.2:616.831.-005-036.868

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.К. Еркебаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

#### ТҮЙІН

Ғылыми еңбекте миына қан кетіп, ауруы асқынған аурулардың арасында оңалту шараларын арнайы құрастырылған бағдарламалар негізінде ұйымдастыру тиімділігі қарастырылған. Бұл шараларды жүзеге асыру болжамды бағамдарды қолдануды қажет етеді. Болжамды бағамда аурулардың қозғалысы мен еңбекке жарамдылығын қалыпқа келтіруге кедергі болатын себептер мен олардың бағалық коэффициенттері бар. Дұрыс ұйымдастырылған оңалту шаралары науқастардың әлеуметтік, қоғамдық, өндірістік және кәсіби белсенділігін анықтайды.

SUMMARY

In this article summarizes the experience of rehabilitation poststroke patients in outpatient clinics.

В настоящей работе обобщен опыт восстановительного лечения постинсультных больных в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений г.Шымкента. Реабилитация постинсультных больных интегрирует медицинскую и социальную трудовую реабилитацию, предполагая использование для лечебно-тренирующего воздействия, наряду с другими методами, элементов и процессов профессионального труда. Порядок направлений и приема постинсультных больных на реабилитацию не отличаются существенно от порядка, общепринятого в специализированных реабилитационных поликлиниках. В основу комплексов лечебно-восстановительных мероприятий положены методики, разработанные специалистами-реабилитологами для данного контингента больных. Однако, реабилитационные программы строятся на основе данных предварительного прогнозирования исходов реабилитации, всестороннего контроля за состоянием больного, а также включением трудотерапии в реабилитационный комплекс.[1] Процесс восстановительного лечения начинается с предварительного прогнозирования его перспектив. Прогнозирование клиничко-социальных исходов необходимо врачу для составления индивидуальных программ лечения: выбора методик воздействия на дефект, уточнение объема реабилитационных мероприятий, определение длительности курса реабилитации. Не менее важна и психологическая подготовка больного. Информирование его о прогнозе дефекта и путях его преодоления, а также социально-трудовом прогнозе позволяет больному избегать разочарований в процессе реабилитации, заранее планировать свое будущее. Факторы, влияющие на прогноз многочисленны, и не один из них по отдельности не может предопределять эффективность лечения. (таблица 1)

№	Баллы	Характеристика	Оценка
1	1 балл	Способность к передвижению -не способен к передвижению, может передвигаться с помощью инвалидной коляски.	ФК 4 1 гр.
	2 балла	-ходьба по квартире с посторонней помощью, по улице больной не ходит или ходит очень редко и с посторонней помощью.	ФК 3 2 гр.
	3 балла	-ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице больной не ходит ил ходит очень редко и с посторонней помощью.	ФК 2 3 гр.
	4 балла	-может ходить, используя вспомогательные средства, например, трость.	ФК 1
	5 баллов	-не нуждается в помощи, может ходить самостоятельно при некотором замедлении темпа ходьбы.	ФК 3 2 топ.
2	1 балл	Способность к самообслуживанию -не способен к самообслуживанию (полная зависимость от окружающих).	ФК 4 1 гр.
	2 балла	-не может обслуживать себя, постоянно нуждается в посторонней помощи (зависимость значительная)	ФК 3 2 гр.
	3 балла	-частичная зависимость от окружающих, нуждается в регулярной помощи других лиц.	ФК 2 3 гр.
	4 балла	-не нуждается в помощи (но имеются некоторые ограничения самообслуживания).	ФК 1
	5 баллов	-независим.	ФК 0
3	1 балл	Способность к трудовой деятельности -полная утрата производственных навыков, полная зависимость от окружающих в повседневной жизни.	ФК 4 1 гр.
	2 балла	-невозвращение работавших до инсульта к работе, у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – значительное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей или полная неспособность к нему. Значительная зависимость.	ФК 3 2 гр.
	3 балла	-невозвращение работавших до инсульта к работе, у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – умеренное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Частичная зависимость.	ФК 2 3 гр.
	4 балла	-возвращение к прежней работе с ограничениями или понижением в должности либо переход работавших до инсульта на менее квалифицированную работу (или возвращение к работе с указанными изменениями), для занимавшихся до инсульта домашним хозяйством – ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Независимость.	ФК 1
	5 баллов	Выполнение основных занятий в полном объеме. Возвращение к прежней работе, полная независимость.	ФК 0

**Таблица 1 – Шкала оценки реабилитации больных с последствиями мозгового инсульта.**

Поэтому мы попытались подойти к решению прогностических задач на основе анализа совокупности прогностических данных о больном. Для этого применен математический метод последовательно статистического анализа. С помощью указанного метода разработаны 2 прогностические таблицы: одна по степени восстановления двигательной функции, другая по степени восстановления трудоспособности постинсультных больных, поступивших на реабилитацию. Каждая из выше указанных таблиц содержит набор прогностически значимых признаков, которым соответствуют определенные прогностические коэффициенты. Заключение о прогнозе делается на основе суммы коэффициентов выявленных у больного признаков.

Первая таблица позволяет прогнозировать следующие уровни восстановления двигательной функции: «восстановление», «улучшение», «незначительное улучшение», «без перемен». Применение этой таблицы дает возможность в зависимости от прогноза выбирать соответствующую тактику восстановительного лечения. При высоком реабилитационном потенциале использовались методики способствующие истинному восстановлению движений. При этом заполнение прогностических карт акцентировало внимание врача на факторах затруднявших восстановление, «то есть имевших отрицательные прогностические коэффициенты» и требовавших целенаправленного воздействия. Если же у больного ожидается отсутствие динамики или незначительное восстановление то основное внимание уделяется выработке компенсаторных механизмов, а также предупреждению появления либо нарастания тех осложнений, которые возникают при низкой двигательной активности (контрактуры, трофические нарушения).

Вторая таблица позволяет определять трудовой прогноз реабилитации постинсультных больных. Прогноз может быть следующим: трудоспособность восстанавливается либо трудоспособность не восстанавливается. Знание трудового прогноза способствует обоснованному направлению больных на медико – социальную экспертную комиссию для продления лечения, позволяет заблаговременно решать вопросы, касающиеся трудоустройства больного с администрацией предприятия, а также помогает в проведении психотерапевтической работы с больными и членами их семей. Кроме того, анализ прогностических факторов способствует целенаправленному воздействию на те нарушения моторики, которая препятствует возвращению больного к труду. Результаты проверки прогностических таблиц на группах контроля показали, что их использование позволяет прогнозировать клинические и трудовые исходы реабилитации с высокой степенью надежности. Критерии завершения реабилитационного курса больных с постинсультными двигательными расстройствами следующие: практически полное восстановление двигательной функции: интегративный показатель реабилитации (ИПР) паретичной конечности – 95-100%; достижение максимально возможных на данном этапе результатов: отсутствие положительной динамики ИПР в сравнении с предшествующим обследованием при условии выполнения всех предусмотренных основным реабилитационным планом мероприятий; полное отсутствие положительной динамики двигательной функции: при двух и повторных обследованиях не выявлено изменений ИПР по сравнению с исходным значением; ухудшение состояния больного: стойкое, наблюдавшееся при двухкратном обследовании, снижение ИПР; лечебно-восстановительные мероприятия назначаются больным строго и дифференцировано с учетом реабилитационного прогноза и особенности неврологического дефекта. Широко используется медикаментозное лечение, психотерапевтическое воздействие, физиотерапевтические методики. Большое внимание уделяется групповым и индивидуальным занятиям лечебной физкультуры, механотерапии. Особое внимание отводится трудотерапии и проведению в амбулаторных условиях вариантов трудовой реабилитации промышленной ориентации.

Термин «промышленная» реабилитация связан с тем, что занятия проводятся в цехе промышленной реабилитации амбулаторно-поликлинического учреждения, то есть в условиях близких к производственным с помощью модернизированного, имеющего лечебно-тренирующие цели промышленного оборудования. При этом создается промышленный товар. Это позволяет не только использовать общеукрепляющее, психотерапевтическое и восстановительное воздействие трудотерапии, но и подготовить больного к профессиональной деятельности, оценить трудовые возможности, адаптировать к производственным условиям. Таким образом, использование новых методов реабилитации постинсультных больных необходимо осуществлять комплексно с учетом производственно - профессиональной особенности контингента больных, перенесших постинсультное состояние, а также потерявших функционально и двигательные возможности приведших к потере трудоспособности

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Булешов М.А., Тубанова М.А., Саурбаева Б.Д., Есалиев А.А. Методические проблемы изучения здоровья населения в условиях воздействия многофакторных динамических систем . // Труды международной научной конференции – Шымкент 2008.-с.222-225.

УДК 615.225.1:577. 852:616.12-008.333.2

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ РАННЕЙ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ  
ДИАГНОСТИКИ***Д.М. Тулебекова**Шардаринская районная поликлиника, г. Шардара, ЮКО***ТҮЙІН**

Бұл мақалада оқушылар арасында жүрек - қан айналу жүйесіндегі нозология қарсаңындағы күйді анықтауға бағытталған медициналық тексеру кешені мен алдын алу шараларын ерте жүргізудің осы жүйе ауруларының алдын алуда нәтижелілігі көрсетілген.

**SUMMARY**

The positive results of the complex medical investigations, directed to exposing of before nosologic abnormalities of the cardiovascular system among schoolchildren and the role of the before nosologic diagnostic in timely carrying out presentive measures are given in this article.

Здоровье населения страны является одним из индикаторов ее социально-экономического развития. На сегодняшний день состояние здоровья населения в целом характеризуется как сложное, имеет место высокая смертность в результате сердечно – сосудистых, онкологических заболеваний. Данные отечественных и зарубежных эпидемиологических исследований также показали повышение частоты и отягощение общесоматических патологий, среди которых сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ) занимают одно из ведущих мест. В структуре причин инвалидности и смертности ССЗ в большинстве стран мира прочно занимают ведущее место. Особенно высока смертность от ССЗ в странах СНГ и в Казахстане с тенденцией неуклонного роста и омоложения. По результатам скрининга 2003 года по уровню патологической пораженности среди основных классов болезней и нозологий на первом месте находятся болезни системы кровообращения – в среднем по республике этот показатель составил 1635,6 на 10 тысяч осмотренных [1].

Между здоровьем как состоянием полного физического, психического и социального благополучия и заболеванием имеется несколько достаточно четких донозологических изменений организма, патофизиологическое существо которых может быть охарактеризовано также целым спектром патогенетических феноменов – от компенсированных изменений гомеостаза, состояния напряжения тех или иных физиологических систем, выходящих за пределы нормы, признаков общей астенизации, и наконец, клинически выявляемых состояний предболезни [2]. Единственным путем снижения заболеваемости и болезненности является повсеместное внедрение и проведение в жизнь комплексной системы профилактики. Профилактика эффективна лишь в том случае, когда она начинается у практически здоровых людей, или на самых ранних этапах развития заболевания. Согласно Приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 06.05.2003 № 351 «О мерах по совершенствованию проведения диспансеризации сельского населения в возрасте 18 лет и старше и детей в возрасте 12 – 18 лет» нами было проведено скрининг – обследование школьников. Объектом наблюдения явились 120 школьников от 14 до 18 лет.

**Целью исследования** -выявление наличия факторов риска по ССЗ и ранних донозологических состояний среди школьников. Скрининг – обследование проводилось в два этапа. На первом этапе проводилось эпидемиологическое исследование с помощью формализованных опросников, нацеленных на выявление наличия и распространенности различных факторов риска, имеющих наиболее важное значение в развитии ССЗ. На втором этапе проводилось клинико – физиологические методы обследования (антропометрические - индекс Кетле; физикальный осмотр, лабораторные исследования: содержание глюкозы в крови, толерантность к глюкозе, липидный состав, а также функциональные тесты для оценки состояния вегетативного статуса так как вегетативный дисбаланс зачастую предшествует ССЗ).

В целях ранней доклинической диагностики артериальной гипертонии (АГ) при скрининге наряду с выявлением традиционных факторов риска среди школьников 14 – 18 лет особое внимание заслужили дети с так называемым высоким нормальным давлением: АД от 130/85 до 139/89 мм рт.ст. Этот контингент, как известно, согласно последней классификации АГ ВОЗ/МОГ (2003), не относится к категории АГ. Однако, как свидетельствуют литературные данные последних лет, риск развития в последующем АГ у них очень высок. По результатам первого этапа у 5% школьников выявлено наличие наследственных факторов, 20% - увлекаются табакокурением, употреблением алкоголя в дозах, превышающих стандартные алкогольные дозы (САД) отметили 2,5% опрошенных, нерациональное питание у 20%, низкая двигательная активность у 19,2%.

По результатам второго этапа избыточный вес (более 15% от должного) наблюдался у 22,5%, высокое нормальное давление – у 9,2%, причем у половины из них на ЭКГ зарегистрировались признаки умеренной гипертрофии левого желудочка. У 4,2% обследованных выявлено нарушение толерантности к глюкозе, а у 2,5% уровень общего холестерина в крови оказался выше 6,5 ммоль/л. Вегетативный дисбаланс наблюдался у 27,5% обследованных. Нами установлена прямая корреляционная связь между нарушением вегетативной реактивности сердца и наличием более трех факторов риска. Школьники с вегетативными нарушениями были

отнесены к группе риска по АГ и ИБС. С ними были проведены усиленные оздоровительные мероприятия: рекомендации по рациональному питанию, по двигательной активности, по программе психоэмоциональной коррекции, фитотерапия.

При повторном более углубленном исследовании из 33 школьников, взятых в группу риска по АГ и ИБС, у 27 (81,8%) наблюдалось улучшение показателей клинико- лабораторных исследований и улучшение результатов функциональных тестов, что лишней раз является доказательством эффективности ранних выявления донозологических признаков заболеваний и раннего проведения оздоровительных мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аканов А.А., Каирбеков А.К., Тулебаев К.А. и др. Основные методы и критерии выявления хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития // Синди казахстан, г.Алматы, 1999, С 65-69.
2. Кулқыбаев Г.А., Булешов М.А. и др. Применение методов донозологической диагностики, профилактики и реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний у рабочих промышленных предприятий на примере Шымкентского свинцового завода // методические рекомендации, Астана, 2005, С 62.

УДК № 614.23/25:616-036.83-053.2(574)

#### КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

*Ш.Х. Оспанова*

*АО «Республиканский детский реабилитационный центр», г. Астана*

#### ТҮЙІН

Мақалада көп салалы Республикалық балаларды оңалту орталығындағы оңалту қызметінің сапасын көтеру мақсатыданғы басқару механизмінің дамыту жолдары көрсетілген .

Маңызды сөздер: денсаулық сақтау көмегінің сапасы, сапа индикаторы, сапаландыру, қайта дайындау.

#### SUMMARY

In this article shows the ways to improve the management mechanism in the multidisciplinary Republican children's rehabilitation center to improve rehabilitation services.

Key words: quality of medical aid, quality indicators, qualification, retraining.

Обеспечение качества - это деятельность, направленная на создание условий, позволяющих выполнять определенные гарантии и обеспечить ожидаемый результат. Обеспечение качества медицинской реабилитации включает следующие основные направления деятельности: создание надстройки по управлению качеством реабилитационного процесса; мониторинг процесса медицинской реабилитации с помощью индикаторов качества, регистрацию отклонений от их эталонных значений с последующей коррекцией негативных отклонений; совершенствование материально-технической оснащенности; повышение квалификации медицинского и прочего персонала, участвующего в процессе реабилитации.

Создание надстройки по управлению качеством медицинской реабилитации включает назначение ответственных лиц по управлению качеством (заместитель главного врача по лечебной работе, отдел менеджмента качества и безопасности пациентов), а в каждом его подразделении — специалистов по качеству (заведующие отделениями). Вышеуказанные лица организуют и несут ответственность за оценку, контроль, обеспечение и управление качеством медицинской реабилитации пациентов.

Мониторинг процесса медицинской реабилитации в условиях реабилитационного центра осуществляется с помощью индикаторов качества (уровень структурного компонента качества, уровень процессуального компонента, результаты проведения медицинской реабилитации пациентов различного профиля, удовлетворенность пациента медицинской реабилитацией), клинических протоколов диагностики и реабилитации больных. Эталонные значения каждого индикатора качества — величины динамические, ежегодно пересматриваемые в соответствии с фактическими результатами деятельности. Выявленные негативные отклонения от эталонных значений после их регистрации анализируют, корректируют и разрабатывают мероприятия по предупреждению их возникновения в будущем.

Следующим направлением деятельности по обеспечению качества медицинской реабилитации является повышение квалификации медицинского и прочего персонала, участвующего в данном процессе. С этой целью в 2007 г. по программам профессиональной переподготовки прошли обучение 19 врачей, из них 14 врачей проходили профессиональную переподготовку в Москве. 11 врачей обучались на циклах тематического усовершенствования, из них 1 врач в Израиле, 1 врач в Москве. В 2008 г. по программам профессиональной переподготовки прошли обучение 9 врачей и 24 врача прошли тематическое усовершенствование, в 2009 г. - 11 врачей обучались по профессиональной переподготовке, 29 - по тематическому усовершенствованию. В центр были приглашены специалисты из Англии для проведения мастер-класса по теме «Современные методы



детской физиотерапии и ортезирования», обучение прошли 70 специалистов центра, в том числе 25 врачей, а также из Китая по теме «Методы китайской медицины для реабилитации детей с ограниченными возможностями», обучение прошли 60 специалистов, в том числе 25 врачей. В рассматриваемый период повысили свою профессиональную компетенцию также подавляющее большинство средних медицинских работников центра. Кроме того, специалисты центра повышали свой профессиональный уровень и на различных конференциях, семинарах, республиканских и международных симпозиумах. Повышение квалификации персонала центра с целью обеспечения качества медицинской реабилитации включало и обучение по направлениям, оценки, контроля, обеспечения и управления качеством медицинской помощи, организованное на базе самого центра, по программам профессиональной переподготовки прошли обучение 2 врача и 17 — тематическое усовершенствование.

В медицинской реабилитации пациентов участвует также младший медицинский и прочий персонал. С целью обеспечения качества реабилитационного процесса были организованы семинары по темам обеспечения благоприятного санитарно-противоэпидемиологического режима деятельности центра, этики и деонтологии, правил сбора, хранения и удаления медицинских отходов. В центре разработаны Положения «О соблюдении принципа этики и деонтологии», «О медицинской форме и внешнем виде персонала» и «О конфиденциальности информации о пациенте». На все должности разработаны должностные инструкции.

Внедрение системы обеспечения качества медицинской реабилитации позволило повысить качество реабилитации: коэффициент социальной удовлетворенности пациентов соответствующего профиля вырос до 98%. Одним из ключевых звеньев обеспечения эффективной деятельности медицинских организаций является повышение мотивации труда медицинских работников, обеспечение дифференцированной оплаты труда, адекватной объему и качеству выполненной работы. Отношение сотрудников к системе медицинского обслуживания зависит от таких основных факторов, как зарплата, условия труда, обстановка в коллективе, уверенность в завтрашнем дне. Низкий уровень доходов персонала является одним из самых главных факторов, влияющих на морально-психологическое состояние работников и климат в коллективе. Не вызывает сомнения, что политика, при которой медперсонал по доходам находится на низком уровне, направлена против системы качественного оказания медицинской помощи населению. Учитывая данный факт, руководство центра повысило заработную плату сотрудников, два раза в год сотрудники получают премии, нуждающиеся в жилье, сотрудники обеспечиваются общежитием квартирного типа и арендным жильем.

Важным фактором, характеризующим отношения в коллективе, являются корпоративные связи, способствующие эффективной реализации целей и выполнения задач. Для руководителя любого ранга важно иметь чувство ответственности не только перед вышестоящим руководством за качество работы учреждения, но и перед коллективом, которым он руководит. Создание эффективно работающего коллектива является важнейшей задачей каждого управленца. Из этого следует, что повышение качества медицинской помощи населению можно достичь не только посредством структурных и организационных преобразований, но и путем изучения мнения сотрудников и пациентов, позволяющей оценить медицинские, экономические и социальные проблемы развития реабилитационного центра.

Проведение социологических исследований в коллективе способствует повышению качества обслуживания пациентов, повышению качества жизни персонала, сохранению или повышению производительности труда персонала, повышению его квалификации, формированию кадрового резерва, улучшению медицинских и экономических результатов деятельности медицинского учреждения.

В качестве основных параметров в оценочной системе могут быть использованы показатели медицинской результативности проведенного лечения, социальной удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, проведении технологии диагностики и лечения по протоколу (стандарту) ведения больных, соответствие фактических и плановых финансовых затрат, данные анонимного анкетирования пациентов и др. Использование этих простых, но информативных показателей, характеризующих основные направления деятельности лечебных организаций, позволяет с единых позиций оценить работу медико-педагогического и социального персонала реабилитационного центра, сделать решительный шаг в совершенствовании управления производственным процессом, повысить заинтересованность работников в результатах своего труда.

Таким образом, обеспечение качества медицинской помощи зависит от многих факторов. Одним из немаловажных является кадровая политика. Основными целями улучшения кадровой политики должны стать высокое качество услуг, удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, эффективное использование ресурсов, а, следовательно, и стабильная работа Республиканского детского реабилитационного центра.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. — Копенгаген, 1985. — С. 178.
2. Ветитнев А. М. // Вопросы курортологии — 2005. — № 4. — С. 35-38.
3. Габуева Л. А. // Здравоохранение Российской Федерации. — 2004. — № 9. С. 63-70.
4. Гончарова Г. И., Семенова Н. Б., Горбач Н. А. // Здравоохр. Рос. Федерации. - 2002. — № 5. — С. 19-21.
5. Капитоненко Н. А., Новолдский В. М., Свистунов В. А. // Проблемы стандартизации в здравоохранении — 1999. — № 1. — С. 25-33.
6. Кемалов Р. Ф. // Вопросы курортологии - 2005. — № 6. С. 20-28.
7. Литвенюк А. А. // Курортные ведомости. — 2005. — № 5. С. 38-40.

8. Холмогоров Н. А., Федотченко А. А. // Вопросы совершенствования механизма управления санаторно-курортной организацией. – Вопросы курортологии – 2009г. - №1, С.45-46.
9. Александрова М.С. Куковякин С.А. // Обеспечение качества медицинской реабилитации больных с вибрационной болезнью в санаторно-курортных условиях. – Мед. реабилитация . – 2007 г. № 2 стр. 55-56

УДК 614.255.3 – 082 (574.5)

### СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Я.Г. Чуриева, Г.К. Жакыманова, Б.Е. Шаймерденова*

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

#### ТҮЙІН

Ауруларға үйде көрсетілген алғашқы медициналық- санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру үшін учаскелік дәрігердің жұмысын көлемдік сипаттан жеке аурулардың мақсатына қарай аудару қажет. Осы мақсатта дәрігердің жеке қызметтік міндеттерін ауру мен кәрі адамдарға әлеуметтік-медициналық көмек көрсету, терминалдык жағдайдағы ауруларға жәрдем беру, жедел аурулар бар тұлғаларға көмек ұйымдастыру бөлімдеріне жүктеу қажет.

Бұл ғылыми еңбекте дәрігерлердің өз жұмысына деген көзқарасы мен жауапкершілігінің бағалауға арналған сұрақнама материалдары сарапталған. Амбулаторлық-емханалық мекеме дәрігерлерінің барлығы дерлік (100,0%) өз қызметін жауапкерлігі мол және жоғары біліктілікті талап ететін жұмыс деп бағаланған. Ал амбулаторлық-емханалық мекеме дәрігерлерінің 1/3 бөлігінің білімі мен машықтары бүгінгі күннің талабына сай емес. Соны мен, медициналық көмек сапасының төмендеуіне дәрігерлердің өз еңбегіне деген көзқарасының дұрыс болмауы және біліктілігінің төмендігі алып келген деп айтуға болады.

#### SUMMARY

Perfection of organization first sanitary aid at home must be held with the help of doctors, showing huge interest of concrete body, which gives his functional duties. Looking after she patients and old people in terminal stage, the first aid must help with illnesses to the patients, working day by day.

In this scientific article analyzing the complete totals of sociological answer towards to the relations of the doctors work on polyclinic buildings. The total analyzing shows that practically all the doctors have demand and necessary qualifications. But with that job is connected and agree only 1/3 specialists of polyclinic buildings doesn't include the modern demands of rule nowadays. The researching of this method shows the verses that worse works in polyclinic medical buildings are connectly ties with deformations in relations on the works of medical workers.

Повышение качества организации поликлинической помощи на нашем примере достигается уменьшением потери времени пациентов на всех этапах контакта с поликлиникой, улучшением доступности консультативной помощи, лечебно-диагностических подразделений поликлиники, уменьшением числа обоснованных жалоб со стороны населения, улучшением межличностных взаимоотношений врача и пациента. В качестве объекта исследования нами выбрана № 1 городская поликлиника, являющаяся типичной для городских населенных пунктов, численность обслуживаемого населения составляют 42 000 человек, из них 52,7 % составляет женское население, 47,3 % мужское население. Среди обслуживаемого населения 37,2 % составляют работники промышленных предприятий г.Шымкента, 21,6 % -работники учреждения образования, администраций областного и городского подчинения, 16,8 % -пенсионеры и нетрудоспособные граждане, 28,9 % -работники коммерческих учреждений и предприятий.

Поликлиника имеет плановую годовую нагрузку равную 50000 посещений. В составе поликлиники действует 2 терапевтических отделения, кабинеты хирурга, ЛОР врача, невропатолога, окулиста, подросткового врача и физиотерапевтические кабинеты. Она оснащена современным ренгенодиагностическим аппаратом, физиотерапевтическими оборудованями, все кабинеты имеют компьютерные установки, учет посещаемости пациентов идет автоматически. В целях выполнения задач исследования нами составлена программа исследования, которая состоит из 5 этапов. В ходе исследования использованы медико-статистические, аналитические, социологические методы и методы математического моделирования. Наше исследование показало что на территории обслуживания №1 городской поликлиники отмечается стабильная демографическая ситуация за последние 3 года (2007-2009). Уровень рождаемости на 1000 населения составил 19,2‰, уровень смертности в среднем составил 8,9‰. Поэтому естественный прирост населения имеет средний уровень и составляет 10,3‰. В структуре взрослого населения лиц в возрасте 18 и 19 лет составляет 2,9%, лиц в возрасте от 20 до 29 лет-21,3%, от 30 до 39 лет- 22,7%, от 40 до 49 лет- 20,7%, от 50 до 59 лет-19,4%, от 60 лет и старше-13%.

Для изучения особенностей медико-социальной характеристики пациентов амбулаторно-поликлинической службы нами была разработана специальная «Анкета службы», которая состоит из двух частей. Первая часть заполнялась пациентами и была предназначена для оценки медико-социальной

характеристики больных, а вторая часть заполнялась участковым врачом, которая включала сведения о цели визита, диагнозе, группе здоровья и потребности в оперативном лечении. С учетом расчета минимально необходимого репрезентативного объема выборки, по этим анкетам было проанкетировано 987 амбулаторных пациентов.

Проведенное анкетирование показало, что среди пациентов, обращающихся к врачу преобладают женщины — 56,7 %. Наибольший удельный вес среди амбулаторных больных приходится на лица старших возрастных групп. На долю больных в возрасте 50 лет и, старше приходится 42,9 % всех обратившихся, в том числе на лиц в возрасте 60 лет и старше - почти четверть (24,8%). Чаще всего за медицинской помощью обращаются работники государственных учреждений - 33,8 %, обратившихся, далее идут работники промышленных предприятий (19,2 %) и пенсионеры (15,5 %). Уровень образования амбулаторных пациентов весьма высок: почти половину контингента составляют лица с высшим образованием - 48,8 %.

Большинство пациентов амбулаторного учреждения (72,1%) имеют среднее материальное положение, 8,4 % - высокое и высшее среднего. Более половины (56,8 %) амбулаторных пациентов оценивают свое здоровье как плохое или скорее плохое, и только 6,9 % - как хорошее или очень хорошее. С возрастом удельный вес пациентов, оценивающих свое здоровье как плохое или скорее плохое, возрастает. Однако даже среди респондентов в возрасте до 30 лет 47,2 % считают, что состояние их здоровья плохое или скорее плохое. Субъективное мнение пациентов о состоянии своего здоровья часто расходится с объективной врачебной оценкой. Так, среди пациентов, отнесенных врачами к первой группе здоровья, 62,3 % оценили свое здоровье как плохое или скорее плохое; а среди имеющих четвертую группу здоровья 6,2 % оценили его, как хорошее или очень хорошее.

Почти половина (48,1 %) респондентов часто испытывают беспокойство по поводу состояния своего здоровья, 41,8 % испытывают беспокойство иногда, 6,8 % - постоянно и лишь 3,3 % по поводу своего здоровья не беспокоятся. 64,1 % женщин испытывают чувство беспокойства часто или постоянно. Они значительно чаще, чем мужчины обращают внимание на свое здоровье. С возрастом увеличивается число респондентов, которые часто или постоянно беспокоятся о состоянии своего здоровья. Удельный вес таковых до 30 лет составил 7,7 %, а среди лиц в возрасте 60 и старше доходит до 74,2 %. Несмотря на то, что большая часть амбулаторных больных весьма низко оценивает свое здоровье и часто беспокоится о его состоянии, лишь 17,4 % регулярно предпринимают меры для его укрепления, в то время как 22,6 % никаких мер не принимают.

С возрастом удельный вес респондентов, регулярно предпринимающих меры для укрепления своего здоровья, возрастает с 9,2 % (до 30 лет) до 35,8% (60 лет и старше). Основная масса респондентов, лишь потеряв здоровье, начинают принимать меры для его укрепления. Среди пациентов с первой группой здоровья регулярно принимали меры для его сохранения и укрепления только 6,2%, а среди больных имеющих 3 группы 31,7 %.

Пациенты амбулаторно-поликлинического учреждения имеют весьма низкую медицинскую активность. В случае болезни лишь 9,8 % всегда обращаются к врачу и только 42,3 % - как правило. С возрастом медицинская активность респондентов увеличивается если в возрасте до 30 лет всегда или как правило обращается к врачу в случае болезни лишь 31,8 %, то в возрасте 60 лет и старше — 67,2 %.

Отношение к выполняемой работе нередко складывается с отношения к своей профессии. Поэтому возможности для полного раскрытия потенциала личности во многом зависят от правильности выбора специальности, что в медицине имеет особый смысл. Вместе с тем в медицинских вузах до 25 % студентов оказываются случайно, без какой-либо определенной мотивации или устойчивой склонности к врачебной деятельности [3]. В связи с этим не удивительно, что 4,5 % опрошенных нами врачей считают свой выбор профессии ошибкой, а еще 2,5 % не имеют по данному вопросу четкого мнения.

Отношение к труду - сложный социальный феномен, зависящий от многих факторов, в том числе от характера и содержания труда, от стимулов в работе и др. Мы выяснили, что только 2 % врачей назвали свою профессию неинтересной и в основном это были специалисты со стажем работы свыше 20 лет (9,5 % в данной группе). Практически все врачи считают свою работу ответственной (100%) и требующей хорошей квалификации (99,4%). Однако, в вопросе об оплате труда подобного единодушия нет. Только 11,2 % врачей полагают, что их работа оплачивается хорошо, в то же время более половины (59,2 %) высказывают прямо противоположное мнение. Если среди специалистов со стажем более 20 лет не удовлетворены зарплатой 50 %, то среди молодых - почти 70 %. Объясняется это, по-видимому, более высокими тарифными ставками для врачей с большим стажем работы.

С увеличением стажа работы по специальности растет доля врачей, полагающих, что они справляются с работой (от 28,3 до 57,9%). Наряду с этим около 45 % считают себя частично или полностью не справляющимися со своими обязанностями. Даже принимая во внимание склонность многих людей несколько преувеличивать свою роль в коллективе, следует отметить достаточно высокую критичность опрошенных врачей в оценке своего труда. И в то же время, при сопоставлении приведенных выше показателей с результатами ответов на второй вопрос, упомянутая критичность представляется в определенной мере односторонней. 71,2 % врачей со стажем до 5 лет высказали мнение, что выполняемая ими работа заслуживает большей оплаты, хотя только 28,3 % специалистов из названной группы отнесли себя к числу полностью справляющихся со своими

функциональными обязанностями. Остальные как бы рассуждают так: «понимаю, что с работой не справляюсь, но все равно хочу получать за нее большую оплату». Объективность в данном вопросе требует добавить, что 18,7 % всех опрошенных считают размер получаемой зарплаты соответствующим выполняемой работе, а 2,8 % полагают, что получают больше, чем того заслуживает их труд.

Другая сторона рассматриваемого вопроса - характеристика трудовой активности. 55,1 % врачей считают, что работают всегда с полной отдачей сил, 34,9 % - лишь иногда, 8,3 % - работают не в полную силу. Причем если среди специалистов со стажем более 10 лет доля не работающих с полной самоотдачей составляет 3,7 %, то среди тех, у кого стаж до 10 лет, — 15,2 %, т. е. в 4 раза выше. Причины подобного явления нуждаются в отдельном изучении. Необходимо отметить еще один штрих: доля врачей, не работающих с полной самоотдачей, в несколько раз превышает долю не справляющихся с работой (среди специалистов со стажем 6 - 10 лет упомянутые показатели составили 17,7 и 1,3% соответственно). Следовательно, существующая в медицинских учреждениях организация труда позволяет в ряде случаев без приложения значительных усилий со стороны врача считать себя работающим вполне удовлетворительно.

Полученные результаты таковы: отнесли себя к специалистам высокой квалификации 6,2 % врачей, хорошей - 79,1%, невысокой 11,9%, 2,8 % врачей не дали определенного ответа. Однако за средними цифрами скрывается неоднородность оценок у лиц с различным опытом работы. Так, 16,6 % врачей, имеющих стаж более 25 лет, отнесли свою квалификацию к высокой, 58,6 % - к хорошей и 24,8 % к невысокой. Иная картина вырисовывается у молодых специалистов (стаж до 5 лет): к высокой квалификации - не отнес себя никто, к хорошей - 52,9%, к невысокой - 45,1 %. Последние 10 лет в нашем обществе наблюдается отрицательное отношение к качеству работы врачебных кадров и как результат - снижение авторитета врачей в обществе. Кстати, снижение авторитета медицинских работников в общественном мнении вызвало со стороны многих из них своеобразную защитную реакцию: находясь в кругу незнакомых людей, они стараются обойти молчанием свою профессию [2, 3]. По результатам нашего опроса подобной линии поведения придерживаются 65,8 % врачей (среди специалистов со стажем работы более 25 лет — 80,2 %).

Чтобы избежать такого отрицательного мнения о врачебных кадрах необходимо внедрить в практику медицинских учреждений механизма свободного выбора врача. Право на выбор врача в настоящее время официально разрешено Минздравом. Этот шаг необходимо подкрепить и организационными мерами, чтобы больному действительно было из кого выбирать, чтобы столь важный почин не остался на бумаге. Тогда ближайшие годы позволили бы оценить его эффективность. Изучение социологии труда и отношения к нему медицинских работников поможет в решении поставленных задач, поскольку позволяет увидеть дополнительные связи между врачом и его работой, убедительно показывает влияние социальных факторов на деятельность, как отдельных специалистов, так и целых лечебных учреждений. Для характеристики здоровья населения обслуживаемого амбулаторно-поликлиническим учреждением применяются метод изучения показателей заболеваемости. Достаточно емким и информативным показателем является общая и первичная заболеваемость. Общая заболеваемость за период 2007-2009 гг. увеличилась и составила по всем классам заболеваний 2007 г. - 1133,78‰, 2008г. - 1208,11‰, 2009г. - 1278,84‰.

Первичная заболеваемость населения г.Шымкента 2007 г. составила 542,23‰, 2008г. - 517,98‰, 2009г. - 553,91‰. Это показывает о незначительном но динамическом росте первичной заболеваемости населения г.Шымкента. В структуре общей заболеваемости населения 1-ое ранговое место занимает заболевание органов дыхания на долю которых приходится 46,3% всех случаев, на 2-ом месте болезни кровообращения (13,9%) далее идут болезни органов пищеварения (7,1%), нервной системы (6,8%), костно-мышечной системы (5,9%), мочеполовой системы (5,6%), травма и отравления (3,2%). На долю вышеуказанных заболеваний приходится почти 88% всех случаев заболеваемости городского населения. Первичная заболеваемость взрослого населения г.Шымкента имеет следующие структурные особенности: в структуре отмечается рост заболеваемости органов дыхания, мочеполовой системы и кровообращения доля которых от общего уровня заболеваемости составляет соответственно 11,6%, 32,8%, 28,08%. Это показывает о необходимости комплексной оценки состояния здоровья населения города с учетом основных факторов риска развития заболеваемости городского населения.

Приведенные данные подтверждают прямую устойчивую связь с возрастом частоты поражений любой системы организма. В структуре заболеваемости по категориям, так же как при распределении диагнозов по классам, первое место занимают болезни верхних дыхательных путей, входящие в III категорию. Следующие ранговые места занимают болезни и расстройства системы кровообращения и костно-мышечной системы и соединительной ткани (181,2 и 180,0‰), болезни и расстройства женских половых органов (141,4‰), болезни и расстройства органов пищеварения (114,3‰). Таким образом, даже достаточно радикальная перегруппировка приводит практически к тем же основополагающим выводам: об определяющей роли возрастного фактора и достаточной устойчивости места органов и систем организма в отношении частоты поражаемости и соответственно формированию патологии. Около 70% всех случаев заболеваний в общей заболеваемости составляют 50 наиболее распространенных (превышающих по частоте 5%) патологических состояний, сгруппированных в 3-значные рубрики МКБ-10.

Анализ по уровню показателей основных, наиболее распространенных форм патологии позволяет установить в исследуемом регионе 6 соотношения, необходимые при принятии решений в области совершенствования медицинского обеспечения населения. Так, наиболее распространенным хроническим забо-

леванием у взрослого населения следует признать остеохондропатию, частота которых приближается к соответствующему уровню острых респираторных инфекций; чаще, чем такая распространенная среди современного населения патология, как аномалии рефракции и аккомодации, регистрировались хронические гастриты и дуодениты, различные формы ишемической болезни сердца (кроме стенокардии); столь же часто, как цереброваскулярные болезни и болезни желчного пузыря (около 40%), частота хронического бронхита, гипертонической болезни и инфекции почек также достаточно близка (около 30%), на уровне зарегистрированной частоты острых бронхитов и бронхолитов и гриппа находятся нарушения физиологических функций психогенной этиологии (около 2%), к ним приближаются по частоте и сахарный диабет (18,1%), остеоартрит и связанные с ним нарушения (20,2%); практически с одинаковой частотой встречаются такие заболевания, как геморрой, цистит, тереотоксикоз - с зубом и без него, ожирение, пневмонии, отдельные последствия туберкулеза, варикозное расширение вен (7,0-10,0%).

В структуре поражения различных органов и систем можно выделить следующие подгруппы, исходя из особенностей этиопатогенеза их формирования: инфекционные и паразитарные заболевания, вызванные специфическими возбудителями, новообразования, врожденные аномалии, повреждения в результате травм и отравлений и, конечно, основную патологию самих органов и систем, исходящую в своем формировании из особенностей их структуры и функции. Исходя из всего вышесказанного в основу совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению в современных условиях, необходимо положить следующие основные принципы:

1. Максимальная интенсификация деятельности врача путем освобождения его от видов деятельности, не требующих врачебной компетентности. Повышение материальной заинтересованности врача в расширении контингента обслуживаемого населения при сохранении высокого качества оказываемой медицинской помощи.

2. Подъем престижа и активное привлечение к оказанию непосредственно медицинской помощи населению средних медицинских работников путем выделения им самостоятельных разделов работы, расширения видов деятельности, входящих в компетенцию медицинских работников.

3. Включение в процесс принятия решений в области охраны здоровья самих потребителей, постоянное изучение их мнений, организация системы взаимопомощи.

4. Широкое развитие альтернативных видов первичной медико-санитарной помощи на дому.

Последний принцип является ключевым для реализации реформы в системе амбулаторно-поликлинической помощи, так как он оказался наименее эффективным разделом деятельности врача. Уже сегодня оказание медицинской помощи на дому занимает почти 50% в бюджете рабочего времени врача, однако лишь половина его расходуется непосредственно на лечебно-диагностическую работу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Саурбаев Т.К., Ахметова С.Д., Борбекова Ж.М., Уткельбаев Б. Проблема совершенствования системы реформирования первичного звена здравоохранения // международная научно-практическая конференция. "Научные основы политики охраны здоровья и формирование здорового образа жизни в Республике Казахстан", сборник научных трудов.- Алматы, 2003 г. Стр. 180-182.
2. Грачев И.С., Жуков А.Е., Андреев С.А. результаты социологического опроса населения о состоянии амбулаторно – поликлинической и стационарной помощи. // Советское здравоохранение. – Москва 1991. №3 – с. 16-19.
3. Абильдаев Т.Ш., Омарбекова С.Ж., Саурбаев Т.К. О мнениях пациентов и медицинских работников по оценке современного состояния региональной системы здравоохранения // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 2002, №25 с 31-35.

УДК 614.2:613.9/.-058.87

#### ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Н.А.Сарыбаева*

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

#### ТҮЙІН

Қазіргі таңда медициналық жоғарғы оқу орындарда оқу еңбектің жоғары интенсивтілігімен, мәлімет көлемінің өсуімен, динамикалық жоғарлықпен сипатталатын болғандықтан студентке оның ішінде студент денсаулығына жоғары талаптар қойылады. Өсіп жатқан жастардың және халықтың денсаулық жағдайының нашарлауы салауатты өмір салтының төмен қажеттілігінің және тәжірбиелік медицина дәрежесінің төмендеуіне тікелей байланысты.

Современное обучение в медицинском вузе характеризуется динамичностью, высокой интенсивностью труда, возрастанием объема информации, что предъявляет высокие требования к студентам, в том числе и к состоянию их здоровья. Анализ состояния здоровья студентов медицинского вуза набора последних трех лет показал, что сокращается количество практически здоровых студентов (с 52% до 37%), увеличивается число

студентов с хронической патологией и инвалидов. Ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения и населения обусловлено низкой потребностью в здоровом образе жизни, отсутствием практического опыта (в том числе и среди медицинских работников), а также утратой позиций профилактической медицины. В значительной степени этому способствует система медицинского образования, отдающая приоритет подготовке специалистов больничного профиля.

Обучение действиям, направленным на восстановление и сохранение здоровья, будет тем успешнее, чем большими осознанными валеологическими и педагогическими знаниями и умениями обладает медицинский работник. Педагогические знания дают представление о методах проведения профилактической работы с населением, способах и приемах обучения здоровому образу жизни (Л.Ф. Пшеничная, 2000). Таким образом, возникают следующие противоречия: между провозглашением современной системой здравоохранения позиций приоритета профилактической направленности и недостаточным решением системой медицинского образования проблемы формирования профессиональных знаний, умений и навыков здорового образа жизни у студентов-медиков; между необходимостью иметь четкие представления о структуре и содержании профессиональных умений здорового образа жизни будущего медицинского работника, логике процесса их формирования, уровнях сформированности, и не разработанностью этих вопросов в теории.

Учитывая актуальность сохранения и укрепления здоровья будущих медицинских работников, формирования здорового образа жизни, умений ведения профилактической работы с населением, возникает необходимость совершенствования медицинского образования, позволяющего на практике реализовать концепцию здорового образа жизни и принципы профилактической медицины, что возможно лишь при соответствующей организации образовательного процесса в медицинском ВУЗе. Проблема заключается в совершенствовании профессиональной подготовки студентов медицинского ВУЗа, направленной на формирование умений здорового образа жизни. Объектом исследования является образовательный процесс, направленный на формирование умений здорового образа жизни у студентов медицинского ВУЗа. Предметом исследования была методика формирования умений здорового образа жизни у студентов медицинского ВУЗа в индивидуальной и профессиональной деятельности.

**Целью исследования** стали изучение структуры здоровьесформирующих компонентов образовательного процесса и разработать на этой основе методику формирования умений здорового образа жизни и профилактики заболеваний у студентов медицинского ВУЗа. Задачи исследования: 1. Выявить уровень сформированности мотивации здорового образа жизни у студентов - медиков. 2. Разработать виды и содержание умений здорового образа жизни у студентов - медиков в индивидуальной и профессиональной деятельности. Разработать методику формирования умений здорового образа жизни у студентов - медиков и выявить её эффективность.

**Методами исследования** стали теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, моделирование, педагогические контрольные испытания, анкетирование, самооценка и экспертная оценка профессиональных умений, психофизиологические методы, педагогический эксперимент, методы математической статистики. Теоретическая значимость работы заключается в дополнении теории и методики профессиональной подготовки студентов медицинских учебных заведений новыми сведениями о здоровьесформирующих технологиях образовательного процесса, в частности: определена структура и разработано содержание профессиональных умений здорового образа жизни, обоснована здоровьесформирующая модель образовательного процесса, охватывающая весь период обучения с учетом сложности, поэтапности и дифференциации, расширяющая возможности педагогического процесса обучения студентов умениям здорового образа жизни и использования его принципов в индивидуальной и профессиональной деятельности будущего медицинского работника.

Практическая значимость определяется возможностью использования разработанной здоровьесформирующей модели обучения в образовательном процессе по формированию ценностных ориентаций и мотивации личности на здоровый образ жизни, профессиональных профилактической медицины у студентов - медиков, а также, повышения качества медицинской помощи и приобщения населения к здоровому образу жизни. В качестве показателей сформированности умений здорового образа жизни с позиции системно-целостного подхода были определены: 1) уровень сформированности мотивации здорового образа жизни; 2) уровень сформированности умений здорового образа жизни; 3) динамика физической подготовленности, функционального состояния и уровня соматического здоровья студентов.

Результаты предварительного исследования мотивационно-ценностных установок студентов показали, что большинству студентов оказались свойственны низкий (30,5%) и средний (38,4%) уровни сформированности мотивации здорового образа жизни, отсутствие убеждений необходимости следования принципам профилактики заболеваний в будущей профессиональной деятельности.

Медицинское образование в современных условиях наряду с лечебно-диагностической деятельностью предполагает исполнение медицинским работником функций организатора помощи пациенту, собеседника, наставника. Воспитание осознанного отношения человека к здоровью требует специальных знаний о здоровье, владения методами обучения сохранению и укреплению здоровья. Установка на здоровый образ жизни появляется не сама по себе, а формируется в результате определенного психологического и педагогического воздействия. Учить – специфика деятельности педагога. Следовательно, медицинский работник новой

формации – это медик-педагог. В связи с этим, виды и содержание профессиональных умений здорового образа жизни будущих медицинских работников распределены в группы в соответствии с основными функциональными компонентами профессиональной деятельности педагога, а также с учетом специфики деятельности медицинского работника.

Основные группы умений здорового образа жизни включают в себя следующие компоненты:

1. Гностический – умения диагностировать свое состояние и состояние здоровья пациентов, выявлять их проблемы, совершенствовать знания в области новых научно-обоснованных методик оздоровления.
2. Конструктивный – умения подбирать средства для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья пациентов, составлять и планировать программы оздоровительных мероприятий.
3. Коммуникативный – характеризует умения сформировать мотивацию у пациента и побудить его к здоровому образу жизни, строить благоприятные взаимоотношения в быту и профессиональной деятельности, толерантного поведения.
4. Организаторский – умения управлять собственной деятельностью и деятельностью пациентов по сохранению и укреплению здоровья, реализовывать намеченные оздоровительные программы.
5. Оценочно-корректировочный – характеризует умения оценки эффективности обучения оздоровительным мероприятиям и их коррекции.

Представленные компоненты образуют целостную систему, где каждый из них оказывает определенное воздействие на другие и, тем самым, на характер всей системы, а, в конечном счете, на становление профессиональных умений здорового образа жизни. Проведенное предварительное исследование выявило недостаточный уровень сформированности профессиональных умений здорового образа жизни у большинства студентов (по данным экспертной оценки - 85%), и по многим показателям самооценка студентов достоверно превышает уровень экспертной оценки на протяжении всего периода обучения.

Наряду с этим, физическая подготовленность, функциональное состояние и уровень соматического здоровья студентов находятся на низком уровне и в процессе обучения меняются незначительно от курса к курсу, а по некоторым показателям с тенденцией снижения результатов к окончанию учебы. Полученные результаты позволяют говорить о том, что традиционные средства и методы, составляющие основу содержания действующих программ, недостаточно эффективны в плане формирования здорового образа жизни студентов и использования его в профессиональной деятельности, а также не обеспечивают в полной мере улучшения их физической подготовленности и функционального состояния. Кроме того, анкетирование пациентов, находящихся на лечении в стационарах, выявило низкий уровень их знаний и умений здорового образа жизни, и в тоже время потребностью данного контингента в приобретении опыта укрепления своего здоровья оздоровительными средствами.

В результате теоретического исследования установлено, что формирование умений здорового образа жизни у студентов-медиков основано на совершенствовании образовательного процесса учебного заведения, заключающегося в здоровье сберегающих и здоровье формирующих условиях учебной, вне учебной и воспитательной деятельности, валеологическом содержании, актуализации и интеграции знаний здорового образа жизни в дисциплинах Государственного образовательного стандарта и организацией профессиональной практики. Теоретический анализ и изучение квалификационной характеристики будущих медиков, позволил нам выделить умения здорового образа жизни с учетом специфики медицинской профессии: гностические, конструктивные, коммуникативные, организаторские, оценочно-корректировочные и определить среди них наиболее значимые (конструктивные и организаторские), позволяющие более эффективно осуществлять профилактику заболеваний среди населения и укрепления собственного здоровья с использованием оздоровительных технологий.

В результате исследований выявлено, что при традиционной системе обучения недостаточно сформированы уровень мотивации и умений здорового образа жизни студентов, в частности: отсутствует позитивная динамика развития мотивации в течение всего периода обучения и слабые убеждения необходимости умений здорового образа жизни в будущей профессиональной деятельности; наименее сформированы умения конструктивного и организаторского компонентов здорового образа жизни, являющиеся основными для эффективного осуществления индивидуальной и профессиональной здоровьесформирующей деятельности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Салько С.В. Социальная реабилитация инвалидов по зрению в процессе профессионального образования / С.В.Салько // Современные оздоровляющие технологии : сб. науч.- практич. конф. – Омск, 2000. С. 60.
2. Салько С.В. Роль социально-психологической адаптации в процессе профессионального обучения студентов инвалидов по зрению / С.В.Салько // Психологические аспекты здоровья: сб. науч.- практич. конф. - Омск, 2002. С. 30.
3. Крючкова Н.Ю. Формирование здоровьесберегающего пространства в образовательном процессе / Н.Ю.Крючкова, С.В.Салько // Модернизация системы образования и проблемы средних специальных учебных заведений : сб. науч.- практич. конф. - Новосибир., 2003. С. 330 - 334.
4. Крючкова Н.Ю. Создание системы здоровьесберегающего пространства в учебном заведении / Н.Ю.Крючкова, С.В.Салько // Модернизация профессионального образования: проблемы, поиски, решения : сб. науч.-практич. конф. - Омск, 2003. С. 41 - 46.

5. Салько С.В. Модель обучения здоровому образу жизни студентов медицинского колледжа в процессе профессионального образования / С.В.Салько // Качество профессионального образования : матер. регион. научн.- метод. конф. – Кемерово, 2005. С. 123 - 127.
6. Использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе / Л.А.Вовк, В.М.Огрызков, С.В.Салько, М.Н.Шабарова // Среднее профессиональное образование. – 2005. - №6.- С. 18 - 21.
7. Методические указания по реализации здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе / Л.А.Вовк, С.В.Салько [и др.] - Омск, 2006. - 25 с.

УДК 004.415.53+001.891.53

**МЕЖЛАБОРАТОРНЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИСПЫТАНИЯ, КАК РЕЗУЛЬТАТ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ ИСПЫТАТЕЛЬНЫХ  
ЛАБОРАТОРИЙ**

*А.С.Кидырова, В.Н.Губарева, Г.Д.Есембекова, Л.З.Белгибекова*

*РГКП «Южно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» МЗ РК, г.Шымкент*

**ТҮЙІН**

Зертханааралық салыстырмалы зерттеулер ҚР СТ ИСО/МЭК 17025-2007 «Сынақ және калибрлеу зертханаларының құзыреттілігіне қойылатын жалпы талаптар» халықаралық стандартына сәйкес зертхананың техникалық құзыретінің ең маңызды құрамы болып саналады.

**SUMMARY**

Interlaboratory comparative tests and checking the important component of acknowledgement of technical competence of laboratory on conformity to requirements of international standard СТ РК ИСО/МЭК 17025-2007 «General requirements for the competence of testing and calibration laboratories» are considered in this article.

Основной задачей испытательного центра ЮКО при проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы является обеспечение выполнения достоверных лабораторных исследований и в полном объеме действующей номенклатуры исследований. В соответствии с требованиями Закона РК «Об аккредитации в области оценки соответствия», СТ РК ИСО/МЭК 17025 и других действующих международных документов в Республике Казахстан, с целью соответствия требованиям международным стандартам и обеспечения контроля качества и достоверности результатов испытаний в испытательном центре РГКПЮКО ЦСЭЭ в обязательном порядке проводятся внутрилабораторный контроль, межлабораторные сравнительные испытания. С 2009 года внедрена и успешно функционирует система менеджмента качества в соответствии с требованиями СТ РК ИСО 9001 «Системы менеджмента качества. Требования», периодически проводятся внутренние аудиты. С целью повышения качества и стабильности работы системы и ее внутренних процедур разрабатываются мероприятия по улучшению системы менеджмента в центре.

Уровень лабораторного контроля, отвечающего современным требованиям, достоверность результатов исследований в первую очередь, зависят от укомплектованности и квалификации специалистов. В этом направлении внедрена система плановой аттестации специалистов лабораторной службы с периодичностью 1 раз в 3 года, предусмотрено обязательное повышение квалификации сотрудников центра по направлению и специфики деятельности (не менее 1 раз в год), а также подтверждение о повышении квалификации по следующим направлениям: Система менеджмента качества ИСО 17025, ИСО 9001. Внутренний аудит системы менеджмента качества. Оценивание неопределенности измерений. Межлабораторные сравнительные испытания (далее МСИ) являются составной частью системы обеспечения единства измерений, обязательны при аккредитации по СТ РК ИСО/МЭК 17025, а так же являются одной из форм оценки компетентности аккредитованных лабораторий. МСИ выполняются в соответствии с СТ РК ИСО/МЭК 43-1-2002 и проводятся на принципах конфиденциальности, добровольности, участия и выбора показателей.

Так, в 2009 году испытательный центр РГКП ЮКО согласно программы Национального центра аккредитации Республики Казахстан принял участие в межлабораторных сравнительных испытаниях по водным объектам по 22 показателям включая макрокомпоненты (натрий, калий, кальций, магний, сульфат-ион, хлорид-, нитрат-, фторид- ионы, общая жесткость, фосфаты, СПАВ, мышьяк, селен, ртуть, медь, цинк, свинец, кадмий, никель, кобальт, хром, марганец, железо, ХПК) и почвогрунтам 10 показателей (кальций, магний, гидрокарбонаты, хлорид, сульфат, нитраты, медь, цинк, свинец, кадмий). Испытания проводились с использованием высокоточных приборов применяя титриметрические, фотометрические, вольтамперометрические, атомно-абсорбционные методы исследования. Об участии в межлабораторных сравнительных испытаниях получено свидетельство № 0002-0063-2009, № 0004-0021-2009.

После выдачи свидетельств и приложений, нашими специалистами были тщательно анализированы результаты проведения МСИ, определен уровень выполненных результатов. Основным критерием правильности полученных результатов было соответствие требованиям ГОСТ 27384-2002 «Вода. Нормы погрешности измерений показателей состава и свойств». По указанному ГОСТу была проведена оценка выбросовых значений. Подверглись анализу и графики данных с указанием границ допустимых расхождений



(верхняя и нижняя границы), проведены расчеты неопределенностей (погрешностей), изучены диаграммы и Z - индексы, полученных результатов по каждому показателю, рассмотрены интервалы погрешностей. Анализируя результаты межлабораторных сравнительных испытаний за 2009 год, мы сделали краткие выводы:

- результаты МСИ признаны удовлетворительными; - при выполнении МСИ большинство показателей выполнены на должном уровне, однако наблюдаются незначительные расхождения по 4 определяемым показателям (кадмий, цинк, медь, свинец).

Анализируя неудовлетворительные результаты, выявлены причины несоответствий, проведены корректирующие действия, определены задачи по недопущению повторных несоответствий: эффективно применять современные методы жидкостной хроматографии и атомно-абсорбционного анализа; расширить перечень стандартных образцов для градуировки приборов, для внутри лабораторного контроля; расширить область аккредитации; заключить договора на проведение сличительных испытаний с другими аккредитованными лабораториями.

Предстоящая аккредитация нашего испытательного центра на соответствие требованиям СТ РК ИСО/МЭК 17025, а также дальнейшее расширение области аккредитации испытательного центра, участие в межлабораторных сравнительных испытаниях важная составляющая, подтверждение технической компетентности нашей лаборатории. Это дает нам право на вступление в сеть лабораторий международного уровня, претендовать на статус референтной лаборатории по отдельным показателям и методам анализа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Астана, Акорда, 18 сентября 2009 года, № 193-IV ЗРК.
2. Закон РК «О техническом регулировании», от 9 ноября 2004г., №603 СТ РК ИСО/МЭК 17025-2007 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий».
3. СТ РК ИСО 9001-2009 «Системы менеджмента качества. Требования», дата введения 2010-07-01, изд. Комитет по стандартизации, метрологии и сертификации Министерства экономики и торговли Республики Казахстан (Госстандарт), Астана.
4. Закон РК «Об аккредитации в области оценки соответствия», Астана, 5 июля 2008 года, № 61-IV ЗРК.
5. ГОСТ 27384-2002 «Вода. Нормы погрешности измерений показателей состава и свойств».

УДК 614.1-055.2:631.92

#### ФАКТОРЫ ХЛОПКОВОГО ПРОИЗВОДСТВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

*А.О.Сапарғалиева, Р.Т.Тлеужан, Д.А. Азимова, М.Т.Ерназарова*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*  
*Областной перинатальный центр № 2, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Мақалада мақта өндірісіндегі еңбек ету жағдайы мен репродуктивтік қызметті бұзатын және гинекологиялық ауруларды туғызатын қатерлі себептер қарастырылған. Осы бұзылыстардың алу және сауктыру шаралары ұсынылады.

#### SUMMARY

Labour conditions of women collections cotton and primary risk factors, leading to the gynecologic diseases development are reflected in this article. Health-improving recommendations have been worked out in order to prevent reproductive function disorder.

Актуальность исследования: Охрана здоровья матери и ребёнка является одной из важнейших задач нашего государства. Изменение общественного строя и его ориентация на частную собственность сопровождается все большим вовлечением женщин в промышленное и сельскохозяйственное производство. Являясь активной участницей трудового процесса, женщины выполняют функцию деторождения и их воспитания. Хлопководство является ведущей отраслью сельскохозяйственного производства на юге Республики. Формирование рыночных отношений и частной собственности в хлопководческом производстве привело к ухудшению гигиенических условий труда и резким сокращением механизации, ухода за хлопчатником и сборки хлопка. В процессе труда на организм хлопкоробов оказывают пестициды, чрезмерно жаркий климат, низкая влажность воздуха, а также вынужденная рабочая поза и постоянное влияние поднимаемой тяжести. Многочисленные исследования показали о растущем уровне осложнений беременности, рождения детей с органическими и функциональными нарушениями органов и систем организма. Современное состояние в хлопководческом производстве отличается дальнейшим его ухудшением. В связи с вышеизложенным, перед нашим государством стоит задача направленная на усиление мер по охране здоровья женщин занятых в хлопководческом производстве. Это определяет актуальность настоящего исследования.

**Целью исследования** явилось изучение влияния производственных факторов хлопководства на репродуктивную функцию работниц и разработка на этой основе гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери, плода и новорожденного. Задачи исследования: изучение санитарно-гигиенических характеристик условий труда женщин-хлопкоробов на различных этапах возделывания хлопчатника; выяснения особенности течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного у женщин-хлопкоробов и домохозяек, проживающих в одной местности; изучение особенности течения беременности и исхода её для матери, плода и новорожденного в зависимости от возраста, стажа работы и длительности занятости в производстве во время конкретной беременности; - разработка мер, направленных па профилактику осложнений беременности и родов у женщин-хлопкоробов.

**Методы исследования:** эпидемиологические, гигиенические, акушерско-гинекологические, социологические, медико-статистические. Научно-практические результаты работы: Хлопководческое производство является ведущей отраслью сельского хозяйства Южно-Казахстанской области. Данное производство определено как основное для Махтаральского, Туркестанского, Шардаринского и Сарыагашского районов области, в котором занято все взрослое население, включая и женщин репродуктивного возраста.

Впервые на основе комплексных гигиенических, клинических, иммунологических исследований изучено влияние производственных факторов современного хлопководства на репродуктивную функцию женщин, занятых в данной отрасли сельского хозяйства. Санитарно-гигиенические условия труда женщин занятых в хлопководческом производстве характеризуются воздействием на организм комплекса неблагоприятных для здоровья производственных факторов, параметры которых не соответствуют гигиеническим нормативам. К числу таких факторов относятся: высокая температура воздуха (до 40 о С и более в летний и осенний сезоны года), почвенная и растительная пыль (до 88,2 мг/м3), максимальная концентрация которых отмечается при культивации и ручном сборе, токсические вещества – пестициды и продукты их превращения (хлор- и фосфорорганические вещества), концентрация которых превышает ПДК до 5-ти и более раз, особенно в период чеканки и сбора хлопка.

Критерии	Предпосевные работы	Сев хлопчатника	Культи-вация	Чеканка	Сбор хлопка
Рабочая поза (положение тела)	Полусогнутое	Согнутое	Полусогнутое	Стоя	Полусогнутое на корточках
Длительность вынужденной рабочей позы, % от времени смены	30-40	50-60	70-90	65-80	90-100
Частота наклонов корпуса за смену	450-500	250-300	700-800	450-500	1500-2000
Угол вынужденного наклона корпуса	30	50	30-40	30	40-50
Ходьбы за смену в км.	2,0-2,5	0,8-1,0	1,5-2,0	2,0-2,5	Более 10 км
Вес однократно поднимаемого груза, кг	5,0-6,0	7,0-8,0	2,5-3,0	1,5-5,0	10,0-15,0
Суммарная величина переносимого за смену груза, кг	3000-3500	250-300	1000-1500	100-150	180-200
Темп движения в 1 мин.	15-22	1-2	12-15	40-48	40-50
Продолжительность выполнения повторяющихся операций, сек	3-4	40-60	4-5	2,5	1-1,5
Класс условия и характера труда	III <sub>2</sub>	III <sub>1</sub>	III <sub>2</sub>	III <sub>2</sub>	III <sub>2</sub>

**Таблица - Физиологические критерии оценки труда женщин в хлопководстве**

Трудовой процесс характеризуется монотонной, вынужденной рабочей позой, значительным физическим напряжением, связанные с перемещением и подъемом тяжести в течение всей смены при сборе хлопка – сырца, растянутым рабочим днём. Основные виды работ при выращивании хлопчатника могут быть классифицированы по тяжести и напряженности, следующим образом: культивация – очень тяжелый, напряженный; сбор – очень тяжелый, напряженный. На показатели здоровья женщин-хлопкоробов существенное влияние оказывают производственные факторы. У женщин-хлопкоробов, имеющих стаж работы 20 и более лет уровень заболеваемости с ВУТ выше, чем у женщин-хлопкоробов, имеющих стаж работы не более 1 года по случаям 3,4 раза, а по дням более 5 раз.

Социологическое исследование показало, что на состояние здоровья женщин-хлопкоробов существенное влияние оказывают факторы вне производственной занятости, некачественное медицинское обслуживание и низкая медицинская активность самих женщин.

Условия труда в хлопководстве оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности, в том числе на плод и новорожденного. У женщин-хлопкоробов по сравнению с контрольной группой исследуемых, чаще наблюдаются, самопроизвольны аборт, осложненное течение беременности. У них чаще развиваются анемии, гестозы, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Достоверно выше, чем у женщин контрольной группы встречаются такие гинекологические заболевания, как воспаление матки и влагалища (P <

0,01), эрозии шейки матки ( $P < 0,01$ ), воспаление придатков ( $P < 0,01$ ), нарушение менструального цикла ( $P > 0,05$ ), киста яичника ( $P > 0,01$ ), доброкачественные ( $P < 0,01$ ) и злокачественные заболевания. Разработанный и внедренный комплекс мероприятий, направленный на оздоровление условий труда, медицинского обслуживания, трудоустройства и лечения беременных, способствуют снижению, уровня осложнений беременности, родов и послеродового периода у стажированных работниц хлопководческого производства. Для улучшения условий труда, снижения заболеваемости и репродуктивных потерь среди женщин, занятых в хлопководческом производстве разработаны научно обоснованные практические рекомендации

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бузунов И.А. Профилактика гинекологических заболеваний и нарушений специфических функций у женщин занятых в сельскохозяйственном производстве: автореферат канд. мед. наук. – Киев, 1992.- с.20.
2. Хасанов В.Х. Некоторые вопросы гигиены труда и быта сельского населения. //Материалы IV съезда гигиенистов, санитарных врачей, эпидемиологов, инфекционистов Узбекистана. – Ташкент. 20-29 августа 1980.- с.191-193.

УДК 616.379-008.64:355.511.512

#### ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ

*М.А. Булешов, М.У. Анартаева, Г.О. Сапарова*

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

#### ТҮЙІН

Ғылыми мақалада қант диабетімен ауырғандар арасындағы диспансеризация шараларының тиімділігі мен кері динамикаға алып келетін медициналық себептері қарастырылған. Алынған ғылыми нәтижелер, диспансерлік бақылау тәртібін қатаң сақтап, дәрігерлердің тапсырмаларын бұлжытпай орындайтындар арасында денсаулығы жақсарғандар үлес салмағының нақты жоғары екендігі көрсетті.

#### SUMMARY

The problems of dispensary quality on patients with diabetes are described in this article. In the group with a very insufficient examination and non- medical advice was a high level of hegative dynamics, the level of pofitive dynamics were 0,9 on patients and other indicators related to be stable state of the patiens.

Результаты комплексного социально-гигиенического и эпидемиологического анализа заболеваемости населения сахарным диабетом и социально-экономических аспектов его неблагоприятных исходов, оценки эффективности специализированной диабетологической службы имеют существенное значение для медицинской науки и практики и могут быть использованы в общественном здравоохранении [1, 2, 3].

Основой совершенствования регионального планирования ресурсов здравоохранения является оптимизация существующей сети ЛПУ с целью обеспечения эффективности функционирования системы в целом. На формирование сети учреждений и кадровое обеспечение диабетологической службы в нашей области оказывают влияние такие факторы как обширная территория, низкая плотность населения, своеобразные условия расселения жителей, связанные с климатогеографическими и социально-экономическими условиями. Главными недостатками существующей сети учреждений здравоохранения являются следующие: различия в обеспечении ресурсами здравоохранения населения различных территориальных образований, несоответствие существующей сети ЛПУ потребностям населения в медицинской помощи [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. 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 больниц (12%) (рис. 1).

В течение исследуемого 3-х летнего периода госпитализация была рекомендовано в среднем 32% больных и только  $\frac{1}{3}$  из них госпитализированы своевременно и получили специализированное лечение. Средний показатель госпитализации диспансерных больных при сахарном диабете составляет 66,7% в год. Частота обострений сахарного диабета при диспансерном наблюдений на 76,2% ниже, чем при диспансерном наблюдении, осуществляемом с нарушением его периодичности (рис. 2).

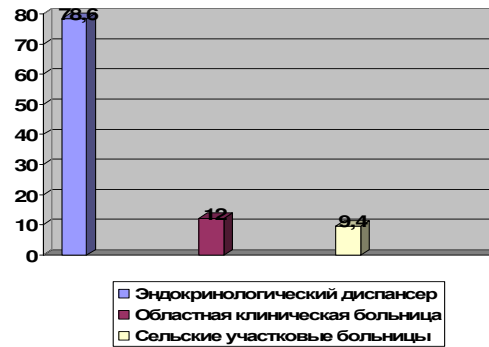


Рисунок 1. Уровень госпитализации больных сахарным диабетом в различные стационарные учреждения (%)

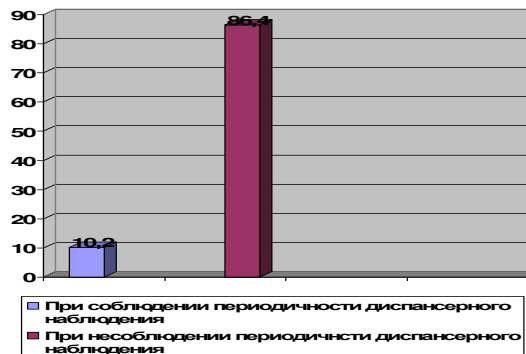


Рисунок 2. Частота осложнений сахарного диабета у диспансерных больных (%)

По нашим научным данным, только 6,3% больных сахарным диабетом регулярно проходят диспансерное наблюдение. Вследствие нерегулярного проведения диспансерного наблюдения происходило большое число обострений за наблюдаемые годы. Частота обострений сахарным диабетом составила 22 случая на 100 больных при нерегулярном наблюдений, а при других хронических неспецифических заболеваниях случаев обострения доходили до 60%.

Таким образом, регулярное диспансерное наблюдение способствует предупреждению обострению заболеваний и может рассматриваться как важный фактор третичной профилактики. При этом важен не только сам факт регулярных диспансерных осмотров и обращений, а качество оказываемой медицинской помощи, объем, и характер которой должны полностью соответствовать состоянию больного и поддерживаться на определенном уровне, как в период обострений, так и в период ремиссии болезни. По нашим данным, 74% больных сахарным диабетом имели болезни системы кровообращения, причем  $\frac{2}{3}$  из них страдают гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Однако, при каждом обращении артериальное давление измерялось им только в 24% случаев.

Нерегулярно в течение года артериальное давление измерялось эндокринологом более, чем у половины больных сахарным диабетом (57,4%) имевшие сердечно-сосудистые заболевания. При этом каждому 4-му больному оно в течение одного года не было измерено ни разу. Электрокардиографическое исследование в различные годы проводилось у 44,6% больных сахарным диабетом, причем число больных, которым это исследование ежегодно проводилось не менее 23,3% случаев. Количество больных, которым содержание сахара в крови и моче определялось регулярно, не превышает 72,4%, а с учетом среднего числа посещения эндокринологов в течение одного года – 5-ти, вместо 12 рекомендованных. Менее чем половина больных ежегодно проходили исследование крови (44,8%), а за 3 года оно проводилось регулярно только 10% больных. Изложенное свидетельствует о наличии значимых проблем по обслуживанию больных сахарным диабетом и по количеству лечебно-профилактических мероприятий, решение которых связано как с улучшением медицинской помощи, так и с изменением отношения больных к выполнению врачебных рекомендаций и не только в период обострений болезни. Группе больных сахарным диабетом с достаточным объемом обследований положительная динамика сахарного диабета отмечается у (31,3%) лиц, без изменений у 49,8% и отрицательная у оставшихся лиц (18,9%) (рис. 3).

В группе лиц с недостаточным объемом обслуживания отмечается большой процент болезни со стабильной динамикой (69,4%), с улучшением встречается только (2,4%) у остальных отрицательные результаты (28,2%) (рис. 4).



Рисунок 3. Динамика в течение СД у лиц регулярно и в полном объеме выполняющих врачебные рекомендации (%)



Рисунок 4. Динамика в течение СД у лиц с недостаточным объемом и нерегулярностью выполнения врачебных рекомендаций (%)

В группе с крайне недостаточным объемом обследования и невыполнения врачебных рекомендаций, отмечается значительно высокий уровень отрицательной динамики (59,5%), уровень положительной динамики составил всего у 0,9% больных, а остальные показатели относятся к стабильному состоянию больных (39,6%) (рис. 5).

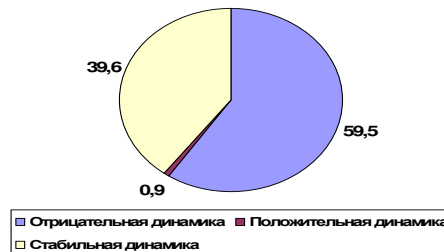


Рисунок 5. Динамика в течение СД у лиц несоблюдающих рекомендаций врачей и неаботающихся по плану диспансеризации (%)

Таким образом, группа больных отифференцированных по отношению к диспансеризации и к рекомендациям врачей показало, что не соблюдение вышеизложенных профилактических мероприятий значительно осложняет течение сахарного диабета. По этой причине увеличивается число обострений основного заболевания и сопутствующих патологий у данного контингента больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Астамирова Х. С., Ахманов М. С. // Большая энциклопедия диабетика. М.: Эксмо, 2004 г. – С. 95-112.
2. Балаболкин М.И. // Сахарный диабет. М.: Медицина, 1994 г. С.87-164.
3. Громнацкий Н.И., Диабетология. // М.: ВУНМЦ, 2005 г. С. 34-78.
4. Дедов И.И., Шестакова М.В. // Сахарный диабет. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2003 г. С. 234.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В. // Диабетическая нефропатия. М.: Эксмо, 2004 г.
6. Жданова О. И. // Сахарный диабет без иллюзий и осложнений. Санкт-Петербург: БХВ – Петербург, 2005 г. С. 98.
7. Зефирова Г.С. // Сахарный диабет. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 1996 г. С. 244-431.
8. Казьмин В.Д. //Сахарный диабет:Как избежать осложнений и продлить жизнь. Ростов на Дону: Феникс, 2000 г. С. 56-76.
9. Остапова В. В. // Сахарный диабет. М.: Медицина, 1994 г. С. 213.
10. Петри А., Сэбин К. // Наглядная статистика в медицине. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003 г. С.78.

УДК 613.622.87

**ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ХЛОПКОВОДСТВА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ**

*Р.У.Кадырова, Т.И. Варзилов, А.Р. Алимбетова, В.И. Гавриков, Б.Т. Адильбекова, Г.Р. Арыстанбаева,  
Б.А. Ахметова*

*Международный казахско – турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент  
Клиника международного казахско – турецкого университета им. Х.А. Ясави, г. Шымкент*

**ТҮЙІН**

Әдебиетгерәліметтеріне негізделе отырып, анықталғаны мақта өндірісіндегі кәсіптік қолайсыз факторлар адам ағзасының соматикалық және гинекологиялық ауруларының өсуіне, денсаулық индексінің төмендеуіне әкеледі. Сондықтан жүйелі түрде профилактикалық қарау және емдік шаралар жүргізу қажет.

**SUMMARY**

On the basis of studying references it is possible to ascertain, that adverse influence of production factors such as cotton – growing leads to increase in somatic and gynecologic diseases, to decrease in an index of health. In this connection it is necessary to spend on a regular basis preventive works surveys and medical actions.

Хлопководство является важнейшей отраслью экономики многих стран мира. По количеству и ценности получаемых продуктов хлопок занимает первое место среди сельскохозяйственных технических культур. Производством хлопка занимаются около 90 стран мира, а потреблением - свыше 100 государств.

По данным Международного консультативного комитета по хлопку, ускоренные темпы экономического развития, прогнозируемые во многих странах мира, могут стимулировать производство хлопка в ближайшие годы. Общие мировые посевные площади под хлопчатником в настоящее время составляют 33,5-34,0 млн. га или около 2% от общего количества посевных площадей мирового агропромышленного хозяйства. При этом ежегодное производство хлопка-волокна в последние годы составляли 18,5-21,0 млн. т с тенденцией к его общей стабилизации.

В мировом производстве и потреблении хлопка в последние годы в конъюнктуре рынка хлопка возникла по сути дела качественно новая ситуация – это тенденция увеличения производства хлопка в отдельных странах и регионах; сокращение доли хлопка – волокна в мировом экспорте – импорте за счет увеличения доли товарной продукции – пряжи, ткани и готовой одежды из хлопка в ведущих хлопкопроизводящих странах с целью обеспечения максимальной эффективности производства хлопка на мировых рынках (хлопковый кластер). Мировое производство хлопкового волокна в 2003 г. составило 20,5 млн. тонн, а потребление 21,3 млн. тонн. По данным ICAC мировое потребление хлопка увеличится до 21,9 млн. тонн в 2005 г. и достигнет 23,6 млн. тонн к 2010 г [1]. В Республике Казахстан хлопководство является одной из важнейших отраслей сельскохозяйственного производства и текстильной промышленности. Интенсивное развитие хлопкоперерабатывающей промышленности в Южном Казахстане способствует увеличению контингента работающих, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов производственной среды. Охрана здоровья работающих на этих предприятиях и улучшение условий их труда является первоочередной задачей медицины [2]. В связи с этим, одним из приоритетных направлений здравоохранения является изучение физиологии и патологии репродуктивной системы женщин в зависимости от влияния неблагоприятных факторов хлопкового производства. Как и в любой другой отрасли промышленности, на хлопковом производстве имеются факторы, оказывающие негативное воздействие на организм работающих. Вредные факторы труда не только могут являться причиной формирования профессиональных заболеваний, но и могут быть патогенетическим механизмом развития и прогрессирования общих заболеваний, не относящихся к категории профессиональных [3]. К числу основных особенностей, определяющих условия труда хлопкового производства относятся возможность воздействия метеорологических условий, широкое применение химических средств (пестицидов), вынужденное положение тела, загрязненность воздушной среды микроорганизмами и химическими веществами, повышенный уровень шума и вибрация.

Процесс выращивания и уборки хлопчатника отличается специфическими особенностями, связанными с резко континентальным климатом хлопкового региона, структурой почвы, применением ядохимикатов, широким использованием ручного труда. Такие виды работ, как прополка, пересев, прореживание, чеканка, частично сбор хлопка, производятся вручную. Женщины, занятые немеханизированным трудом, подвергаются воздействию комплекса профессионально-производственных факторов – это загрязнение воздушной среды пылью, остатками минеральных удобрений и пестицидов. Ручной труд требует больших физических усилий, нагрузка увеличивается вынужденной позой. Действие этих факторов усугубляется общеклиматическим воздействием [4]. Весьма распространенным физическим фактором является нагревающий микроклимат (повышенная температура воздуха, тепловое излучение) который присущ на всех этапах переработки продуктов хлопка. Метеорологические условия в значительной мере определяются климатическими условиями местности. Значительное повышение температуры воздуха при незначительной скорости его

движения (0,28-0,48м/сек.) определяет заметное ухудшение метеорологических условий в течение большей части рабочего дня хлопкоробов. При обработке хлопчатника и сборе хлопка работающий должен все время видеть обрабатываемые кусты и собираемые коробочки хлопчатника, что требует наклона туловища и головы вперед или в сторону и ведет не только к зрительному утомлению и утомлению мышц спины и шеи, но увеличивает нагрузку на внутренние органы. Запыленность воздуха рабочих мест также является одним из неблагоприятных факторов производственной среды в хлопководстве. Источники пылевыведения при ручном возделывании хлопчатника весьма разнообразны. Пыль может образоваться при размельчении корки вокруг хлопчатника, рубке сорняка, при движении сборщиков в междурядьях хлопчатника и при вынимании хлопка из раскрытых коробочек. Установлено, что при обработке хлопчатника на сухой почве концентрация пыли в рабочей зоне работающих в среднем составляет 41,3мг/м<sup>3</sup>, на влажной почве -7,7мг/м<sup>3</sup>, при сборе хлопка-12,7мг/м<sup>3</sup> [5]. Применение в сельском хозяйстве ядохимикатов (пестицидов) для защиты культурных растений от сорняков и вредителей с каждым годом расширяется.

Во всех странах мира промышленное производство пестицидов растет и к настоящему времени уже достигает нескольких миллионов тонн в год. По природе и химической структуре пестициды подразделяют на хлорорганические, фосфорорганические препараты, ртутьорганические соединения и прочие органические и неорганические соединения [6]. В то же время использование ядохимикатов (пестицидов) при сельскохозяйственных работах, как химических средств защиты растений, обуславливает увеличение контингента лиц, контактирующих с ними. Этот контакт происходит при транспортировке, хранении и отпуске препаратов, протравливании семян и их сева, опыливания и опрыскивании растений, фумигации почвы. При выполнении указанных работ могут возникнуть условия для попадания в организм работающих токсичных соединений в количествах, способных вызывать интоксикацию [7]. Пестициды оказывают общетоксическое действие и могут вызвать интоксикацию на всех этапах обработки и переработки хлопка. Неблагоприятное влияние пестицидов на организм человека может проявляться в виде острого и хронического отравления. Острое отравление чаще возникает при грубых нарушениях правил использования пищевых продуктов, обработанных пестицидами (использование семенного зерна, протравленного гранозаном). Хронические отравления возникают в результате длительного употребления пищевых продуктов, содержащих пестициды, в дозах, незначительно превышающих предельно допустимые концентрации. Проявление хронических отравлений наиболее часто сопровождается заболеваниями органов пищеварения (печени, желудка), сердечно – сосудистой системы. В настоящее время в сельском хозяйстве широко используются фосфорорганические вещества, обладающие меньшей устойчивостью к факторам внешней среды. Большинство из них разлагается в растениях, почве, воде в течение месяца. Особенно широко применяются пестициды в хлопководстве [6].

В последние годы количество применяемых в Казахстане средств защиты растений резко возросло и сегодня оно включает более 250 наименований. Увеличился и объем применяемых пестицидов с 13 тысяч тонн в 1996 году до 950 тысяч тонн (2000г) и более 700 тысяч тонн в 2001, 2002 и 2003 годах [8]. Установлено, что воздействие на организм пестицидов (при остром и хроническом отравлении) может явиться одним из основных этиологических факторов развития патологии, провоцирующей и углубляющей течение многих неспецифических заболеваний, в том числе органов дыхания [9,10,11], сердечно – сосудистых заболеваний, болезней органов пищеварения [12,11,13], нервной системы и гинекологической патологии [14,15]. Длительное воздействие пестицидов, в дозах малой интенсивности является причиной повышения заболеваемости гепатитом, инфекционными заболеваниями (грипп, ангина, туберкулез), частых обострений хронических состояний (гипертония, язвенная болезнь) [16,17,18,19]. Было установлено, что воздействие пестицидов на нервную систему клинически проявляется в виде астено-вегетативного синдрома, энцефалопатии, энцефалополиневрита, пояснично-крестцового радикулита, со стороны органов дыхания обнаружены различные воспаления дыхательных путей у лиц, подвергшихся воздействию пестицидов.

Таким образом, на основании изучения литературных источников можно констатировать, что неблагоприятное воздействие производственных факторов, таких как хлопководство приводит к увеличению соматических и гинекологических заболеваний, к снижению индекса здоровья. В связи с этим необходимо регулярно проводить профилактические осмотры и лечебные мероприятия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Умбетаев Н. Технология возделывания новых отечественных сортов хлопчатника на Юге Казахстана.- А.2005.С.3-26.
2. Уаисов Н. Состояние верхних дыхательных путей и галопрофилактика поражений респираторного тракта у рабочих хлопкоочистительного производства. автореф. дис. ... канд. наук.-Астана. 1999.С.45.
3. Сидоренко Г.И., Прокопенко Ю.И. Методологические аспекты предпатологии // Вестник АМН.1976. № 3.С.13-22.
4. Пулатова М.Т., Имаилова Т.Д. О детородной функции колхозниц, занятых в хлопководстве //Здравоохранение Таджикистана.-1986. №1. С.74-77.
5. Джумаев Ф.Т., Ходжаева М.А. Гигиена труда женщин при возделывании хлопчатника. В кн.:Тез. Докл. I I респ.(таджик.) науч конф. По пробл. Гигиены труда и профзаболеваний.3-5 окт. Душанбе, 1977. С.153-154.
6. Пищевые отравления (Zip 91.37). Раздел пищевые продукты Vtarasenke. С.35-42
7. Артамонова В.Г., Н.А. Мухин. Профессинальные болезни М.2004г.С. 355-364
8. Джусубалиева Т.М. «Медико- социальные технологии управления репродуктивным здоровьем женщин в условиях крупного города» // Автореф.дис.канд. наук.-Алматы. 2001. С. 43.

9. Кукаленко С.С. Профессиональная токсикология.-М.,1984.-Т.2.4.1. С.112-113.
10. Мельников Н.А. Пестициды: Химия, технология и применение.-М.,1987.-213с.
11. Яблоков А.В. Ядовитая приправа:Проблемы применения ядохимикатов и пути экологизации сельского хозяйства. М.,1990.-311с.
12. Кагалай Д.П. Гигиена применения, токсикология пестицидов и полимерных материалов.-Киев,0993.-Вып.13.-177-182.
13. Buchel R. Chemistry of Pesticides.-New York,1983.-P.1113-1114.
14. Кундиев Ю.И., Каракашян А.Н., Чусова В.Н. Здоровье женщин, занятых в сельскохозяйственном производстве Украины. // Врачебное дело, 1995, №1-2.-с.98-103.
15. Кундиев Ю.И., Стежка В.А., Крыжановская М.В. Особенности адаптационных реакций у женщин, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов производственной и окружающей среды в сельской местности (медико-биологический мониторинг) // Журнал АМН Украины.-1997.-№4.-с.-625-642.
16. Кукаленко С.С. Профессиональная токсикология.-М.,1984, Т.2.4.1.,с.112-113.
17. Мельников Н.А. Пестициды: Химия, технология и применение.-М., 1987,с 213.
18. Kagan Yu. S. Principles of Pesticide Toxicology.- Moscow: Centere of International Projects, GKNT, 1985.-176р.
19. Шпирт М.Б., Фридман Г.И. Влияние пестицидов на здоровье и работающих в условиях интенсивного применения пестицидов // Вопросы краевой эпидемиологии и гигиены, Фрунзе, 1979,№9 с 188-201.

УДК314.422.22/574.5/

**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО САЙРАМСКОМУ РАЙОНУ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ**

*Идрисов К.С.*

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

**ТҮЙІН**

Мақалада Сайрам ауданы бойынша 2007-2009 ж.ж. нәресте өліміне талдау жасалған, сонымен қатар демографиялық көрсеткіштер бойынша мәліметтер келтірілген. Отбасыны жоспарлау, перзентханаларды заманауі медициналық құралдармен жабдықтау, сәбиді емізу бағдарламалары жөніндегі мәселелерді шешу жолдары қарастырылған.

**SUMMARY**

The article analyzes infant mortality in Sairam district for 2007-2009 and also provides data of demographic indicators. Ways of solving problems are reflected in the sphere of family planning, equipping maternity units with modern medical equipment, introduction of programs of breastfeeding.

Сайрамский район среди всех районов Южно-Казахстанской области отличается густонаселенностью и высоким процентом рождаемости. На территории района расположены 17 сельских округов и 73 населенных пункта при общей площади 1760,4 кв.км. Приграничные территории граничат с юга – Толебийским, Казыгуртским районами, с севера – Байдибекским, Тюлькубасским, с востока – Тюлькубасским, Толебийским районами, а вот в западной части Сайрамский район граничит с Ордабасинским районом и г. Шымкентом. Общая численность населения составляет 285786 человек, из них дети до 14 лет – 98941, подростки – 17261, взрослые – 169584, женщины фертильного возраста – 72098.

Если речь вести о численности и составе прикрепленного населения, то количество населения Сайрамского района имеет тенденцию к росту. Лишь один год наблюдается уменьшение количества населения. В 2009 году рзко снизилось в связи с переходом части территории района к г.Шымкенту.Что и показано на таблице №1.

Показатели	2007 год	2008 год	2009 год
Численность населения всего	282304	290188	285786
в.т.ч. - дети до 14 лет	96436	99951	98941
- подростки	17261	17604	17261
- взрослые	168607	172633	169584
- женское население	140991	145290	142529
в.т.ч.- женщины фертильного возраста	72259	75547	72098

**Таблица № 1 - численность и возрастной состав населения**

Как уже отмечено выше, население Сайрамского района можно отнести к прогрессивному типу. Так, удельный вес детей в возрасте 0-14 лет превышает удельный вес населения в возрасте 50 лет и старше. Таким образом, большая часть населения – трудоспособна, активно вовлечена в деловую производственную атмосферу, способна решать задачи подъема рыночной экономики страны, вести предпринимательскую деятельность, открывать рабочие места.

Высокий показатель рождаемости в Сайрамском районе еще раз раскрывает позитивные тенденции в социально-экономическом развитии региона, подчеркивают ту стабильность и то согласие между народами, которые присуще стране с долгосрочной стратегией до 2030 года и государственными программами, утвержденными правительством Казахстана. Приоритетной в реализации государственных программ остается



сфера здравоохранения, в том числе материнство и детство. Все это вместе взятое не могло не сказаться на темпах роста. Так, в 2009 году по району родилось 9298 детей, при этом показатель рождаемости на 1000 населения составил – 36,7 (ЮКО – 30,4; РК – 22,8). Рост рождаемости показан в таблице №2.

Наименование показателей	По району			По ЮКО			По республике		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Рождаемость	32,5	36,6	36,7	29,6	32,1	30,4	20,7	22,7	22,8
Смертность	6,0	6,2	6,1	7,1	7,0	6,4	10,2	9,7	9,6
Естественный прирост	25,5	30,4	30,6	22,5	25,1	24,0	10,5	13,0	13,2

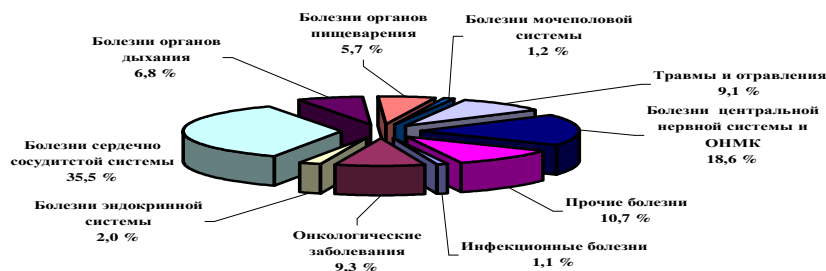
**Таблица № 2 - Сравнительная таблица по рождаемости, смертности и естественного прироста.**

Как видно из таблицы № 2 - ежегодный рост рождаемости влияет непосредственно на естественный прирост населения. Обработанные статистические данные по району показывают увеличение рождаемости и снижение смертности, которые являются прямым результатом реализации государственной политики в области охраны материнства и детства, повышения качества выполняемых медицинских услуг и организованной работы первично медико-санитарной помощи населению.

Показатель смертности на 1000 население составляет 6,1 при областном показателе – 6,4 (РК – 9,6). При сравнительном анализе за последние три года в структуре смертности населения района по заболеваниям на первом месте стоят болезни сердечно-сосудистой системы - 35,5%, на втором - болезни центральной нервной системы и острые нарушения мозгового кровообращения – 18,6 %, на третьем – онкологические заболевания – 9,3 %, на четвертом – травмы и отравления – 9,1 %. Есть над чем работать медицинским учреждениям района в плане профилактики, лечения, диагностики заболеваний. Полный анализ структуры смертности отражен в диаграмме № 1.

Чтобы снизить общую смертность среди населения, необходимо вести планомерную и целенаправленную работу по снижению уровня социально значимых заболеваний через: раннюю диагностику, своевременное лечение, качественную диспансеризацию, реабилитацию и профилактику инвалидности.

В течение отчетного периода по району умерло детей до 1-го года жизни 192 (2008г.- 271), показатель младенческой смертности на 1000 родившихся – 20,7 (2008г.- 29,9), при областном показателе – 20,5.



д

**Диаграмма № 1 структура смертности по назологии**

Показатели	2007 год	2008 год	2009 год
Количество родившихся	8645	9049	9268
Количество умерших детей до 1 года	177	271	192
Показатель младенческой смертности	20,5	29,9	20,7

**Таблица № 3 - Количество родившихся и умерших детей до 1 года, показатель младенческой смертности.**

Увеличение младенческой смертности в 2008 году связано с введением ВОЗ-овской системы оценки критериев живорожденности с учетом умерших новорожденных весом более 500 гр. Сегодня стоит непростая задача – поставить в перинатальные центры необходимое медицинское оборудование, обеспечить их лекарственными препаратами, подготовить соответствующие кадры. В следующей диаграмме показаны показатели младенческой смертности.

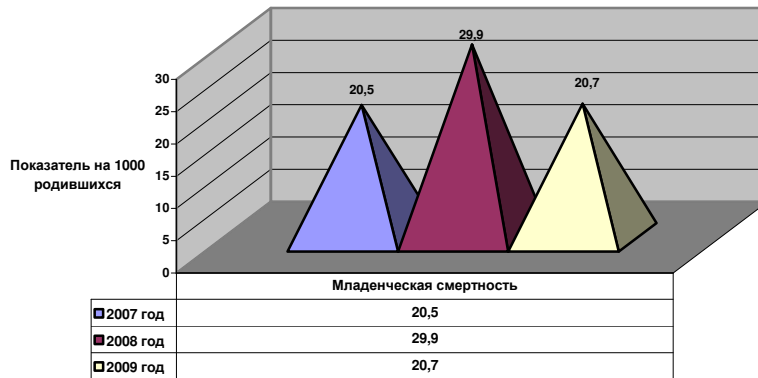


Диаграмма №2 Структура младенческой смертности по годам.

В структуре младенческой смертности на первом месте находятся отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 45,1 %, на втором - заболевания органов дыхания - 20,4 %, на третьем месте - врожденные аномалии развития – 14,2 %. В диаграмме №3 показана структура младенческой смертности.

Так, в 2009 году из 192 умерших детей до 1-го года скончались в стационарах – 74 (38,5 %), в родильных отделениях и роддоме – 103 (53,6 %), на дому – 15 (8,1 %). Что вызывает обеспокоенность не только врачей, но и общества, государства.

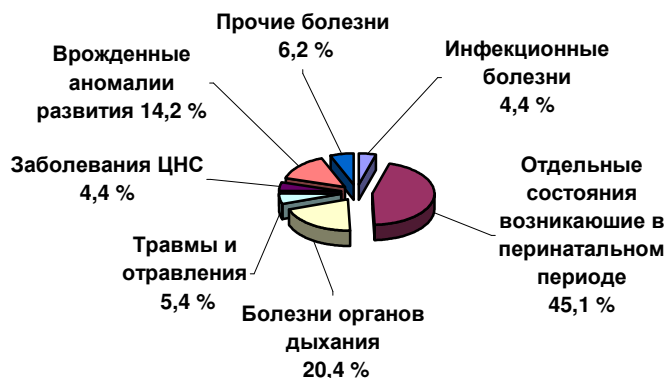


Диаграмма № 3, структура младенческой смертности по заболеваниям.

Анализ младенческой смертности показывает, что наибольшее количество детей умерли в стенах родовспомогательных организаций и по структуре смертности отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и заболевания органов дыхания составляют 65,5 % от всех причин. А причины кроются: в несвоевременном взятии на учет беременных, недостаточном их обследовании с целью предотвращения врожденных аномалий развития и других патологических процессов, возникающих в перинатальном периоде, недостаточная квалифицированность медицинского персонала. Со стороны организаций ПМСП отмечается не систематическое наблюдение за новорожденными, несвоевременная профилактики сопутствующих заболеваний, поздняя госпитализация и не надлежащее выполнение протоколов диагностики и лечения.

**Выводы.** Чтобы решить проблему с материнской и младенческой смертностью необходимо совершенствовать систему планирования семьи; улучшить качество проводимых профилактических осмотров детей и женщин фертильного возраста; своевременно брать беременных на учет – до 12 недель; усилить дородовой и послеродовой патронаж; качество обследовать беременных с целью выявления наследственной патологии и аномалии развития плода; оснащать родовспомогательные организации современным медицинским оборудованием; открывать отделения патологии новорожденных; улучшать кадровый потенциал и постоянно повышать профессиональный уровень медицинских работников; организовать профилактику; своевременно выявлять, лечить и систематически наблюдать за детьми раннего возраста согласно протоколов диагностики и лечения; внедрять расширенные программы грудного вскармливания; интегрировано вести болезни детского возраста (ИВБДВ), следить за развитием детей раннего возраста (РДРВ) и обеспечить нуждающихся детей лечебными молочными смесями.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», утвержденный 18 сентября 2009 года.
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»,

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-008.6-07:616.153.96-074

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИРОЗИН - И ТРИПТОФАН СОДЕРЖАЩИХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*М.Т. Серикбаева, А.К. Джусупов, М.А. Емешева, Т.О. Жундибай, М.А. Садыкова*  
*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*  
*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Шымкент*

**ТҮЙІН**

Созылмалы жүрек жетіспеушілігімен (СЖЖ) ауыратындардың қан сарысуындағы тирозин құрайтын пептидтің (ТЗП) орташа концентрациясы  $3,14 \pm 0,03$  ммоль/л, ол донор тобымен салыстырғанда 245%-ға жоғары болған ( $p < 0,001$ ). СЖЖ-мен ауыратындардың қан сарысуындағы триптофан құрайтын пептидтің (ТПП) орташа концентрациясы  $0,26 \pm 0,02$  ммоль/л, ол донор тобымен салыстырғанда 104%-ға жоғары болған (ТПП-ң донорлардың қан сарысуындағы құрамы  $0,25 \pm 0,06$  ммоль/л). СЖЖ кезінде олигопептидтердің жоғарлау дәрежесі ТЗП көлемінің өсуіне байланысты, ол 245%-ға көтерілген, ТПП концентрациясының жоғарылауы 4% жетеді. Созылмалы жүрек жетіспеушілігіде ТЗП/ТПП 5,1ден 12 жоғарылаған.

**SUMMARY**

The average concentration of thirozine-containing peptides (TCP-1) in blood serum in patients with chronic heart failure was  $3,14 \pm 0,03$  mmol/l; that is 245% higher than in donors-group ( $1,28 \pm 0,32$  mmol/l) and the average concentration of thirozine-containing peptides (TCP-2) in patients was  $0,26 \pm 0,02$  mmol/l; that is 104% higher than in donors-group ( $0,25 \pm 0,06$  mmol/l). at the same time the TCP-1/TCP-2 quotient increased from 5,1 in a control group to 12 in the chronic heart failure group.

Последние десятилетия проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) занимает ведущее место в кардиологии. У лиц старше 65 лет сердечная недостаточность встречается в 6-10%. Смертность от ХСН занимает первое место, опережая онкологические заболевания, инсульт, инфаркт миокарда. За последние 10 лет число госпитализации больных с диагнозом ХСН утроилось, а за 40 лет - возросло в 6 раз [1,2,3]. За последние 20 лет смертность от ХСН увеличилась на 148%, особенно среди женщин пожилого возраста, хотя общий риск смерти от ХСН у женщин ниже, чем у мужчин [4]. Этот парадокс также объясняется большим количеством сопутствующей патологии у женщин, особенно артериальной гипертонии и сахарного диабета. Многочисленные экспериментальные и клинические работы, включая рандомизированные исследования SAVE, SOLVD, V-HeFT, CONSENSUS, TRACE, MHFT, AIRE поддерживают важную концепцию о том, что ремоделирование сердца представляет собой прогрессирующий процесс [5,6].

В настоящее время стало очевидным, что наряду с повышением уровня классических нейрогормонов, наличием циркуляторных нарушений, у больных ХСН наблюдаются клинические симптомы, характерные для пациентов с хроническими воспалительными и злокачественными заболеваниями. К ним в первую очередь относится синдром кардиальной кахексии, и воспаления [7,8], что сопровождается накоплением продуктов кислородного голодания тканей. Роль этих соединений, которые в больших концентрациях обладают токсическими свойствами, в патогенезе ХСН остается невыясненной. В связи с этим представляется актуальным исследование эндогенной интоксикации (ЭИ) организма больных с ХСН [9,10]. Эндогенная интоксикация может, сопровождать самые разные виды заболеваний, так и выступать в качестве самостоятельного синдрома. Детальное изучение клинических и лабораторных изменений позволило выявить наличие синдрома и при значительно более благоприятно протекающих заболеваниях, при которых ЭИ не представляет угрозы, но значительно ухудшает качество жизни больных: при неосложненном инфаркте миокарда и ишемической болезни сердца, при артериальной гипертонии.

Целью настоящей работы явилось измерение концентрации тирозин-и триптофансодержащих пептидов (ТЗП и ТПП) для определения эндогенной интоксикации у больных с артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне ХСН [11,12].

**Материалы и методы.** Обследованы 50 больных в возрасте от 62 до 93 лет (средний возраст  $78,0 \pm 8,02$  лет) с клиническими признаками ХСН, развившейся на фоне хронической ИБС ( $n=27$ ) и АГ ( $n=30$ ). Диагноз устанавливали на основании комплексного анализа жалоб, данных анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментальных методов исследования. В качестве контроля использована донорская кровь с добавлением 1/10 объемной части глюцира, которую получали с областной станции переливания крови.

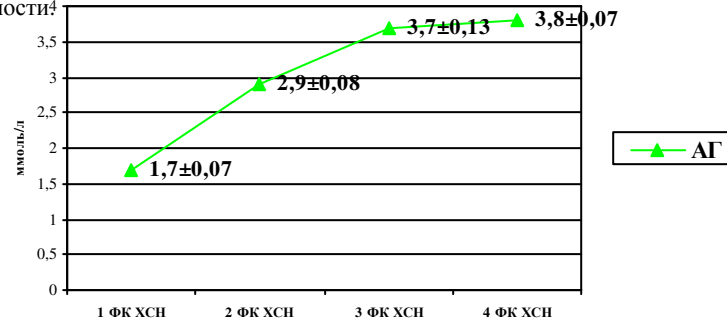
Все больные были распределены на четыре подгруппы в зависимости от функционального класса ХСН. Длительность анамнеза ХСН варьировала от 1 года до 8 лет (средняя продолжительность  $3,0 \pm 0,39$  года). У 5 (10%) обследованных установлен I функциональный класс (ФК) ХСН (NYHA), у 16 (32%) - II ФК, у 20 (40%) - III ФК и у 9 (18%) - IV ФК. У всех больных в сыворотке крови определяли ТЗП и ТПП с применением реактивов фирм "Реахим" (Россия) и "Реанал" (Венгрия). Измерение спектров УФ-поглощения проводили на спектрофотометре "Shimadzu UV-300" в стандартных кварцевых кюветках  $1 \times 1$  см.

**Результаты и обсуждения.** При изучении содержания ТЗП и ТПП у 50 больных и 15 доноров получены следующие результаты (табл.1).

Группа обследованных	ТЗП, ммоль/л	ТПП, ммоль/л	ТЗП/ТПП
Здоровые доноры (n=15)	1,28±0,32	0,25±0,06	5,1
Больные ХСН (n=50)	3,14±0,03	0,26±0,02	12
Повышение показателя у больных, % к норме	245	104	235

Таблица 1 - Содержание ТЗП и ТПП в плазме крови больных с ХСН

Средняя концентрация ТЗП в плазме крови у больных с ХСН составила 3,14±0,03 ммоль/л, что достоверно было выше на 245% (p<0,001) по сравнению с группой доноров (содержание ТЗП в плазме крови-1,28±0,32 ммоль/л). Средняя концентрация ТПП в плазме больных ХСН составила 0,26±0,02 ммоль/л, что на 104% выше по сравнению с группой доноров (содержание ТПП в плазме 0,25±0,06 ммоль/л). При ХСН наблюдается рост концентрации ТЗП, которая поднялась до 245%, при увеличении концентрации ТПП только на 4%. При этом отношении ТЗП/ТПП повысилось с 5,1 в норме до 12 при хронической сердечной недостаточности!



На рис.1 предоставлены показатели ТЗП у больных при ХСН на фоне АГ.

Рис1. Изменения уровня ТЗП при ХСН на фоне АГ

Отчетливо видна тенденция увеличения показателей ТЗП на фоне усиления декомпенсации у пациентов ХСН на фоне АГ с I по IV ФК, что сопровождается достоверным ступенчатым увеличением показателей ЭИ. Так, при II ФК ХСН выявлено почти 2-кратный рост содержания свободного ТЗП, у пациентов с III и IV ФК его 3-кратное увеличение. На рис.2 предоставлены показатели ТЗП у больных при ХСН на фоне ИБС.

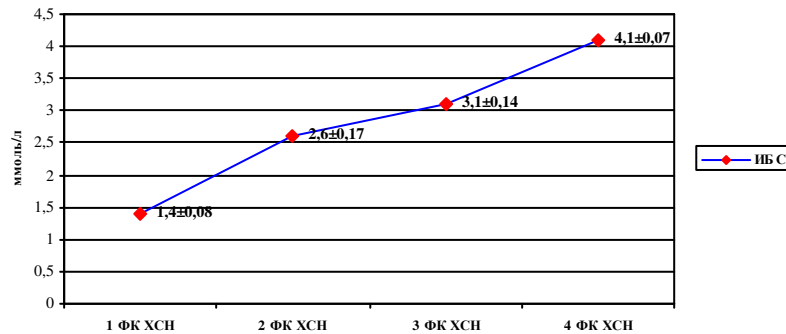


Рисунок 2. Изменение уровня ТЗП при ХСН на фоне ИБ

Полученные результаты указывают на повышение уровня эндогенной интоксикации у пациентов с I по IV ФК при ХСН на фоне ИБС. У пациентов с IV ФК ХСН наблюдается увеличение ТЗП в 3,2 раза.

Анализ суммарного графика изменений ТЗП показателя эндогенной интоксикации предоставлен на рис.3. У большинства обследованных больных ХСН наблюдалось ступенчатое повышение уровня концентрации ТЗП в 1,5 -3,2 раза при АГ и ИБС при переходе с I ФК по IV ФК.

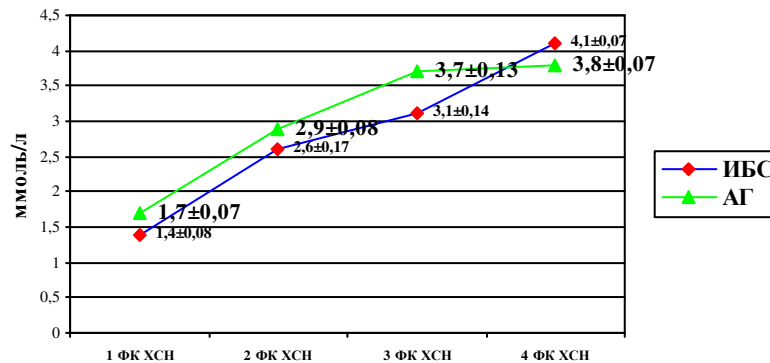


Рисунок 3. Суммарный график изменений параметров эндогенной интоксикации (ТЗП)

Далее была измерена оптическая плотность следующего маркера эндогенной интоксикации трипфансодержащего пептида (ТПП) рис.4 у больных с ХСН на фоне АГ. Концентрация ТПП во II ФК ХСН составила  $0,26 \pm 0,11$  ммоль/л, отмечается увеличение по сравнению с контрольной группой на 4%. У больных с III ФК ХСН при определении ТПП показало  $0,27 \pm 0,05$  ммоль/л и IV ФК ХСН  $0,32 \pm 0,09$  ммоль/л, превышение оптической плотности по сравнению с группой доноров составило 8% и 28% соответственно ( $p < 0,001$ ).

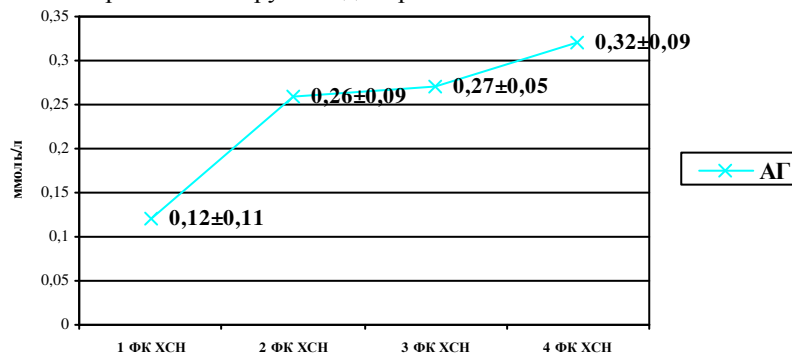


Рис.4 Изменение уровня ТПП при ХСН на фоне АГ

Практически аналогичная ситуация рис.5 с определением ТПП у больных с ИБС при ХСН. Концентрация ТПП во II ФК ХСН составила  $0,26 \pm 0,08$  ммоль/л, в III ФК ХСН ТПП  $0,28 \pm 0,04$  ммоль/л и IV ФК  $0,33 \pm 0,09$  ммоль/л.

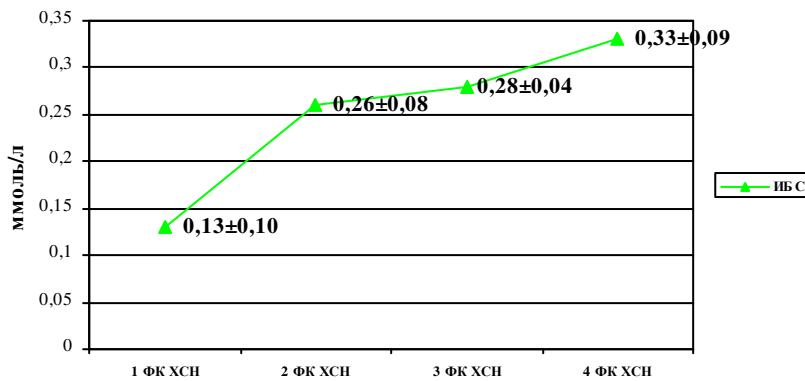


Рис.5 Изменение уровня ТПП при ХСН на фоне ИБС

Анализ суммарного графика изменений ТПП показателя эндогенной интоксикации предоставлен на рис.6. Необходимо отметить незначительное увеличение ТПП в 1,2 раза по сравнению с донорской кровью у больных IV ФК при АГ и ИБС.

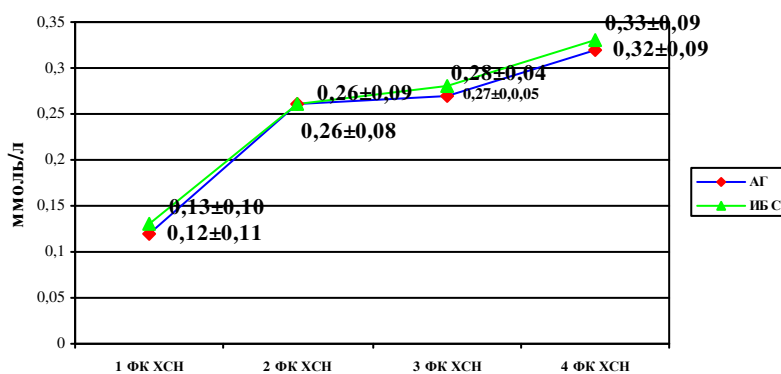


Рисунок 6. Суммарный график изменений параметров эндогенной интоксикации (ТПП)

Полученные результаты хорошо согласуются с известными данными о более выраженном увеличении концентрации ТЗП по сравнению с ТПП при интоксикации организма. Высота возрастания уровня содержания ТЗП при АГ и ИБС с I ФК по IV ФК ХСН, и их перераспределение в организме определяют изменение степени эндогенной интоксикации и зависит от стадии и степени тяжести патологического процесса.

**Выводы** 1. По мере усиления декомпенсации с I ФК по IV ФК ХСН у больных с АГ и ИБС отчетливо определяется достоверное ступенчатое увеличение показателей ЭИ (ТЗП и ТПП).

2. Наряду с признаками нарушения гемодинамики и с дисбалансом в плазме крови содержания классических нейrogормонов у больных ХСН наблюдаются клинические симптомы характерные ЭИ.

3. Подтверждением концепции воспаления в патогенезе ХСН служит повышение ТЗП и ТПП - маркеров ЭИ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics: 2005 Update. Dallas, Tex; American Heart Association; 2005.
2. Cleland JG, Swedberg K, Follath F et al. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J. 2003;24(5):442-463.
3. Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса. Сердечная недостаточность. 2002; 3(2):57-58.
4. Schocken D. D., Arrieta M. I., Leaverton P. E. Prevalence and mortality rate of congestive heart failure in The United States. J Am Coll. Cardiol. 1996; 28: 1781-1788.
5. Штегман О.А., Терещенко Ю.А. Систолическая и диастолическая дисфункция левого желудочка – самостоятельные типы сердечной недостаточности или две стороны одного процесса. Кардиология. 2004; 2: 82-86.
6. Пожарская Н.И. Влияние терапии эналаприлом, карведилолом и их комбинацией на нейрогуморальный профиль и вариабельность ритма сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью: Автореф. ... канд. мед. наук.-М., 2000.3-11.
7. Haber N.L., Leavy J.A., Kessler P.D. et al. The erythrocyte sedimentation rate in congestive heart failure. N.Engl.J.Med. 1991;324:
8. Pye M., Rae A.P., Cobbe S.M. Study of serum C-reactive protein concentration in cardiac failure. Br.Heart.J. 1990;63:228-230.
9. Арсютов Г.П. Анализ эффектов инфузионной озонотерапии в комплексном лечении диффузного токсического зоба: Автореф. Дис... канд. мед. наук.- Чебоксары, 1999.
10. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике. – СПб, 1995.
11. Нагоев Б.С., Габрилович М.И. Значение определения средних молекул в плазме крови при инфекционных заболеваниях вирусной и бактериальной этиологии. Клиническая лабораторная диагностика. –2000.- №1- С.
12. Гаврилов В.Б., Лобко Н.Ф., Конев С.В. Определение тирозин- и триптофансодержащих пептидов в плазме крови по поглощению в УФ- области спектра. Клиническая лабораторная диагностика. -2004.-№3-С.12-16.

ӘДК 614.23:314.4

**УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

*Б.Қ. Досыбаев, М.Б. Қаржаубаева, Г.У. Дүйсен, К.А. Қазбекова, Г.К. Жакыманова*  
*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

**РЕЗЮМЕ**

В научной статье рассмотрены показатели здоровья участковых врачей цифры показывают о высоком уровне заболеваемости с временной утратой трудоспособности, первичной инвалидности и преждевременной смертности врачей. Полученные научные результаты показали, что среди участковых врачей наиболее часто встречаются болезни органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения и мочеполовой системы. Основными причинами инвалидности и преждевременной смертности участковых врачей являются болезни кровообращения, злокачественные новообразования и психические расстройства, уровни которых значительно превышают показателей врачей других специальностей.

**SUMMARY**

The indices of health of the local doctors are considered in the scientific article. Indices show the high level of illnesses with temporary loss of disablement, primary disability and premature mortality of doctors. The received scientific results showed that among the local doctors the most often cases are the diseases of the respiratory system, of the circulatory system, the digestive system and the urinary system. The main causes of disability and premature mortality of the local doctors are the diseases of circulation of the blood, malignant tumors and psychical disorders, the level of which considerably exceed the indices of doctors of other specialties.

Тұрғындардың денсаулығы ең үлкен ұлттық байлық болып табылады. Ал, оны қорғауда денсаулық сақтау жүйесі ерекше орын алады. Бұл жүйеде жұмыс істейтін дәрігерлердің арасында учаскелік дәрігерлердің атқаратын жұмысы өте үлкен. Учаскелік дәрігерлердің қатар саны өте көп, жалпы Республика бойынша 16000 учаскелік дәрігерлер тұрғындарға қызмет көрсетеді. Осы салада жұмыс істейтін дәрігерлер тұрғындарға сапалы медициналық көмек көрсету үшін дендері сау болуы тиіс. Басқаша жағдайда олардан сапалы медициналық көмекті күту мүмкін емес. Сондықтан учаскелік дәрігерлердің денсаулығына кешенді баға беру, олардың денсаулығын жоғары дәрежеде қамтамасыз ету ең маңызды жұмыс болып табылады. Оның аса өзекті болғандығына қарамастан, осы уақытқа дейін дәрігерлердің денсаулығын қамтамасыз ету жөнді жолға қойылмаған және осы мәселе туралы ғылыми – зерттеу жұмыстары мүлдем жоқ. Соңғы он жылда дәрігерлердің денсаулығын қорғау мәселесіне арналған ғылыми еңбектер өте сирек жарық көрген. Олардың ішінде учаскелік дәрігерлердің денсаулығы туралы мәселе көтерген еңбектер мүлде жоқ. Біздің алдымызға қойылған мақсаттарымызға сай учаскелік дәрігерлердің денсаулық

көрсеткіштерін зерттеп, олардың денсаулығын жоғарылатуға бағытталған шаралардың ғылыми негізін жасауға күш салдық.

Біз зерттеу нысаны ретінде Шымкент қаласында орналасқан амбулаторлық – емханалық мекемелердің учаскелік дәрігерлерін алдық. Олардың жалпы саны қала бойынша 1112 адам болып шықты. Дәрігерлердің денсаулығын көрсететін ең маңызды көрсеткіш олардың уақытша еңбекке жарамсыздығына байланысты қалыптасқан аурушандығы. Сондықтан біздің зерттеуімізде бірінші кезекте осы көрсеткішті кешенді түрде бағалауға үлкен көңіл бөлінді. Біздің алған деректерге қарағанда әрбір 100 учаскелік дәрігерге балап есептегенде аурушандықтың оқиғалар саны 98,4 оқиғаны құрады. Ал, күндердің саны 1354,9 күндерді құрады.

Уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушандық көрсеткіштерінің динамикасы 2000 жылға қарағанда 2009 жылы оның орта есеппен 98,4 оқиғаға тең болып отырғанын көрсетеді. Ал, оның күндері 1354,9 күнге тең болып шықты. Олардың ең жоғары деңгейі оқиғалар саны бойынша 2005 жылы (101,2 оқиға; 1428,3 күндері) қалыптасқан. Ал, оның ең төменгі деңгейі оқиғалар саны бойынша 2002 жылы (90,7 оқиға), ал күндердің саны бойынша 2004 жылы (1328,1 күн) түзелген. Жалпы учаскелік дәрігерлердің аурушандығы өзге сала дәрігерлерінің аурушандығынан жоғары болып қалыптасқан (1 кесте).

1 кесте. Шымкент қаласының амбулаторлық – емханалық мекемелерінің учаскелік дәрігерлері арасында қалыптасқан уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушандық көрсеткішінің динамикасы (2000 – 2009 жылдары).

Жылдары	Оқиғалар		Күндер	
	абс	100 адамға балап есептегенде	Абс	100 адамға балап есептегенде
2000	1097	98,3	15041	1346,7
2001	1213	108,9	16026	1412,5
2002	1009	90,7	15982	1401,8
2003	1091	98,1	15019	1334,2
2004	1086	97,7	15002	1328,1
2005	1126	101,2	16148	1428,3
2006	1068	96,0	15014	1342,6
2007	1118	100,4	16248	1421,9
2008	1104	99,2	16009	1397,2
2009	1098	98,7	15072	1361,7
Орта есеппен	1094	98,4	15066	1354,9

Аурушандық күндері бойынша көрсеткіштерін салыстыру, учаскелік дәрігерлердің аурушандығының жоғары екендігін көрсеткен (1354,9 күн). Тек қана анестезиолог – реаниматологтардың аурушандығынан біршама төмен болып шықты (1418,9). Бұл жағдай учаскелік дәрігерлердің еңбек ету жағдайының аса қауырт және жайсыз екендігін байқатады.

Учаскелік дәрігерлердің денсаулығын бағалауда олардың мүгедектік және өлім көрсеткіштері орын алады. Учаскелік дәрігерлердің жастары мен жыныстарына қарай аурушандық, алғашқы мүгедектік және өлім көрсеткіштерін зерттеу маңызды ерекшеліктерді көрсетті. Олардың арасындағы ең төменгі аурушандық 24 жасқа дейінгі дәрігерлердің арасында қалыптасқан (100 дәрігерге балап есептегенде оқиғалардың саны 66,8, күндердің саны 678,2). Оның ең жоғарғы деңгейі жасы 60 – 64 жастағы дәрігерлердің арасында қалыптасқан (100 дәрігерге балап есептегенде 132,1 оқиғаны, 2252,7 күнді құраған). Ер кісілердің арасында әйелдерге қарағанда аурушандық көрсеткіші анағұрлым төмен.

Ерлердің арасындағы аурушандық оқиғаларының саны 68,4 болса, күндердің саны 959,7 күнге тең. Әйелдердің арасындағы аурушандық оқиғаларының саны 108,8 болса, күндер саны 1491,9 болып қалыптасқан[1,2]. Алынған ғылыми нәтижелер әйел учаскелік дәрігерлердің денсаулық көрсеткіштері, ерлердің денсаулық көрсеткіштеріне қарағанда ауыр болуы, олардың өндірістен тыс атқаратын жұмыстарының қалың болуымен түсіндіреді. Әйелдердің арасында бала көтеру, балаларға қарау, оларды күту, отбасындағы тұрмыстық жұмыстарды атқару олардың денсаулығына қосымша қысым түсіріп, жоғары дәрежедегі аурушандық қалыптасуына себеп болады. Алғашқы мүгедектіктің көрсеткіші орта есеппен әрбір 10000 учаскелік дәрігерлерге балап есептегенде 47,7 оқиғаны құрады.

Ер кісілердің арасында мүгедектік (49,2 %) әйелдердің арасындағы аурушандыққа қарағанда жоғары болып шықты. Мүгедектің ең жоғарғы деңгейі 60 – 64 жастағы ер кісілердің арасында қалыптасқан (209,8%). Ал, ең төменгі деңгейі 25 – 29 жас аралығындағы әйел учаскелік дәрігерлерде түзелген (7,4%). Жастық топтарда әйелдердің арасында 25 – 29 жас, 30 – 34 жас аралығындағы дәрігерлердің мүгедектік деңгейі ер кісілерге қарағанда жоғары. Алайда, жоғарғы жастық топтарда бұл көрсеткіш деңгейі ер кісілерде анағұрлым

биік болып шықты. Өлім оқиғаларын зерттей отырып, оның 1000 жұмыс істейтін дәрігерлерге балап есептегендегі деңгейі 4,8 оқиғаны құрайтынын анықтадық.

Оның орташа деңгейі ер кісілерде әйелдерге қарағанда 2,3 есеге жоғары екендігін анықтадық. Барлық жастық топтарда ер кісілердің өлім көрсеткіштері, әйелдерге қарағанда бірнеше есеге жоғары болып шықты. Алайда, 65 жастан асқан дәрігерлердің арасында әйелдердің өлім көрсеткіштері (14,5%) ер кісілерге қарағанда (11,7%) жоғары болып шықты. Бұл жағдай ер адамдардың орташа өмір сүру ұзақтығының 63 жастан аспайтындығымен тікелей байланысты[3,4].

Мүгедектік оқиғаларының құрамын зерттегенде, оны негізінен жүрек қан – тамыр жүйелерінің аурулары (39,2%), қатерлі ісік аурулары (33,3%), психикалық ауытқулар (15,7%) туындататыны анықталды. Жүрек қан – тамыр жүйелерінің ауруларының ішінде мүгедектікке алып келетіндері жүректің ишемиялық аурулары, жіті ми қан айналымының бұзылуы және жүректің ревматикалық аурулары ерекше орын алады. Қатерлі ісіктердің ішінде сүт бездерінің рагы және әйелдердің жыныс жүйелерінің рагы жиі кездеседі. Алғашқы мүгедектік көрсеткіші учаскелік дәрігерлер арасындағы ауырлық дәрежесі бойынша үш топқа бөлінеді. 1-ші топтағы дәрігерлердің үлес салмағы 2%, 2 – ші топтағы дәрігерлердің үлес салмағы 70%, 3-ші топтағы дәрігерлердің үлес салмағы 27,7% құрайды. Мүгедектіктің жасына қарай таралуы жасы 29 төмен аралығындағы мүгедектіктің үлес салмағы 10%, 30 – 39 жас аралығындағы мүгедектік 17,8%, 40 – 49 жас аралығындағы мүгедектік 20,6%, 50 – 59 жас аралығындағы мүгедектік 27,3%, 60 жас және одан жоғары жас аралығындағы мүгедектіктің үлес салмағы 30,4% болып шықты.

Өлім оқиғаларының 64,9% әйелдердің үлесіне тиеді, 35,1% ерлерге үлесім жатады. Өлім көрсеткіштерінің негізгі себептері ретінде қатерлі ісіктер (45,8%) аталады. Жүрек қан – тамыр жүйесінің ауруларына екінші орын тиеді (44,0%), үшінші орында өзіне - өзі қол салу (10,2%). Өз өзіне қол салғандардың 83% - 45 жасқа жетпегендердің үлесіне тиесілі. Қайтыс болғандардың ішінде 1,7% 29 жастан төменге тиесілі, 30 – 39 жастағыларға 11,9% тиесілі, 40 – 49 жастағыларға 23,7% тиесілі, 50 – 59 жастағыларға 23,8% тиесілі, 60 жастан жоғарыдағыларға 39% тиесілі. Осыған қарай отырып учаскелік дәрігерлердің арасындағы аурушандық оқиғалары, алғашқы мүгедектік оқиғалары және өлім оқиғалары өте жоғары деңгейде қалыптасқанын байқауға болады[5]. Сонымен алынған деректер мынандай тұжырым жасауға негіз болды:

- 1) Учаскелік дәрігерлердің уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушандығы өзге кәсіптік дәрігерлердің көрсеткішінен анағұрлым жоғары;
- 2) Уақытша еңбекке жарамсыздық тудыратын аурушандық оқиғалары бойынша 88,8%, күндері бойынша 83,6% - зы тыныс алу жолдарының, жүрек қан – тамыр жүйелерінің ауруларына, асқорыту жүйелерінің, жүйке жүйесінің, зәр шығару жүйесінің және басқа да жаракаттарға тиесілі.
- 3) Учаскелік дәрігерлердің арасында алғаш рет мүгедектікке шығу көрсеткіші өте жоғары. 10000 дәрігерге балап есептегенде 47,7 оқиғаны құрады. Мүгедектікке алып келетін негізгі себептердің қатарына жүрек қан – тамыр жүйелерінің патологиялары, қатерлі ісіктер және психикалық ауытқулар жатады.
- 4) Учаскелік дәрігерлердің арасында өлім оқиғалары өте жоғары (4,8%). Оның негізгі себептері ретінде қатерлі ісіктер, жүрек қан – тамыр жүйелерінің патологиялары және өзіне - өзі қол салу оқиғалары бар.

Алынған ғылыми деректер учаскелік дәрігерлердің денсаулығын жақсартуға бағытталған профилактикалық шаралардың бірыңғай жүйесін жасауға жағдай туғызды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ларионов Ю.К., Гехт И.О. О результатах медико – социологического исследования оценки качества работы амбулаторно – поликлинических учреждений. // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. Сборник тезисов и статей – Самара 2000г. с. 83- 84.
2. Гехт И.А. Обращаемость за медицинской помощью в амбулаторно – поликлинические учреждения. //Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Выпуск № 7 – Санкт – Петербург. – 2002г. С. 28 – 30.
3. Ларионов Ю.К. Результаты социологического опроса руководителей ЛПУ.// Вопросы управления качеством медицинской помощи. – Самара 2005г. № 2. – с. 66 – 69.
4. Кашуба В.А. Анкетный метод в социально – гигиенических исследованиях условия труда и состояния здоровья медицинских работников.// Программно – целевое планирование и управление охраной здоровья рабочих. Сб. тезисов докладов Всесоюзной научной конференции. – Новосибирск, 1990. – с. 65 – 66.
5. Капцов В.А., Коротич Л.П. Методические подходы к созданию системы комплексной оценки условия труда и состояния здоровья медицинских работников. //Сб.: Труд и здоровье медицинских работников. – Москва. НИИ ГТ и ПЗ., 1984. – с. 28 – 31.

УДК 618.5-089 888

#### ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЮКО

*А.Ш. Банахова*

*Ордабасинская ЦРБ, с. Темирлановка, ЮКО*

#### ТҮЙІН

Мақалада ОҚО Ордабасы аудандық орталық ауруханаға инновациялық технологияларды енгізгенге дейінгі және енгізгеннен кейінгі абдоминальды босандыру ерекшеліктері көрсетілген. Кесар тілігінің жиілігі 2,4 есе жоғарылағаны және операция көрсеткішінің құрылымы өзгергені анықталды.



## SUMMARY

In this article the peculiarities of abdominal delivery in Ordabasy central regional hospital before and after introduction of innovative technologies were described. The increasing of cesarean section quantity on the 2,4 time and changing of structure for operation were detected.

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией(1). По данным статистики Российской Федерации за последние 10 лет частота этой операции возросла с 3,3% в 1985 г. до 11,06% в 1996 г. По данным национальной статистики США за последние 10 лет (1984-1994) частота кесаревых сечений стабилизировалась на 22,0-22,3%. В настоящее время частота абдоминального родоразрешения в странах Европейского региона составляет 10-15%, в странах Латинской Америки – 35%. Однако расширение показаний к кесареву сечению в целях снижения перинатальной смертности, по мнению многих и рекомендациям ВОЗ (1985), оправдано лишь до определенных пределов – 10-15%. Несмотря на кажущуюся техническую простоту, кесарево сечение следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой послеоперационных осложнений (от 3,3 до 54,4% по данным разных авторов)(2). В бывшем Всесоюзном научно-исследовательском центре охраны здоровья матери и ребенка (г. Москва) частота кесарева сечения начала быстро возрастать с 60-х годов и особенно с 1979 г. и в настоящее время достигла 40%. Такое увеличение частоты кесарева сечения связано с широким внедрением в акушерскую практику современных технологий: УЗИ, кардиомониторного контроля во время беременности и в родах, рентгенопельвиметрии, достижениями в области реанимации и интенсивной терапии, неонатологии и т.д.(2).

**Цель работы** – изучение особенности показаний к абдоминальному родоразрешению в условиях внедрения инновационной технологии в работу родильного отделения Ордабасинской Центральной районной больницы (ЦРБ).

**Материал и методы исследования.** Материалом служили прооперированные роженицы путем абдоминального родоразрешения в Ордабасинской ЦРБ за период 2009 г. Возраст колебался от 19 лет до 41 года. По паритету первородящих было 8 и повторнородящих - 37. Юная первородящая(12,5%) и первородящая старшего возраста(12,5%) по 1 случаю. Многорожавших – 12 случаев(32,4%). Использовались клинические, лабораторные, ультразвуковые методы исследования. Проводилась партограмма. Ниже указана схема (№1) обследования и подготовки к операции кесарева сечения. Ретроспективный анализ показаний к операции кесарева сечения до внедрения программы «Безопасного материнства». Схема №1(2)

Обследование и подготовка к операции кесарева сечения



**Результаты и обсуждения.** Начиная с 2005 года, Южно-Казахстанская область (ЮКО) с ее наибольшей численностью населения и высоким уровнем рождаемости в стране являлась пилотной областью для внедрения новых технологий предложенных ВОЗ – программ «Безопасное материнство» и «Эффективные перинатальные технологии»(3). Согласно приказу УЗ ЮКО №512-п от 25.07.08 г. «О регионализации перинатальной помощи в ЮКО» областной перинатальный центр является родовспомогательным учреждением III уровня. I уровень – это родильные отделения ЦРБ, куда госпитализируются беременные из группы низкого

риска. Согласно этого приказа, беременные группы «высокого риска» по материнским и перинатальным осложнениям переводятся в областной перинатальный центр (ОПЦ) по принципу регионализации оказываемой акушерско-гинекологической помощи как из близлежащих (Ордабасы), также из отдаленных (Чардара) районов. Поэтому в родильном отделении Ордабасинской ЦРБ последние годы операции кесарева сечения проводятся только по экстренным показаниям. До внедрения инновационной технологии (до 2005г.) анализ всех абдоминальных родоразрешений показал, что в структуре показаний к кесареву сечению на первом месте был рубец на матке. На втором месте - аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординированная родовая деятельность). Причем, из 1181 родов (2004 год) у 16 роды завершены абдоминальным путем, т.е. кесарево сечение выполнено в 1,4%.

В 2009 году после внедрения Программы обеспечения безопасной беременности, рекомендованной ВОЗ, которая регламентирует использование эффективных перинатальных технологий, основанных на принципах доказательной медицины и направленных на улучшение качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным в родовспомогательных учреждениях. В результате к концу 2009 года в Ордабасинской ЦРБ – 99,9% новорожденные находятся на исключительно грудном вскармливании и в 100% обеспечен ранний контакт кожа к коже при рождении. Частота абдоминального родоразрешения в 2,4 раза увеличилась и составила 3,4%(45 случаев).

В таблице № 1 приведены данные абдоминального оперативного родоразрешения за 2009 г.

№	Проведенные операции	Перво-родящие	Повторнородящие	всего
1	Всего операций: в т.ч.            плановые экстренные	- 8	1 36	45
2	Показания:			
1	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)	3	18	21
2	Неправильное положение плода (поперечное)	2	3	5
3	Слабость родовой деятельности			
4	Рубец на матке,	3	2	5
5	в том числе разрыв матки по рубцу			
	Клинический узкий таз	-	5	5
6	Дистресс плода	-	1	1
7		-	5	5
		-	2	2
	Всего	8	37	45

Таблица №1 - Показания к операции кесарева сечения за 2009 г.

Как видно из таблицы, операция кесарево сечение наиболее чаще проводилась у повторнородящих женщин. Причем операция была проведена у первородящих при доношенном сроке беременности, тогда как у повторнородящих в 7 случаях (18,9), операция проводилась при недоношенном сроке – с 26 до 34 недель беременности. В структуре показаний на 1 месте выходит преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 18 случаев(48,6%). На 2 месте клинический узкий таз и рубец на матке: по 5 случаев(13,5%). На 3 месте – неправильное положение плода (поперечное положение) – 3 случаев(8,1%). В одном случае имело место разрыв матки по рубцу при сроке беременности 31-32 недель. Плод внутриутробно погиб с массой 1767,0 рост- 32см. Операция завершена надвлагалищной ампутацией матки с придатками, дренированием брюшной полости. Показанием явилось несостоятельность рубца и признаки инфицирования раны. Общая кровопотеря составила 1000мл. Двое недоношенных детей были переведены на второй этап выхаживания в областную клиническую детскую больницу на 10 сутки жизни. В послеоперационном периоде осложнений не было. Все матери выписаны с детьми в соответствующие сроки домой.

Таким образом, в Ордабасинской ЦРБ в условиях внедрения инновационной технологии в работу родильного отделения увеличились количества абдоминального родоразрешения в 2,4 раза. Структура показаний к кесареву сечению имеет отличие – на первом месте акушерские кровотечения ( ПОНРП), причем более чаще у многорожавших женщин. По поводу аномалии родовой деятельности (слабость родовой деятельности) в 6,9 раза чаще кесарево сечения проводилось у первородящих женщин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чернуха Е.А. Кесарево сечение – настоящее и будущее. \ Акушерство и гинекология.- 1997.-№ 5.-с.22-28.
2. Комисарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения. \ Акушерство и гинекология.- 2000.-№ 1.-с.14-16.
3. Задина Г.Ж. Партнерские роды. Проблемы и преимущества.\ Вестник ЮКГМА .- 2009 г. №4(45). – с.64-67

УДК 616.83: 615.89

**РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ИНТЕГРАЦИИ ЗАПАДНОЙ И ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ***Г.А. Дуцанова, Ж.Е. Куттыгулова**Южно – Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Вегетативті жүйке жүйесі адам ағзасы үшін өте маңызды. Вегетативті жүйке жүйесінің қызметіне диалектикалық бірлік жатады, оның маңыздылығы қабілеттілікті, барлық қозғалыстағы қоғамға жауап береді. Вегетативті дистония синдромының ерекшелігі вегетативті бұзылыстардың жүйелілігінің күрделі болуына байланысты. Вегетативті жүйке жүйесіндегі қарсы тенденциясы шығыс медицинасындағы дұрыс диагностика қоюда, шығыс медицина концепциясы жеткілікті екені дәлелденді.

**SUMMARY**

This article described autonomic nervous system plays an important role in life of organism. For us the function of autonomic nervous system very simple. One of important thing of autonomic nervous system is many systems of autonomic destroys are complicated.

Вегетативной нервной системе принадлежит важная, можно сказать решающая, роль в жизнедеятельности организма. Функции вегетативной нервной системы, казалось бы, противоречивы, но в них заключено диалектическое единство, сущностью которого является обеспечение адекватного, приспособительного, целостного поведения. Одной из важнейших особенностей синдрома вегетативного дистонии является полисистемность вегетативных расстройств. Антагонистические тенденции в деятельности вегетативной нервной системы, достаточно убедительно подтверждаются существующими концепциями восточной медицины а также особыми правилами диагностики в восточной медицине.

Вегетативные расстройства (их природа, клинические проявления и лечение) являются одной из актуальных проблем современной медицины. Вегетативной нервной системе принадлежит важная, можно сказать решающая, роль в жизнедеятельности организма. Тяжелые вегетативные расстройства по существу несовместимы с жизнью. Функция вегетативной системы заключается в двух аспектах. Первый сводится к поддержанию постоянства внутренней среды организма (гомеостаза).

Вторым аспектом является обеспечение вегетативной нервной системой различных форм психической и физической деятельности. В период напряженной деятельности происходит существенная мобилизация энергетических ресурсов кардиоваскулярной, дыхательной и других систем. Оба направления функций вегетативной нервной системы, казалось бы, противоречивы, но в них заключено диалектическое единство, сущностью которого является обеспечение адекватного, приспособительного, целостного поведения. Это обусловлено несколькими факторами и прежде всего – огромной распространенностью вегетативных нарушений. Как показали многочисленные эпидемиологические исследования, в популяции в целом, вегетативные нарушения, начиная с пубертатного возраста, встречаются в от 25 до 80% наблюдений. Не существуют такие патологические формы, в развитии и течении которых не играла бы роль вегетативная нервная система. В одних случаях она является существенным фактором патогенеза, в других – возникает вторично в ответ на повреждение любых систем и тканей организма. Естественно, что в ряде случаев вегетативные нарушения доминируют в клинических проявлениях заболевания, в других они представлены в объективной картине болезни, где роль их в процессах механизмов развития заболевания и осложнений имеет немаловажное, а в некоторых случаях, преимущественное значение. [1]

Особенность вегетативной патологии заключается в том, что в качестве самостоятельных заболеваний она выступает достаточно редко. Как правило, вегетативные нарушения являются вторичными, возникающими на фоне некоторых психических и соматических заболеваний, что и определяет выраженную синдромальность вегетативных нарушений. Синдром вегетативной дистонии (СВД) может развиваться в результате многих причин и иметь разную нозологическую принадлежность. В некоторых случаях синдром носит проходящий и кратковременный характер, когда он возникает в рамках психофизиологических реакций у здорового человека под воздействием чрезвычайных, экстремальных событий и в острой стрессовой ситуации. Вегетативная дисфункция, как правило сопровождает период гормональных перестроек – пубертатный возраст, климакс, беременность, период лактации. В этих случаях вегетативные нарушения нередко сочетаются с эндокринными расстройствами, а также, в подавляющем большинстве, они сопровождаются психическими нарушениями тревожного и депрессивного характера [2].

Одной из важнейших особенностей синдрома вегетативного дистонии (СВД) является полисистемность вегетативных расстройств представленная на рис.1[2].

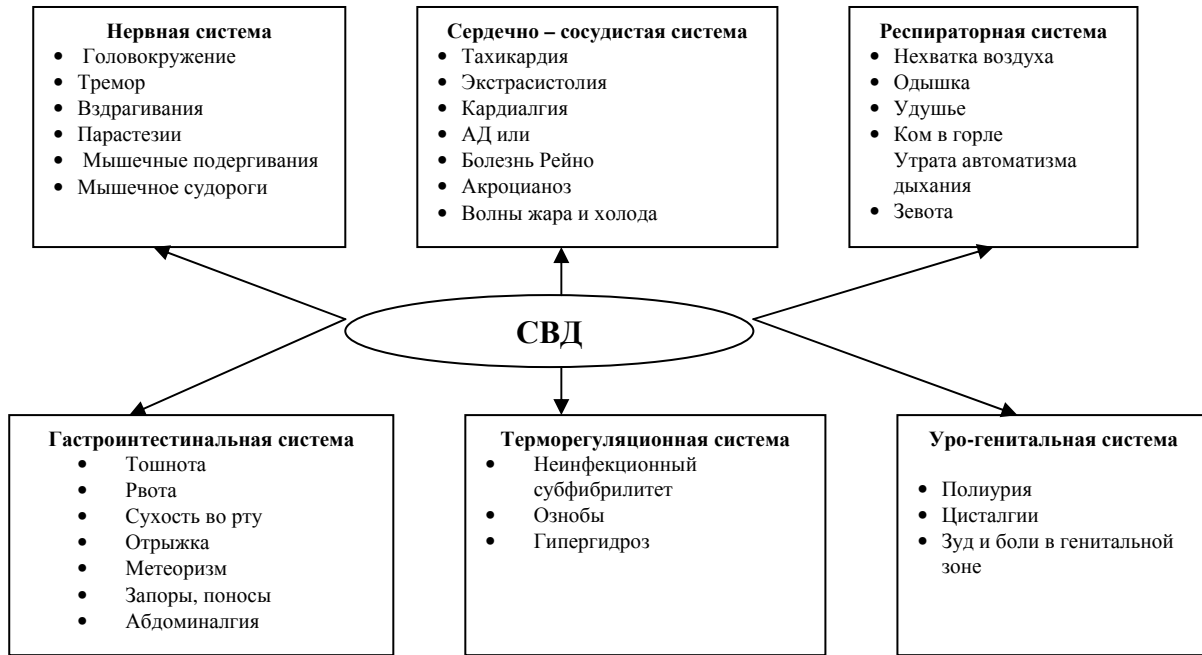


Рисунок 1. Полисистемность вегетативных нарушений

Вегетативная нервная система играет важную роль в жизнедеятельности организма. Ей принадлежит особая роль в поддержании постоянства внутренней среды, т.е. гомеостаза, являющегося условием нормального функционирования организма. Известно, что вегетативная нервная система осуществляет приспособление организма к различным условиям внешней среды, участвует в регуляции физической и психической деятельности, способствует течению процессов обмена, поддержанию гомеостатического равновесия, механизмов адаптации и построена на основе взаимосвязи эрготропной и трофотропной системы. В организме деятельность этих систем осуществляется синергически, возможно, с преобладанием какой-либо из них в определенные фазы жизнедеятельности.

Метео и гелиотропные факторы оказывают определенное воздействие на вегетативную нервную систему, при этом влияют не только отдельно взятые метеорологические элементы, но и их различные сочетания определяя характер метеореакций.

Результаты предыдущих наших исследований показали повышенную чувствительность вегетативной нервной системы к антропогенному загрязнению атмосферного воздуха основными, широко распространенными химическими компонентами являющимся, по нашему мнению дополнительным риск - фактором, поддерживающим патологические сдвиги в интегративных механизмах мозга и обуславливающим неполноценность адаптивных приспособительных функций организма и прогрессирование атеросклеротического процесса [3].

Кроме того, вегетативная нервная система участвует в обеспечении всех форм деятельности психической и физической, реализуя энергетически все виды поведения. Таким образом, казалось бы, антагонистические тенденции в деятельности вегетативной нервной системы – обеспечение постоянства внутренней среды на определенном уровне и в то же время реализация необходимого отклонения от уровня равновесия во время психической и физической деятельности достаточно убедительно подтверждаются существующими концепциями восточной медицины (инь-ян, у-синь) а также особыми правилами диагностики в восточной медицины (Ба-ган, по пульсу, по языку и.т.д.).

Многие исследователи древневосточной медицины отмечают определенные аналогии, сближающие, интегрирующие древневосточные и современные представления. Так, древние представления о пяти первоэлементах отражают реальное понимание мира и, в том числе, организма человека; представление о борьбе двух противоположных начал инь-ян и о равновесии процессов инь-ян в здоровом человеческом организме отражает реальность мышления, позволяет создавать модель болезни и может соответствовать современному представлению о гомеостазе.

Теория о «жизненной энергии» (ци), циклично протекающей в организме, соответствует преимущественным образом, представлению об интегральной функции и биологических ритмах организма, которым придается, большое значение [4].

Принимая во внимание как современное, так и древневосточное понимание о целостности организма и целостности его функций необходимо принять основные концепции восточной медицины для интеграции с представлениями современной медицины и, в особенности, вегетологии, что имеет важное значение в терапии основных болезней организма в целом. В лечении СВД, учитывая преимущественно его психогенное происхождение, а также дисгормональные воздействия и, патогенез, в котором, немаловажное значение имеют

патогенные факторы с точки зрения древневосточной медицины, приоритет должны иметь психотропная и иглорефлексотерапия, под контролем методов исследования функционального состояния психовегетативного статуса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Филатова Е.Г., Лечение синдрома вегетативной дистонии. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Журнал Консилиум Медикум №2 (неврология/ревматология). Москва. М. 2005г. 41-45 С.
2. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. Под редакцией А.М. Вейна. Москва. М. 2007г. 377 С.
3. Дуцанова Г.А. Ранние формы церебрального атеросклероза в условиях доминирующего загрязнения атмосферы выхлопными газами автотранспорта крупного города. Автореферат дисс.д.м.н. Алматы 1993г, 40 С.
4. Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. 3-е изд., перераб.и доп. – Новосибирск: Наука. Сиб.отделение, 1991г.432 С.

УДК 616.8-053.6-092.11

#### ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

*Ж.Е. Куттыгулова, Г.А. Дуцанова*

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

#### ТҮЙІН

Тұтас ағзаның психовегетативті бұзылысының ерекшелігі әскер қатарына шақырылғанға дейінгі жасөспірімдер денсаулығының бұзылуы негізіне байланысты. Сондықтан әскер қатарына шақырылғанға дейінгі жасөспірімдердің патологиялық жағдайын тудырмай, ағзаның ең маңызды функциональды жүйесінің бұзылысын анықтау үшін, түрлі сыртқы ортадағы әсерлерге бейімделу мақсатында психовегетативті статусын игеру және оның функциональды жағдайын бақылау қажет. Берілген мәлімет ағзаға патологиялық бұзылысты түзейтін қауіп себептерін болжамды бағалау ең маңызды, сонымен бірге, мекемелерде психолого- медициналық іс – шаралар комплексін жүргізумен алдын - алу және сауықтыру шараларын ұйымдастыру болып табылады.

#### SUMMARY

Health of the younger generation is an extremely and is particularly important social and medical significance for society as a whole. Health issues of adolescents before they reach military age of condition contemporary transformations are the most significant in ,as the healthy teens under age, mean a readiness to quality of their military service and to streng then the army as a whole.

Состояние здоровья подрастающего поколения является чрезвычайно актуальной проблемой и имеет особенно важное социальное и медицинское значение для общества в целом. Вопросы сохранения здоровья подростков допризывного возраста в Казахстане в условиях современных преобразований являются наиболее значимыми, так как здоровые подростки в допризывном возрасте, означает готовность их к качественному несению воинской службы и укреплению армии в целом.

В настоящее время, кризисное состояние экономики, связанные с ним падение социально - экономического уровня жизни населения и значительное ухудшение возможностей практической медицины, привели к ухудшению системы врачебного наблюдения за подростками и молодежью в период от приписки до призыва [1]. В такой обстановке особенно актуальным и единственно эффективным становится системный подход к формированию, сохранению и укреплению физического и психического здоровья подростков допризывного возраста. Вместе с тем, функциональные и психофизические возможности, в большей степени определяющие состояние здоровья этого возрастного контингента, изучены недостаточно.

Негативные тенденции в состоянии здоровья и развития в подростковом периоде определяют здоровье человека в последующие возрастные периоды. О неблагоприятной картине состояния здоровья юношей можно судить по результатам работы призывных комиссий: каждый третий юноша при первоначальной постановке на воинский учет признан нуждающимся в дополнительном обследовании и лечении, более чем у 40% из них выявлены заболевания, которые в половине случаев препятствовали призыву на военную службу [2].

Кризис пубертатного периода является самым серьезным и достаточно длительным. Наряду с психическими изменениями, обусловленными преимущественно дисгормональными процессами, у подростков преобладают и обостряются психологическая личностная неустойчивость. В подростковом возрасте акцентируется роль средовых факторов в изменчивости вегетативных функций и интеллектуальной деятельности, что преимущественным образом связано с возросшей активностью подкорковых структур, сопровождающиеся вегетативной дисфункцией. Возникающий, в результате этого корково-подкорковый дисбаланс снижает адаптационные возможности высших отделов центральной нервной системы. Несогласованность корковых и вегетативных ответов на психогенные нагрузки, относительно сниженная реактивность мозга в сочетании с интенсивными вегетативными реакциями, недостаточное вегетативное обеспечение психической и физической деятельности позволяет отнести пубертатный период к одному из ведущих факторов риска развития адаптационных нарушений.

На формирование здоровья подростков и детей оказывают влияние внешнесредовые, биологические и социальные факторы. Среди биологических факторов в настоящее время большой удельный вес приобретают

перинатальные поражения центральной нервной системы. Показано, что симптоматика и тяжесть неврологических исходов поражения центральной нервной системы зависит от степени тяжести гипоксии и продолжительности действия её на плод. Кроме того, у детей перенесших перинатальные поражения центральной нервной системы наблюдаются в последующем с высокой степенью вероятности отклонения физического и интеллектуального развития. Все это часто приводит к социальной дезадаптации, проявляющейся, первую очередь, в трудностях обучения и поведения [3].

Психовегетативный синдром – наиболее частое проявление расстройств вегетативной нервной системы, особенно, в пубертатном периоде. Возросшие темпы жизни детей в современном обществе, обилие информации, значительное снижение доли физического труда и увеличение социальной напряженности в современных условиях привели к резкому увеличению нагрузки на нервную систему подростка и значительному росту психовегетативных расстройств. Поэтому своевременное предупреждение и лечение синдрома вегетативной дистонии при различных патологических состояниях, в частности, является важной задачей и должно включаться в комплекс патогенетической терапии.

Результаты исследования вегетативных и высших психических функций у юношей допризывного возраста свидетельствует об ослаблении тонуса коры головного мозга и возросшей активности подкорковых структур, сопровождающихся вегетативными вспышками, вследствие чего корково-подкорковый дисбаланс снижает адаптационные возможности организма. Нарушение соотношений между симпатическими и парасимпатическими, а также синхронизирующими и активирующими аппаратами мозга, указывают на внутреннюю дезинтеграцию у подростков допризывного возраста [3].

Недостаточно изученной является проблема здоровья детей перенесших перинатальные поражения центральной нервной системы в подростковом возрасте, особенно, юношей на этапе подготовки к воинской службе. В неврологическом статусе у них наиболее часто диагностируется минимальная мозговая дисфункция на фоне не грубой неврологической симптоматики, нейроциркуляторная дистония, нарушения мозговой гемодинамики, нарушения памяти, внимания, умственной работоспособности в сочетании с синдромом вегетативной дистонии [4]. В клинической практике синдром вегетативной дистонии является одним из ведущих патологических синдромов характерных для различных заболеваний и повреждений. В подавляющем большинстве случаев он не только является симптомом, но и значительно отягощает течение того или иного патологического процессе [5]. Отличительными особенностями возрастного развития подростков допризывников в условиях Северного региона Казахстана является недостаток масса тела, увеличение количества подростков с дисгармоничным развитием, нарушения функционирования кардиореспираторной и иммунной системы, психоэмоционального статуса с высокими показателями негативизма, агрессивности и тревожности (6). В связи с вышеизложенным представляется актуальным раннее выявление и своевременная коррекция особенностей психического развития, состояния вегетативной нервной системы, уточнение социальных и биологических факторов риска и их прогностической значимости в развитии патологии физического и интеллектуального состояния юношей допризывного возраста.

Таким образом, в основе нарушения здоровья у подростков допризывного возраста лежит особенность психовегетативной организации организма в целом. Поэтому для выявления нарушений в ведущих функциональных системах организма, наиболее уязвимых в отношении развития патологических состояний у подростков допризывного возраста, необходимо изучение психовегетативного статуса и контроль его функционального состояния в процессе адаптации к различным внешнесредовым воздействиям. Данное обстоятельство имеет важное значение также, в прогностической оценке факторов риска формирования патологии систем организма, организации профилактических и оздоровительных мер с возможным проведением комплекса корректирующих психолого-медицинских мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хасин В.Б. Формирование здоровья молодежи допризывного возраста.–Статья про казахов. Астана. 2008.
2. Бабинцев М.В. Особенности состояния здоровья юношей, перенесших перинатальные поражения центральной нервной системы, на этапе подготовки к военной службе. Автореферат дисс.канд.мед.наук. Москва. 2009.
3. Фарбер Д.А. Физиология подростка. – Н.: Педагогика, 1988г. – С.266.
4. Душанова Г.А., Туксанбаева Г.У. Психовегетативные соотношения у подростков допризывного возраста. Материалы Международного симпозиума. Алматы, 2000, с. 102- 104.
5. Филатова Е.Г., Лечение синдрома вегетативной дистонии. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Журнал Консилиум Медикум №2 (неврология/ревматология). Москва. М. 2005г. 41-45 С.
6. Сливкина Н.В. Скрининговая оценка функционального состояния ряда основных систем организма допризывников и ранняя профилактика их нарушений. Автореферат дисс.канд.мед.наук. Астана. 2000.

УДК 615.225.1:577.175.852:616.12-008.331.1.

**АНГИОТЕНЗИН II РЕЦЕПТОРЛАРЫНЫҢ АНТАГОНИСТЕРІН АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ НӘТИЖЕЛЕРІ***Д.М. Тулебекова**Шардара аудандық емхана, Шардара қаласы ОҚО***РЕЗЮМЕ**

Результаты исследования свидетельствуют о том, что прием антагонистов рецепторов ангиотензина II существенно улучшает прогноз больных с АГ и способствует снижению количества госпитализации по поводу ХСН и риска сердечно-сосудистых осложнений.

**SUMMARY**

In this article the results of our researches suggest that intake of angiotensin II receptor antagonists significantly improves the prognosis of patients with hypertension and contributes to reducing the number of hospital admissions for CHF and the risk of cardiascular complications.

Бүгінгі таңда сартандар тобындағы препараттар ангиотензинді белсенді түріне көшіруші ферменттер ингибиторларымен қатар кеңінен қолданылуда. Европалық кардиологиялық қоғамы мен ТМД елдерінің кардиологтар Ассоциациясы нұсқаулары бойынша ангиотензин II рецепторларының антагонистері ангиотензинді белсенді түріне көшіруші ферменттер (АКФ) ингибиторлары нәтиже бермесе немесе бұл топтағы препараттарды науқас көтере алмаған жағдайларда тағайындалады. Дегенмен, соңғы жылдары сартандардың жетілдірілген формулалары көптеген дәрігерлер тәжірибелерінде бірінші топты таңдаулы препараттар ретінде монотерапия түрінде және басқа да гипотензивті препараттармен бірге қолданылып отыр.

Организмде ангиотензин II туындауының негізгі жолы АКФ ингибиторлары арқылы ангиотензин I белсенуімен жүзеге асырылады. Сонымен қатар, ангиотензин II миокардтағы, бүйректегі тіндік ферменттер химаздар арқылы да туындайтыны сияқты альтернативті жолдың да бар екенін ескерген дұрыс. Бұл механизм АКФ ингибиторларының барлық жағдайда бірдей тиімді нәтиже бере бермейтіндігін түсіндіреді.

Ангиотензин II әсері АТ 1 және АТ 2 рецепторлары арқылы жүзеге асады. II ангиотензиннің негізгі физиологиялық әсері АТ 1 рецепторларының белсендірілуімен қамтамасыз етіледі, ал АТ 2 рецепторлары белсенуі қарама-қарсы әсер етеді, демек керісінше, қан тамырларын кеңейтеді. АКФ ингибиторлары ангиотензин II белсенуінің негізгі жолын тежегенмен олардың туындауының альтернативті жолына әсер ете алмайды. Ал ангиотензин II рецепторларының антагонистері АТ 1 рецепторларының белсенуін тежейді, сол себепті ангиотензин II қандай жолмен туындағанмен бұл препараттардың әсеріне кедергі бола алмайды.

Сонымен қатар ангиотензин II рецепторларының антагонистері бүйрек шумақтарының эфферентті артериолаларының АТ 1 рецепторларын тежей отырып олардың фильтрациялық қысымын төмендетеді, ал афферентті және эфферентті артериолалардың АТ 2 рецепторларының белсенуі бүйректегі тиімді қан айналымын жоғарылатады. Ангиотензин II рецепторларының антагонистерінің (АРА) липофилдік қасиеті олардың гематоэнцефалдық кедергіден өтуін жеңілдетеді және норадреналиндердің бөлінуін реттейтін симпатикалық нейрондардың пресинаптикалық АТ 1 рецепторларының белсенділігін тежеу арқылы II ангиотензиннің прессорлық әсерін әлсіретеді. Ангиотензин II рецепторларының антагонистерінің АКФ ингибиторларынан артықшылығы ангиотензин II белсенділігін олардың туындау жолына қарамастан тежейді және бұл топтағы препараттардың органопротекторлық қасиеті олардың тиімділігін арттыра түседі [1].

АРА II тағы бір артықшылығы брадикинин деңгейін жоғарылатпайды, осыған байланысты АКФ ингибиторларының ең жиі кері әсері болып есептелетін жөтел ұстамасы және шумақты фильтрация жылдамдығының төмендеуі өте сирек байқалады. Бақылау тобының деректерін талдау нәтижелері осы топтағы препараттардың, соның ішінде диованның артериялық гипертониямен және созылмалы жүрек жетіспеушілігі байқалатын науқастарда нәтижелілігі мен қауіпсіздігін, осыған байланысты олардың дәлелдеу базасының жоғарылығын айқындап отыр. Диованның жүйелі әсері егде тартқан науқастарда жастарға қарағанда айқынырақ байқалады, дегенмен препараттың бұл қасиетінің клиникалық маңыздылығы жоқтың қасы [2].

Бүйрек қызметі мен препараттың жүйелілік әсерінің арасында корреляциялық байланыс байқалмаған, сондықтан бүйрек қызметі бұзылған науқастарда диованның қабылдау мөлшеріне түзету жасаудың қажеті жоқ. Диован қан сарысуында белоктармен жоғарғы дәрежеде (94 – 97 %) байланысқа ұшырайды, сондықтан гемодиализ оның мөлшеріне әсер етпейді. Биотрансформацияға көп ұшырамайтындықтан холестаз белгілері байқалмаған бауыр қызметі бұзылған науқастарда да препараттың қабылдау мөлшерін түзету қажет болмайды.

Диован АТ II әсеріне жауапты АТ 1 рецепторына таңдаулы әсер етеді, диованның АТ 1 рецепторына ұқсастығы АТ 2 рецепторымен салыстырғанда 20000 есе жоғары. Бұл препарат тамыр соғу жиілігін өзгертпейді, сонымен қатар препаратты қабылдауды күрт тоқтатқан жағдайда осыған байланысты аурудың қайта қозуы байқалмайды. Диованның тағы бір артықшылығы жалпы холестерин, зәр қышқылы, қандағы глюкоза деңгейлеріне де әсер етпейтіндігінде. Препараттың бұл қасиеттері қант диабеті, подагра ауруларында және липидтік алмасу бұзылған жағдайларда оларды кеңінен қолдануға мүмкіншілік береді.

Сонымен қатар, көптеген авторлар осы топтағы препараттардың жүректің сол жақ қарыншасының гипертрофиясының кері дамуын қамтамасыз ететін қасиетін анықтаған [3,4]. Осы препаратты қабылдаған науқастардың ішінде жүрек жетіспеушілігі даму себебінен ауруханаға жатқызу жағдайлары сирек байқалды, кейбір науқастарда жүрек жетіспеушілігінің үдеуі баяулап NYHA жіктелімі бойынша функционалдық класс дәрежесі төмендеді. Препараттың жартылай шығу кезеңінің ұзақтығы оны тәулігіне 1 реттен қабылдауға мүмкіндік береді. Диованды монотерапия ретінде тәулігіне 40 мг мөлшерінде қабылдау арқылы 12 науқаста, 80 мг мөлшерінде қабылдау арқылы 17 науқаста артериялық қан қысымының мақсаттық деңгейіне қол жеткізілді.

Жоғарыда атап кеткен ангиотензин II рецепторларының антагонистерінің тиімді әсерлері олардың соңғы жылдары артериялық қан қысымының мақсатты деңгейіне қол жеткізуге мүмкіндік беріп отырған таңдаулы алдыңғы топтағы препараттар қатарына кіруіне мүмкіндік беріп отыр.

### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Бойцов С. А. Особенности органопротективные свойства блокаторов рецепторов ангиотензина II. Сердце Том 6 №4
2. Goodfriend T.L. Angiotensins: actions and receptors. In Hypertension S. Oparil, M. Weber 2000,11-13.
3. Weber M.A. Angiotensin II receptor blockers. In Hypertensioa S. Oparil, M. Weber 2000,377-378.
3. Weir M.R. Opportunities for cardiovascular risk reduction with angiotensin II receptor blockers. Current Hypertension Reports, 2002; 4:333-335.

УДК: 616.712-007.24-053.31-089

### ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*А.К. Карабеков, Е.Т. Бектаев, Н.С. Нарходжаев*  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

### ТҮЙІН

Құс тәрізді кеудесі бар 32 балаларға хирургиялық ем тәжірибеленді, соның ішінде 12 балаға жаңа әдіс бойынша операция жасалды.

### SUMMARY

In this article an experience of surgical treatment of 32 children with pigeon chest deformation is holded, among them 12 children operated on by the new method.

Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) представляет собой порок развития, проявляющийся в различной по форме и величине выпячивании передней стенки грудной клетки. КДГК, по данным Г.А. Баирова, А.А.Фокина (1983), составляет от 6 до 22% от всех врожденных деформаций грудной клетки [1]. В литературе данная проблема освещена недостаточно из-за редко встречающейся деформации.

Первую операцию по поводу КДГК в 1953 году выполнил Lester, в настоящее время предложено более 10 различных методик, которые можно разделить на следующие группы: 1) способы коррекции килевидной деформации грудной клетки без применения внутренних фиксаторов [2]; 2) способы коррекции с применением внутренних фиксаторов (пластины, спицы) [3,5]; 3) методы сочетающие торакопластику с применением наружного компрессионного устройства [2,4]. В лечении данной деформации мы предпочтение отдаем методам основанные без применения внутренних фиксаторов и наружного компрессионного устройства.

**Материалы и методы.** В областной детской клинической больнице г. Шымкент за период 2000г. по 2009г., в отделении травматологии и ортопедии совместно с кафедрой детской хирургии проведено оперативное лечение по поводу КДГК 32 детям (таблица 1).

Тип деформации	Число больных, в том числе						
	Манубрио-костальный		Корпоро-костальный		Костальный		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
КДГК II ст	2	-	7	-	5	1	15
КДГК III ст	-	-	11	4	-	2	17
Итого	2	-	18	4	5	3	32

Таблица 1 Распределение прооперированных детей с килевидной деформацией грудной клетки по типам и полу

Наибольшее количество оперированных детей приходилось на килевидную деформацию грудной клетки III ст., корпоро-костальным типом – 15 (46,9%). Среди прооперированных детей мальчиков было – 25 (78,1%), девочек – 7 (21,9%), (таблица 1).

Килевидная деформация грудной клетки, у мальчиков встречается 3,57 раза чаще, чем у девочек.



Возраст	Число больных	
	Абс.	%
3-7 лет	6	18,75%
8-12 лет	8	25%
13-15 лет	18	56,25%
Всего	32	100%

Таблица 2. Распределение по возрасту

Из таблицы 2 видно, что наибольшее количество детей приходится на возраст 13-15 лет – 18 детей (56,25%), затем в возрасте от 8 до 12 лет – 8 (25%) и от 3-х до 7 лет – 6 (18,75%).

Из способов оперативной коррекции килевидной деформации грудной клетки в 10 случаях была проведена операция по Равичу и 10 операций по Кондрашину (таблица 3) и 12 операций по предложенному нами способу.

Метод торакопластики	Количество	Рецидивы
По Равичу	10 (31,25%)	2 (20%)
По Кондрашину	10 (31,25%)	1 (10%)
По предложенной методике	12 (37,5%)	-

Таблица 3. Анализ оперативного лечения КДГК (с 2000г по 2009г)

По методу Равича прооперированно – 10 (31,25%), по Кондрашину – 10 (31,25%), с 2005 года по разработанной методике – 12 (37,5%). При анализе отдаленных результатов обнаружены рецидивы (таблица 3), после операции Равича – 2 (20%), по Кондрашину – 1 (10%).

При тщательном изучении во время оперативного вмешательства нами было замечено, что после резекции деформированных реберных хрящей дистальные части ребер выпрямляются и располагаются от 0,5 до 1,5см выше грудины (в зависимости от степени КДГК). Рессорная сила одного резецированного ребра определяется устройством оригинальной конструкцией [6] и равна от 5Н до 10Н, в зависимости от степени деформации, что в сумме может достигать до 60Н. Если произвести торакопластику по выше указанным методам, то на тело грудины будет постоянно действовать сила (от 30 до 60Н), которая будет приводить к возврату деформации. С целью устранения этой постоянно действующей силы нами была разработана торакопластика, которая осуществляется следующим образом.

**Ход операции.** После обнажения передних участков реберных хрящей, путем раздвигания грудных мышц, по ходу волокон начиная с IV ребра по VIII ребро с двух сторон (рисунок 1), проводится субнадхрящичная резекция всех деформированных ребер на протяжении от 1,0 см до 2-3 см в зависимости от выраженности деформации (рисунок 2). По верхней границе деформации на уровне III - IV межреберного промежутка производится передняя поперечная стернотомия с надламыванием задней кортикальной пластинки грудины. Отступя от зоны роста на 2,0-2,5 см, в проекции передней подмышечной линии, производится остеотомия передней стенки всех деформированных ребер в костной части с двух сторон, заднюю пластинку надламывают с сохранением надкостницы (перелом типа «зеленой ветки») (рисунок 2). Пересеченные реберные хрящи соединяют между собой капроновыми швами (рисунок 3). Непрерывность мышц восстанавливается. Рану послойно ушивают.

**СХЕМА ОПЕРАЦИИ**

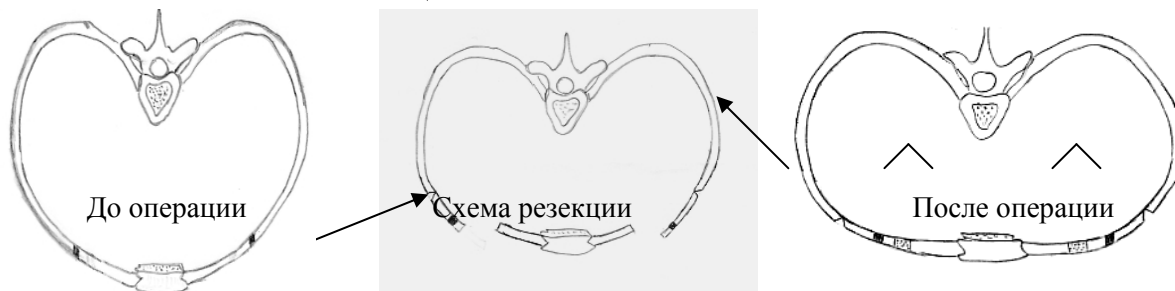


Рисунок 1

Рисунок 2

Пример. Больной Т. 1994 г.р., № истории болезни 9519, поступил в клинику 09.10.06 г. с диагнозом: Килевидная деформация грудной клетки III степени. Корпоро-костальный тип. (рисунок 4)

Осмотрен через 8 месяцев. Жалоб нет. Самочувствие хорошее. При осмотре груди отмечается послеоперационный рубец до 10 см, заживший первичным натяжением, грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания. Результатом операции больной доволен.

**Результаты и обсуждение.** По предложенной методике оперированы 12 больных с различными вариантами КДГК. Ни у одного ребенка не было рецидива деформации, серьезных ранних и поздних

осложнений. Способ торакопластики прост и не требует в дальнейшем сложных внешних устройств различных конструкций для удержания грудино-реберного каркаса в положении коррекции до полного их сращения. Отсутствие рецидива, катамнез до 3-х лет, дают основание рекомендовать указанный метод в практику.



До операции  
Рисунок 3



после операции (через 8 месяцев)  
Рисунок 4

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Фокин А.А. // Ортопед. Травматол. – 1984. - № 4. – С. 1-5.
2. Дмитриев М.Л., Баиров Г.А., Терновой К.С., Прокопова Л.В. Костнопластические операции у детей. - Киев, 1974. С.216-246
3. Тимошенко В.А. Металлостернохондропластика при врожденных и приобретенных деформации грудной клетки у детей: Дисс. ...д-ра мед. наук.-М., 1995.
4. Бойко Л.И. Хирургическая и аппаратная коррекция деформации грудной клетки у детей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук.- М., 1992.
5. Жила Н.Г. Варианты моделирующей торакопластики при килевидной деформации грудной клетки у детей// Детская хирургия, Москва, 1999, №5 С 7-10.
6. Бектаев Е.Т., Нарходжаев Н.С. Устройство для определения рессорной силы резецированных ребер при торакопластике килевидной деформации грудной клетки// Вестник ЮКГМА №3(44) 2009г, С. 73-75.

УДК 616.28-008.14(574)

#### ФАРМАКОФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ КРОВОТОКА В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ

*М.А. Файзиева*

*Южно-Казахстанский областной консультативно-диагностический медицинский центр г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Мақалада эндоуралды фонофорезге кавинтон қосып емделгенде аурулардың сенсо-невралды есту қабілетінің емдеу тиімділігінің жақсырталғаны анықталды.

#### SUMMARY

This article shows the efficacy of endourallic cavington photoelectrophoresis in the complex with the basic therapy when treating the patients with sensoneurolic bradyacusia.

Одной из актуальных проблем оториноларингологии в настоящее время является лечение сенсоневральной тугоухости, которая составляет 2% ЛОР патологии. Среди причин возникновения сенсоневральной тугоухости, одно из ведущих мест занимает нарушение кровообращения в вертебробазилярном бассейне. Сосуды внутреннего уха принадлежат к единой мозговой артериальной системе и подвержены тем же регуляторным влияниям, что и сосуды вертебробазилярного бассейна, из которых они исходят.

Решение проблемы сенсоневральной тугоухости тесно связано с успехами лечения и профилактики сосудистых заболеваний. Для лечения этого заболевания используются препараты различных групп, такие как:

активаторы биоэнергетического метаболизма, ноотропные средства, витамины группы В как неспецифические стимуляторы метаболизма, средства улучшающую синаптическую передачу, антигипоксанты, антиоксиданты, вазоактивные средства. Несмотря на то, что возможности фармакологической коррекции достаточно широки и включают огромное количество препаратов, лечение не всегда достигает желаемого результата. Поэтому мною была внедрена новая комплексная терапия, включавшая сочетание физиотерапии с применением новых, лекарственных препаратов, улучшающих церебральную гемодинамику, для эффективной и рациональной медикаментозной терапии сенсоневральной тугоухости.

В комплексной терапии сенсоневральной тугоухости важная роль принадлежит физическим факторам. При физиотерапевтических методах можно подвести энергию непосредственно к области сосудистых нарушений и рассчитать ее взаимодействие с поляризованными структурами. Кроме того, физические факторы усиливают действие лекарственных средств или создают благоприятный фон, при котором применение лекарственных препаратов более эффективно.

**Целью исследования** явилось изучение клинической эффективности эндаурального фоноэлектрофореза кавинтона при лечении пациентов с сенсоневральной тугоухостью на фоне нарушений кровотока в позвоночных артериях в модификации с расположением второго электрода с вазоактивными препаратами на область шейного отдела позвоночника.

**Материал и методы.** В ЛОР кабинете с 01 2009г. по 09 2009г. обследованы 20 пациентов с сенсоневральной тугоухостью без вестибулярных нарушений. Возраст больных от 16 лет до 64 лет, мужчин 13 человек, женщин -7. Всем пациентам проводили следующие виды обследования – дуплексная ультразвуковая диагностика брахиоцефальных сосудов, реоэнцефаллографию, рентгенография шейного отдела позвоночника. Исследование слуховой функции включало отоскопию, акуметрию тональную пороговую аудиометрию, некоторые надпороговые аудиометрические тесты. Все пациенты жаловались на одно- или двухстороннее, снижение слуха, высокочастотный шум в одном или обоих ушах. У всех пациентов жалобы развивались постепенно. Было зарегистрировано два типа аудиометрических кривых: положониспадающий тип с постепенным понижением кривых в сторону высоких частот – у 67% пациентов, и тип с приблизительно равномерно расположенными кривыми, с небольшим уклоном в сторону высоких частот – 33% пациентов. Лечение пациентов с сенсоневральной тугоухостью проводилось по стандартным принципам. Терапию всем пациентам проводили с применением современного фармакофизического воздействия - эндоурального фоноэлектрофореза кавинтона в модификации, когда второй электрод с эуфиллином, никотиновой кислотой или мильдронатом накладывался на воротниковую зону. Таким образом, этот метод способствовал непосредственному проникновению в полости внутреннего уха через гематолабиринтный барьер, а также оказывал положительное влияние на кровоток вертебробазиллярного бассейна через спазмолитическое и вазоактивное действие эуфиллина, никотиновой кислоты или мильдроната.

**Результаты и обсуждения.** Через 4 недели проводили контрольные аудиологические исследования и гемодинамические исследования.

**Результаты лечения:** слух улучшился у 11 пациентов, шум исчез у 8 пациентов. Прежде всего на эффективность патогенетического лечения указывают выраженные изменения порогов слышимости: у большинства больных - 55 % пороги слуха значительно понизились по всем диапазонам частот. Устранение гемодинамических нарушений повлияло и на динамику субъективного шума. Так, к окончанию лечения шум исчез у 40 %больных.

**Выводы:** Применение эндаурального фоноэлектрофореза кавинтона в модификации, когда второй электрод с вазоактивными препаратами расположен на области шейного отдела позвоночника, вызывает изменение кровотока в позвоночной артерии и, как следствие, улучшение слуха. При лечении больных с сенсоневральной тугоухостью на фоне нарушений кровотока в позвоночной артерии для коррекции дискуляторных расстройств является целесообразным включение в базисную терапию фоноэлектрофореза кавинтона эндаурально в нашей модификации с расположением второго электрода с вазоактивными и спазмолитическими препаратами на область шейного отдела позвоночника.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А. Преображенский. Тугоухость М.1978.
2. А.В Староха; Ю.А. Хандажапова. Фармакофизиотерапия в комплексном лечении нейросенсорной тугоухости. //Вестник оториноларингологии. 2007;4:4-6.
3. С.Я. Косяков; Г.З. Пискунов. Ушной шум. С28-36.
4. Н.В. Верещагин. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. М. 1980.
5. С.В Морозова. Российский медицинский журнал. том 9; №15 2001;1-4.

УДК 616.832 – 007.253-053.2-07-089

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМАТОМИЕЛИЕЙ**

Г.М. Еликбаев

МКТУ им. Ясауи, г.Шымкент

**ТҮЙІН**

12 айдан 16 жасқа дейінгі диастематомиелиямен ауыратын 13 баланың тексерілу және емдеу нәтижелері сараптаудан өткізілді. Қыз балалар басым көпшілігін құрады. Аурудың алғашқы көріністері әртүрлі болып білінеді, ал ағымы жиі баяу өтеді. Диастематомиелия басқа даму ақауларымен қосарланып келген жағдайларда жиі сезімталдықтың, қозғалыстың және жамбас қуыс мүшелерінің ауыр бұзылыстарымен өтеді, тұрақты болады. Науқас жағдайының жақсаруы мен сауығу дәрежесі хирургиялық емді, дәрі-дәрмектерді және қалпына келтіру шараларын қолданып, кешенді емдеуге байланысты.

**SUMMARY**

The article shares examination and treatment of 13 children with diastematomyelia at the age of 12 months. to 16 years, which has dominated girls. The first manifestations of the disease is various, and often has been slow during progredientnym. Diastematomyelia when combined with other defects, often accompanied by grave-sensitive, motor, and pelvic disorders, which often have been resistant. Complete surgical, medical and rehabilitation treatment were determined regression status and degree of rehabilitation patients.

Диастематомиелия - это аномалия позвоночника, характеризующиеся наличием костного шипа, который вызывает образование сагиттальной щели, разделяющей спинной мозг на две половины.

По данным разных авторов у больных с диастематомиелией улучшения в после операционном периоде все еще низкая, и составляет - 15-40 % случаев [1, 2, 3]. После внедрения в диагностику неинвазивных методов интроскопии (КТ, МРТ), в литературе значительно увеличилось описание клинических наблюдений. Многие авторы полагают, что хотя хирургическое вмешательство у пациентов с диастематомиелией может стабилизировать и предотвратить прогрессирование неврологического и урологического ухудшения, но оно не может повлиять на нейроортопедические изменения, проявляющимся деформацией и асимметрией длины конечностей [4, 5].

Исследование Deepak Kumar Gupta, Ashok Kumar Mahapatra (2006) показывают, о необходимости операции у бессимптомных пациентов для предотвращения неврологического ухудшения в будущем, так как у детей с неврологическим дефицитом улучшение отмечалось только у 2 из 12 пациентов [6]. По-прежнему, актуальными остаются вопросы ранней диагностики и хирургической тактики в отношении бессимптомных детей с диастематомиелией.

**Материал и методы.** Изучены результаты обследования и лечения 13 больных детского возраста с диастематомиелией различной локализации, оперированных в ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (Россия) и областной детской клинической больницы г. Шымкента (Казахстан) с 2000 по 2009 гг. Возраст больных колебался от 12 мес. до 16 лет. Основную группу составили дети школьного возраста – 6 (46,2%) наблюдений. Соотношение по полу – 1:5 с преобладанием девочек.

В 5 (38,5%) случаях диастематомиелия локализовалась ниже уровня L2 позвонка. У 3 (23,1%) больных патология была выявлена на уровне L1-2 позвонков, еще у 3-х (23,1%) – на уровне Th11-12 и в 2 (15,3%) наблюдениях аномалия обнаружена на уровне Th6-7 позвонков.

У 8 (61,5%) больных диастематомиелия сочеталась со spina bifida, в 4 (30,8%) наблюдениях с синдромом фиксированного спинного мозга. С гидроцефалией, спинномозговыми грыжами диастематомиелия сочеталась у 4 (30,8%) больных, и по одному встречалось с мальформацией Киари и дермальным синусом (Рис.1).

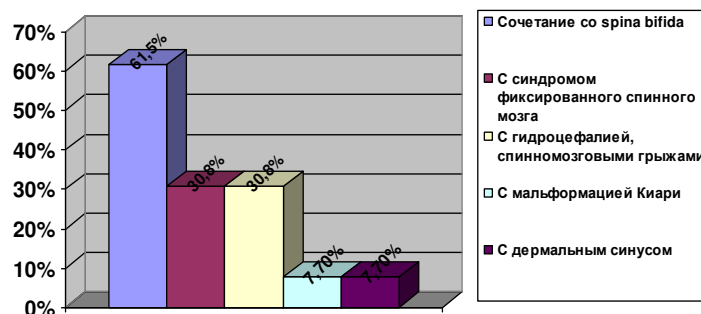


Рис. 1. Сочетание диастематомиелии с другими пороками развития головного и спинного мозга

Симптоматика при сочетании диастематомии со спинномозговой грыжей и синдромом фиксированного спинного мозга характеризовалась более глубоким поражением спинного мозга (вялый парез, плегия в сочетании с нарушением функций тазовых органов и грубыми ортопедическими отклонениями). Сочетание диастематомии с другими вариантами дизрафии в 5 (38,5%) случаях сопровождалась нарастанием неврологического дефицита.

Диагностика сводилась к сопоставлению клинических, интроскопических (рентгенография, КТ, МРТ) методов с результатами интраоперационной визуализации. Состояние больных и качество жизни в динамике оценивали по общепринятой шкале Mc Cormick.

Хирургическое лечение сводилось к ламинэктомии или ламинотомии, удалению костного шипа, менингоградикулолизу. Оценку исхода лечения проводили путем изучения динамики проявлений заболеваний до и после операции. Отдаленный результат оценен по предложенной нами балльной системе [7].

**Результаты.** Из анамнеза выяснилось, что у детей до 3 лет родители отмечали локальный гипертрихоз спины, а в старшем возрасте диастематомия выявлялась на профилактических осмотрах по поводу искривления позвоночника и недержания мочи. У 3 больных аномалия клинически не манифестировала длительный период времени и была выявлена как случайная находка при выполнении рентгенографии позвоночника по поводу врожденной деформации. В большинстве случаев порок диагностировали в раннем детстве (6), который длительно не имел отрицательной динамики, но в периоды интенсивного роста пациента, увеличения физической нагрузки, при инфекциях и гемодинамических нарушениях неврологические и ортопедические признаки появлялись и нарастали.

Диастематомию можно заподозрить уже при наличии кожных признаков, сколиоза и неврологического дефицита. Неврологическая симптоматика при диастематомии у пациентов первых месяцев жизни не выявляется или будет слабо выражена, несмотря на грубый порок развития спинного мозга. Только когда ребенок начинал ходить, родители обращали внимание врачей на слабость мышц нижних конечностей (в 4 наблюдениях). При обследовании этих детей отмечали гипоплазию мышц, укорочение конечности или деформацию стоп, асимметрию сухожильных рефлексов, их повышение или снижение, слабо выраженные нарушения болевой и тактильной чувствительности.

Клиническая картина синдрома расщепленного спинного мозга в нашем исследовании складывалась из разнообразных симптомов, которые зависели от варианта диастематомии, ее локализации, связи с другими пороками развития позвоночника, наличия или отсутствия сопутствующей ортопедической патологии, состояния неврологического статуса, аномалий развития или нарушений функции внутренних органов. Основными клиническими признаками был двигательный дефицит нижних конечностей (84,6%), гипестезия в нижних конечностях (69,2%), быстрая утомляемость и затруднение при ходьбе (61,5%), болезненность в зоне поражения (69,2%), искривление позвоночника (61,5%) и сочетание укорочения конечности с косолапостью (84,6%), нарушение функции тазовых органов (30,8%) (Рис. 2).

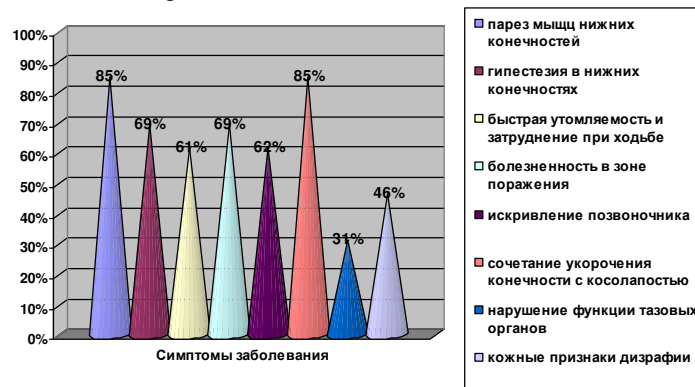


Рис. 2. Характеристика клинической картины диастематомии

В нашем исследовании кожными признаками дизрафического статуса являлись врожденные рубцы и втяжения дермы, расположенные вдоль средней дорсальной линии тела (6). Здесь же обычно располагались и другие кожные стигмы — дермальный синус, участки выраженного гипертрихоза, капиллярные гемангиомы, пигментные пятна, липомы (4).

Неврологический дефицит являлся наиболее частой жалобой родителей ребенка (9 случая) и проявлялся мышечной атрофией, укорочением конечности, недержанием стула и мочи, парестезией, парезом, изменениями рефлексов, нарушением походки. У некоторых пациентов асимметрия туловища и нижних конечностей была настолько слабо выражена, что длительное время оставалась незамеченной. Диспропорциональное развитие спинного мозга и позвоночника в процессе роста вызывало натяжение мозга на костном выступе, что и приводило к появлению неврологических расстройств. Асимметричная слабость нижних конечностей являлась частым неврологическим дефицитом и особенно характерна односторонняя тотальная гипоплазия тела, тазового пояса, нижней конечности.

У каждого больного с диастематомией характер, время появления, выраженность и динамика неврологических нарушений зависят по нашему мнению от множества факторов: индивидуальных

особенностей порока, локализации перегородки, ее величины и формы, степени компрессии мозга и расстройств кровообращения.

Если дефект проявляется деформацией нижних конечностей и стоп, то эти дети первично обращались к детскому ортопеду (4 случая). Частым проявлением дизрафии в наших наблюдениях было нарушение походки, отмеченное у 11 детей. Именно на это обращают внимание родители или окружающие. У всех этих детей обнаруживаются различные отклонения от нормального развития стоп: плосковальгусные стопы, варусная девиация переднего отдела стопы, деформация пальцев, полые стопы, эквиноварусные стопы. В 2 случаях нарушение походки возникало на фоне полного благополучия и являлось первым признаком неврологических расстройств и скрытой миелодисплазии.

Деформация позвоночника выявлена в нашем исследовании у 8 больных. Она развивалась на фоне врожденных аномалий позвонков, но у детей раннего возраста оценивалась врачами как нарушение осанки, которые достаточно быстро переходят в структурные деформации. Для ригидных структурных деформаций характерно диспропорциональное развитие позвоночника (укорочение шейного, поясничного или грудного отделов) и грудной клетки, врожденное недоразвитие или деформация отдельных ребер, стойкие перекосы таза с функциональной асимметрией нижних конечностей.

Задача врача состоит в том, чтобы с помощью рентгенологических методов исследования поставить диагноз диастематомии до развития неврологических осложнений. Всем больным с симптомокомплексом диастематомии проводили рентгенологическое исследование, которое начинали с обзорных снимков позвоночника в положении лежа. Обзорная рентгенография позволила заподозрить патологию позвоночника в целом, провести рентгенометрические измерения, прогнозировать течение деформации, наметить зону интереса для выполнения контрастных методов исследования спинного мозга и современных методов лучевой диагностики (КТ, МРТ).

Рентгенологическим признаком, патогномичным для диастематомии, являлось тень костной плотности, располагающаяся в проекции тела позвонка (в 7 случаев). Трактовка тени представляет значительные трудности. Чаще всего эту тень принимают за аномальный остистый отросток (Рис. 3).

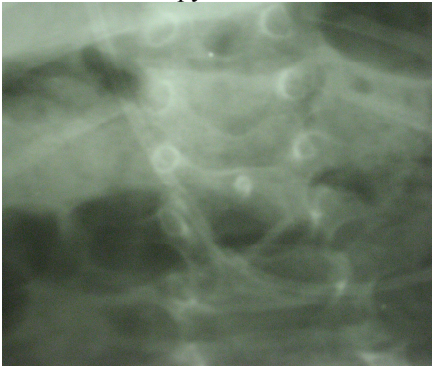


Рис. 3. Спондилография больной К. 12 лет с диастематомией. Выявляется костный щип на уровне L1-L2 позвонков (указано стрелкой).

Перегорodka не выходила за пределы высоты тел одного-двух позвонков (9 наблюдений). Тень костной перегородки имела размеры от 1-2 до 4-6 мм в поперечнике и была круглой, овальной или неправильной формы. Локализация перегородки обычно соответствовало уровню расположения аномалии позвонков. Перегородка позвоночного канала чаще располагалась в грудопоясничном и поясничном отделах, чаще всего между T12 и L5 позвонками. В грудном отделе перегородка было длиннее, чем в поясничном. В большинстве случаев перегородка состоит из костного, а не из фиброзно-хрящевой ткани (5).

КТ позволяло более детально оценить костный щип и соответствующие вертебральные аномалии, тем самым обеспечивало лучшую оценку обеих половин спинного мозга. МРТ обеспечивало визуализацию диастематомии и позволяло неинвазивно обследовать спинной мозг на значительном его протяжении (Рис. 4).

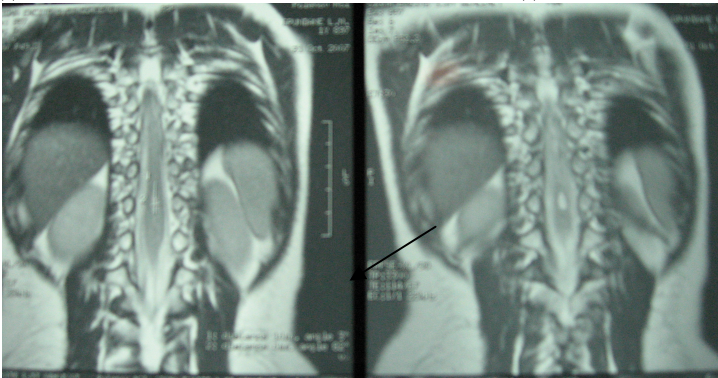


Рис. 4. КТ изображения больного С. 7 лет с диастематомиелией. Отмечается костная перегородка на уровне Th 12 – L1 позвонков (указано стрелкой)

Для обнаружения нерентгеноконтрастных перегородок, определения истинных размеров перегородки и исключения сопутствующих объемных образований применялись методы контрастирования позвоночного канала. Наиболее информативным из них при подозрении на диастематомиелию являлось миелография, которая позволяла контурировать перегородку по всему периметру, определяло ее ширину, протяженность и прилегающие к ней мягкотканые образования.

Нами применялось для диагностики диастематомиелии МРТ исследование (84,6%) и контрастное КТ-исследование (15,4%). Скрининговым методом лучевого исследования при этой патологии является ультрасонография, которая проведена у 3 больных. Устранение фиксации и сдавления спинного мозга хирургическим путем при диастематомиелии выполнялась нами у 11 (84,6%) детей.

Операция при диастематомиелии сложна и достаточно опасна из-за возможного развития неврологических осложнений. В связи с этим показания к вмешательству должны быть четко обоснованы.

Показаниями к оперативному лечению являлись: наличие неврологической симптоматики и ее нарастание, связанное с перегородкой позвоночного канала; нарастающая деформация позвоночника, когда изменение архитектоники позвоночного канала и самой перегородки вызывало сдавление расщепленного спинного мозга или его натяжение.

В настоящее время для всех исследователей бесспорной является необходимость хирургического лечения диастематомиелии у больных, которым предстоит коррекция деформации позвоночника, так как исправление дуги деформации может привести к натяжению спинного мозга на перегородке и вызвать острые неврологические расстройства.

Операция была направлена в том числе и на устранение факторов, вызывающих фиксацию и компрессию спинного мозга. К ним относят кисты эктодермального происхождения, липомы, короткую терминальную нить, которая встречалась наиболее часто (в 6 наблюдениях) и была рассечена. Диастематомиелия проявляется постепенным ухудшением и поэтому хирургическое лечение направлено на предупреждение прогрессирования неврологического дефицита. Целью хирургического лечения является формирование единой дуральной трубки после иссечения шипа.

С целью профилактики формирования кифоза после ламинэктомии больному разрешали сидеть только в жестком корсете и ходить с костылями, через 20 - 30 дней после операции. В послеоперационном периоде улучшение достигнуто в 6 (54,5%) наблюдениях, стабилизация в 4 (36,4%), ухудшение – в 1 случае.

Улучшение состояния проявлялось уменьшением двигательных нарушений (5), функции тазовых органов (2) и регрессом болевого синдрома (1). В 2 случаях в комплекс лечебных мероприятий была включена катетеризация мочевого пузыря. Ближайшие результаты оценены как хорошие у 2 больных, удовлетворительные – в 8, а неудовлетворительные – в 1.

Катамнез в сроке от 1 года до 5 лет исследовано у 3 больных. Полное урологическое улучшение достигнуто у 1 больного, ухудшение в 1 наблюдении. Оценка результатов проведена по предложенной нами методике: удовлетворительный – 66,7%, неудовлетворительный – 33,3%.

**Литературный обзор и обсуждение.** Патогенез диастематомиелии мультифакторный [8]. К сопутствующим аномалиям относится менингоцеле, дермальный синус, липома и тканевая миелодисплазия [9]. Причиной неврологического дефицита у больных с диастематомиелией может быть тракция спинного мозга костным или фибрознохрящевым шипом. Фиксация спинного мозга в его каудальном отделе приводит к тракции во время роста позвоночника [10].

Наиболее частым кожным признаком по литературным данным считается гипертрихоз (зона оволосения), который встречается в 23,5 - 81% случаев [11, 12, 13]. Гипертрихоз чаще располагается по средней линии над областью диастематомиелии и может сопровождаться пигментированным невусом. Зона оволосения часто называется конским хвостом из-за треугольной формы с верхушкой книзу. Волосы бывают длинными и грубыми и отличаются по виду от нормальных волос на теле. Иногда встречаются рыжеватые и мягкие волосы [10]. Кожные проявления дизрафии более характерны по данным Martin K., Krastel A., Hamer J. et al. (1978) для диастематомиелии I типа с неврологическими расстройствами [14].

Сосудистые и пигментные пятна наблюдаются не только при диастематомиелии, но и в случаях липомы, дермального синуса, менингоцеле, и часто являются причиной диагностических и тактических ошибок. Ульрих Э.В. (1995) описывает, что некоторым больным в хирургических отделениях по месту жительства предлагали косметические кожнопластические вмешательства по поводу пигментных пятен с выраженным гипертрихозом. При этом диастематомиелия у них даже не подозревалась [15].

Неврологические расстройства выражаются в парезах и параличах нижних конечностей и нарушением функции тазовых органов и по данным литературы встречаются в 22 - 89 % случаях [16, 17, 18]. В нашем исследовании нижний вялый парапарез наблюдался у 7 (53,8%) детей, монопарез у 4 (30,7%), сочетание недержания мочи и кала отмечено у 3 (23,1%), а задержка мочи и запор в 1 наблюдении.

Ersahin Y, Mutluer S, Kocaman S. D. (1998) отмечают, что клинические проявления заболевания у пациентов напрямую зависят от возраста [12]. Риск развития неврологического дефицита увеличивается с возрастом из-за прогрессирующего растяжения спинного мозга [4, 19, 20].

При быстром появлении или углублении у больных с диастематомиелией неврологической симптоматики подозревают возможное сочетание расщепления спинного мозга с другими видами спинальной дизрафии, таких как сирингомиелия, липоменингомиелоцеле, врожденных дермоидных и эпидермоидных опухоли. Как указывают многие авторы, результат лечения, также зависит от аномалий других систем [10, 20, 1, 2]. Неврологический дефицит при диастематомиелии в нашем исследовании сочетался с сирингомиелией (3) врожденными дермоидными и эпидермоидными опухолями (2), липоменингомиелоцелем (1), которые обычно были расположены рядом с перегородкой.

Множественные пороки позвоночника сопровождались сколиотической деформацией. Частота встречаемости сколиоза и эквиноварусной стопы при диастематомиелией по данным литературы колеблется от 30 до 50 % [21, 22]. Из-за значительного натяжения спинного мозга при диастематомиелии предполагается быстрое нарастание неврологической симптоматики в случае интенсивного увеличения деформации позвоночника. Однако, сравнивая пациентов со сколиозами III — V степени и больных с меньшей деформацией или без нее Э.В. Ульрих (1995) не отметил различий в выраженности и динамике неврологических расстройств [15].

Гидросирингомиелия отмечается у 30-75 % детей с диастематомиелией [23, 24]. В нашем исследовании сочетание диастематомиелии с сирингомиелией встречалось в 3 наблюдениях (23%).

МРТ, КТ миелографическое исследование необходимо для дифференцировки половин спинного мозга и срединной перегородки [25]. Достоверно установить вид перегородки можно только методом магнитно-резонансной и компьютерной томографии и во время операции [26].

Зона интереса при МРТ и КТ находилась в пределах увеличения размеров позвоночного канала, определяемых по интерпедикулярному расстоянию. По данным Трофимова Т.Н., Семич В.Н. (1997) КТ является весьма эффективной при наличии костной перегородки в просвете позвоночного канала, а при фиброзной или хрящевой перегородке наиболее информативной был МРТ [27], что также подтверждено нашими наблюдениями.

Комплексное обследование позволяет в подавляющем большинстве наблюдений поставить правильный диагноз и обосновать показания к хирургическому вмешательству. Ульрих Э.В. (1995) считает, что во всех случаях должна быть соблюдена традиционная схема обследования больного, в соответствии с которой врач сначала использует наиболее простые методы, постепенно, по мере необходимости переходя к более сложным, так как даже при использовании всего современного арсенала рентгенодиагностики иногда остаются вопросы, на которые окончательный ответ можно получить только в процессе хирургического вмешательства [15].

В большинстве случаев при лечении диастематомиелии используется хирургический метод, но иногда может применяться и консервативное лечение. Показаниями к консервативному методу являются отсутствие симптоматики и расположение шипа в середине щели, а не в каудальной ее части [6].

Раннее операционное вмешательство считается необходимым для успешного лечения диастематомиелии. Многие авторы [10, 20, 19] и мы рекомендуем профилактическую операцию, так как операции, проведенные при неврологическом дефиците, не всегда приводят к полному восстановлению нарушенных функций [2, 3].

**Выводы.** Диагностика диастематомиелии, сочетающейся с другими пороками развития позвоночника и спинного мозга должна проводиться на основе сопоставления клинических проявлениях и данных КТ, МРТ исследования.

Из-за частого сочетания диастематомиелии с другими пороками развития головного и спинного мозга первые проявления заболевания отличаются разнообразностью, а течение часто бывает медленно прогрессирующим, поэтому больные длительное время наблюдаются у других специалистов. Своевременное применение нейровизуализационных методов обследования позволит ускорить раннюю диагностику больных данной группы.

Диастематомиелия, особенно при сочетании с другими пороками развития, часто сопровождается грубыми чувствительными, двигательными и тазовыми расстройствами, которые зачастую стойкие, а комплексное хирургическое, медикаментозное и реабилитационное лечение определяет регресс состояния и степень реадaptации больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Gower D.J., Curling O.D., Kelly D.L. Diastematomyelia: a 40-year experience. *Pediatr Neurosci.* 1988; 14: 90-96.
2. Jindal A., Mahapatra A.K. Split cord malformation. A study of 48 case. *J. Pediatr.* 2000; 42: 603-607.
3. Dias M.S, Pang D. Split cord malformations. *Neurosurg. Clin North Am.* 1995; 6: 339-358.
4. Guthkelch A.N., Hoffman G.T. Telhered spinal cord in association with diastematomyelia. *Surg. Neurol.* 1981; 75: 352-554.
5. Andar U.B., Harkness W.F., Hayward R.D. Split cord malformations of the lumbar region. A model for the neurosurgical management of all types of occult spinal dysraphism. *Pediatr. Neurosurg.* 1997; 26: 17 – 24.
6. Deepak Kumar Gupta, Ashok Kumar Mahapatra. Proposal for a New Clinicoradiological Classification of Type I Split-Cord Malformations: A Prospective Study of 25 Cases. *Pediatr. Neurosurg.* 2006; 42: 341-346.



7. Хачатрян В.А., Еликбаев Г.М. Оценка восстановлений функции после операции у детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга. Украинский нейрохирургический журнал. 2007; 3 (39): 59-60
8. Humphreys R.P., Hendrick E.B., Hoffman H.J. Diastematomyelia. //In: Weis M.H. (ed): Clinical Neurosurgery. Baltimore. 1982; 23: 436-456.
9. Kumar R., Bansal K.K., Chhabra D.K. Occurrence of split cord malformation in meningomyelocele: complex spina bifida. *Pediatr. Neurosurg.* 2002; 36: 119-127.
10. Pang D., Dias M.S., Ahab-Barmada M. Split cord malformation: Part I: A unified theory of embryogenesis for double spinal cord malformations. *Neurosurgery* 1992; 31: 451-480.
11. Kumar Raj., Singhal Namit. Outcome of meningomyelo/lipomeningomyelo in children of Northern India. *Pediatr. Neurosurg.* 2007; 43: 7-14
12. Ersahin Y., Mutluer S., Kocaman S.D. Split spinal cord malformation in children. *J. Neurosurg.* 1998; 88: 57-65.
13. Pang D. Split cord malformation: Part II; Clinical syndrome. *Neurosurgery.* 1992; 31: 481-500.
14. Martin K., Krastel A., Hamer J. et al. Symptomatology and diagnosis of diastematomyelia in children. *Neuroradiology.* 1978; 16: 89-90.
15. Ульрих Э.В. Аномалии позвоночника у детей (руководства для врачей) – СПб.: «СОТИС», 1995; 335.
16. McMaster M.J. Spinal growth and congenital deformity of the spine. *Spine.* 2006; 31: 2284-2287.
17. Schijman E. Split spinal cord malformations. Report of 22 cases and review of the literature. *Child's Nerv. Syst.* 2003; 19: 96-103.
18. Sinha S., Agarwal P., Mahapatra A.K. Split cord malformations: an experience of 203 cases. *Childs Nerv. Syst.* 2006; 22: 3-7.
19. Jindal A., Kansal S., Mahapatra A.K. Split cord malformation with partial eveniraion of diaphragm. A case report. *J. Neurosurg.* 2000; 93: 309-311.
20. Goldberg C., Fenelon G., Blake N. et al. Diastematomyelia: a critical review of the natural historj and treatment. *Spine.* 1984; 9: 367-372.
21. Naidich T.P., Raband C. Congenital anomalies of the spine and spinal cord. *Rev. Neuroradiol.* 1992; 5 (1): 113-130.
22. Westcott M.A., Dynes M.C., Remer E.M. et el. Congenital and acquired orthopedic abnormalities in patients with myelomeningocele. *Radiographics.* 1992; 12: 1155-1173.
23. McLone D.G. Results of treatment of children born with meningomyelocele. *Clin Neurosurg.* 1983; 30: 407-412.
24. McLone D.G., Dias L, Kaplan W.E. Concepts in management of spina bifida. *Concepts Pediatr. Neurosurg.* Basel, Karger. 1985; 5: 97-106.
25. McLone D.G., Choix M., Di Rocco C. et al. Occult dysraphism and the tethered spinal cord lipomas. *Pediatric. Neurosurg.* 1999; 61-78.
26. Ульрих Э.В., Елякин Д.В. Этапы и методы диагностики диастематомии в детском возрасте. *Детская хирургия.* 2000; 4: 4-6.
27. Трофимова Т.Н. Семич В.Н. Методы интроскопии в диагностике диастематомии. *Вестник рентгенологии и радиологии.* 1997; 4: 41-43.

ОӘЖ 616.441-006.5

### СУБКЛИНИКАЛЫҚ ГИПОТИРЕОЗДЫҢ ЙОДТАПШЫЛЫҚТА АЙМАҚТАҒЫ ЕМІ

*Г.А.Шагиева, Қ.А.Сартаева, Э.Ж.Искандирова, Б.О.Сахова  
Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қаласы.*

#### РЕЗЮМЕ

При сравнении различных методов лечения субклинического гипотиреоза наиболее оптимальным для нормализации тиреоидного статуса оказалась монотерапия левотироксином. При добавлении к левотироксину или препаратов йода, эффект терапии не усиливается, но возможен аутоиммунный ответ у больных с узловыми формами зоба. Перед началом лечения необходимо определение не только тиреоидного статуса больного, но и исследование на антитела к элементам фолликул щитовидной железы. Субклинический гипотиреоз хорошо компенсируемое состояние. При лечении субклинического гипотиреоза наиболее оптимальным для нормализации тиреоидного статуса монотерапия левотироксином. Данный метод быстрее, чем препараты йода, нормализует тиреоидный статус.

#### SUMMARY

Different kinds of comparing methods of subclinical treatment hypothyreor more optimal for normalization thyroid status becomes L-thyroxine monotherapy.

In the folder holding the L-thyroxin, or iodine preparations the effect of therapy isn,t increased but its passible autoimmuno answers of patients with junctions of forms hyperplasium thyraid ferric.

The present method of treatment is faster than the preparations of iodine, it standards thyroid status.

**Кіріспе.** Тиреоидтық шамасыздық мәселесі жылдан жылға күрделенуде. Қалқанша безінің (ҚБ) гормондары адам ағзасының барлық алмасу процестерін реттейді, барлық жасушаларға әсер етеді, тіндік тынысты белсендіреді. Сондықтан тиреоиды гормондардың мардымсыз жетіспеуінің өзі организмде маңызды, кейде қайтымсыз ауытқулар туындайды [1]. Субклиникалық гипотиреоз (СТ) – тиреоидты гормондардың организмде шекаралық деңгейге дейін тұрақты төмендеу синдромы, бұл жағдайда тироксиннің (Т4) қалыпты

деңгейі анықталады, ал тиреотропты гормон (ТТГ) деңгейі шамалы жоғарылайды [2]. СГ – қалқанша безі қызметінің ең жиі таралған бұзылысы. Түрлі авторлар мәліметтерінде оның 6-8% аралығында таралғаны мәлімделген [3-5]. Йодтапшылықты аймақ халқын мұқият тексеру СГ бар адамдардың көптігін нақтылады. Оңтүстік Қазақстан тұрғындарын скрининг тәсілмен зерттегенде эндемиялық жемсаудың негізінде манифесті гипотиреоз 14,3% , СГ 22% анықталған [6].

СГ үлкен маңыз берілуде, әсіресе ана құрсағындағы ұрық пен сәбилерде, себебі, адам миы тиреодты гормондардың елеусіз саналатын тапшылығына да өте сезімтал. СГ денсаулық сақтауда орасан маңызды орын алады, йодтапшылықты аймақта түрлі тереңдіктегі психикалық қалыңқылықтан тұрғындардың басым бөлігі зардап тартады, ол кез-келген адам үшін қауіпті болуы мүмкін [7]. Гипотиреозы бар адамдардың барлығында дерлік май алмасуының бұзылысы дамиды [8]. Тиреодты шамасыздығы барлардың 95% гиперхолестериемия, оның гипертриглицеридемиямен жұптасуы 40-70% анықталады [9]. Дислипидемияның клиникалық маңызы оның атеросклероздың, жүректің ишемиялық ауруларының ерте дамуы мен үдеуіне әсерінде [10].

СГ кең таралғандығына қарамастан мамандар көзқарасы әртүрлі, әрине осыған байланысты ем тағайындаулары да әртүрлі [11,12]. Көптеген авторлар тиреодты шамасыздықтың көптеген органдар мен жүйелерде ауытқулар туғызатынына байланысты тиреодты статусты түзеуді жасырын гипотиреоздың өзінде міндетті санайды [11-13].

Йодтапшылықты ОҚ жағдайында СГ емдеуде L-тироксиннің және йод дәрмектерінің тиреодты статусты коррекциялаудағы маңызын зерттеу осы жұмыстың мақсаты болды.

**Жабдықтар мен тәсілдер.** Амбулаториялық жағдайда СГ бар 54 науқас, оның ішінде 52 әйел, 2 ер кісі зерттелді. Зерттеуден өткендердің орта жасы  $34 \pm 8,7$  жасты құрады. Науқастарға клиникалық тексеру, қалқанша безінің пальпациясымен және 7,5 мГц жиілікті сканермен ультрадыбысты зерттеу арқылы (УДЗ, Жапонияның “Aloka” фирмасының SSD-210 сканерімен) оның үлкею дәрежелерін анықтау, қан сары суында ТТГ және қалқанша безінің гормондарын анықтау ИФА бағалау жүргізілді.

Тиреодтық статусты лево-тироксинмен (50-75 мкг) жеке, йод дәрмектерімен (300 мкг) жеке және оларды біріктіріп 6 ай ем жүргізгенге дейін және кейін зерттедік. Емнің осы тәсілдеріне байланысты науқастарды 3 топқа бөлдік. Алған нәтижелерді ерекшелік тәсілімен өңдедік. Нәтижелері және талдау.

Көрсеткіштері	Йод		Лево-тироксин		Біріккен ем	
	жемсауы бар	жемсауы Жоқ	жемсауы Бар	жемсауы жоқ	жемсауы бар	жемсауы жоқ
ҚБ V см3, емге дейін	19,3±1,9	-	17,9±2,0	-	18,7±1,15	-
ҚБ V см3, емнен кейін	17,0±2,7 t – 4,1 p<0,001	-	13,6±1,0 t – 4,1 p>0,05	-	14,2±0,7 t – 9,3 p<0,001	-
ТТГ мкХБ/мл, емге дейін	8,1±1,6	5,33±0,39	7,5±1,7	6,91±0,9	6,61±1,3	6,85±0,88
ТТГ мкХБ/мл, емнен кейін	5,5±1,6 t – 8,8 p<0,001	7,1±3,05 p>0,05	2,29±0,2 t – 3,56 p<0,001	2,1±0,2 t – 6,7 p<0,001	2,52±0,16 t – 2,97 p<0,01	2,6±0,28 t – 4,25 p<0,001

**Кесте – СГ 3 тәсілмен емдеу нәтижелері**

Ескертпе t – Стьюденттің критеріі, p – сенімділік дәрежесі. Емге дейін 27 науқаста жемсаудың түрлі дәрежелері анықталған. Йодпен монотерапия алған топта емге дейін 9 науқастың біреуінде 0-I, үшеуінде – IA, бесеуінде – IB дәрежелі жемсау болды. Кестеде мәліметтен ем барысында ҚБ көлемінің кішіреюінің 11,9% болғаны көрінеді (2 науқаста ҚБ көлемі қалыптасты, біреуінде – 0-I, төртеуінде IA, ал екеуінде – IB дәрежеліге өзгерді). ТТГ төмендеуі осы топта 32% құрады, дегенмен тиреодты статустың қалыптасуына қол жетпеді, науқастар СГ жағдайында қалды.

Лево-тироксинмен монотерапия алған науқастар тобында емге дейін жемсаудың келесі дәрежелері нақталды: алтауында – IA, екеуінде – IB, біреуінде – I-II. Ем нәтижесінде ҚБ көлемінің кішіреюі 24% болды: алтауында ҚБ көлемі қалыптасты, екеуінде – IA, біреуінде I-IB дәрежесіне төмендеді. Емнің нәтижесінде ТТГ деңгейінің төмендеуі 69% болды, эутиреозды жағдайға қол жетті. Лево-тироксин мен йод дәрмектерн біріктіріп ем жүргізген науқастар тобында емге дейін келесі өзгерістер болған: бесеуінде – IA, төртеуінде – IB дәрежелі жемсау. Ем нәтижесінде ҚБ көлемінің кішіреюі 24% болды: үшеуінде ҚБ көлемі қалыптасты, екеуінде – 0-I, төртеуінде IA дәрежесіне төмендеді. Емнің нәтижесінде ТТГ деңгейінің төмендеуі 61,9% болды, бұл топта да эутиреозды жағдайға қол жетті.

Жемсауы жоқ 27 науқаста ҚБ көлемінің келесі өзгерістері болды: он сегізінде – түрлі дәрежелі гипоплазия (I дәрежелі – 6, II дәрежелі – 4; III дәрежелі – 1, IV дәрежелі –7). Йодидтермен жеке ем қабылдаған топта ТТГ төмендеуі 24,6% көрсетті, лево-тироксинмен ем қабылдаған топта – 69 болды, эутиреоз жағдайына қол жетті. Емді біріктіріп қабылдау да нәтижелі болды, барлығында эутиреоз жағдайына қол , ТТГ төмендеуі 69,6% болды.

Әдебиетте йод дәрімектерімен 6 айдай ем нәтиже бермегенде ғана тиреоидты гормондар тағайындау ұсынылады [14], біздің бақылауымызда 6 ай емді лево-тироксинмен және лево-тироксин мен йодты біріктіріп қабылдауда ҚБ көлемінің қалыптасуына қол жетті. Йод дәрімектерімен жеке емдеуде ҚБ көлемінің қалыптасуына қол жетпеді. Лево-тироксин мен йодты біріктіргенде және лево-тироксинмен жеке емдегенде ТТГ деңгейін қалыптастыру мүмкін болды, ал йод дәрімектерімен жеке емдеуде эутиреозға қол жетпеді. Алынған бұл нәтижелер әдебиеттегі мәліметтермен тұспалдас [13,15].

**Қорытынды.** Субклиникалық гипотиреоз – қалқанша безінің қызметтік жағдайын қалыптастыруды қажет ететін патология.

Тиреоидты статустың коррекциясын лево-тироксинмен монотерапия арқылы қол жеткізудің артықшылықтары бар.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Руководство по клинической эндокринологии /Под ред. Н.Т.Старковой- СПб: Питер, 1996.-С.544.
2. Ганда О. Эндокринология/ Под ред. Н. Лавина.-М., 1999.-С.703-726
3. Bindels A.J., Westendorp R.G., Frolich M. Et al.// Clin. Endocrinol.-1999.-Vol.50.-P.217-220.
4. Lerch M., Meier C., Staud J.J0// Ther. Umsch.-1999.-Bd 56.-S.369-373.
5. Wiersinga W.M.// Neth.I. Med.-1995.-Vol.46.-P.197-204.
6. Саптаева К.А. Созылмалы йодотапшылықтың Оңтүстік Қазақстан жас тұрғындарының интеллектінек әсері: мед.ғыл.кан.дисс...-Алматы, 2003.
7. Bleichrodt N., Born MP. A metaanalysis of rearch on iodine and its relftoship to cognitive development. In Standay IB., ed. The damaged brovin of iodine deficiency. Cognizant Communication Coporation.- New Iork, 1994.- P.195-200.
8. Diekman T.. Lansberd P.I.
9. Левина Л.И. Сердце при эндокринных заболеваниях.-М., 1989.
10. Сыч Ю.П., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А., Сыркин А.Л., Ройтман А.П. Нарушение липидного обмена при субклиническом гипотиреозе// Пробл. эндокринологии -2004.-№3.-С.48-51
11. Kabaldi U.M.// Arch. Intern. Med.-1993.-Vol.153.- P.957-961.
12. Nystroen E., Caidahi K., Fayer G. et al.// Clin . Endocrinol.-1988. Vol .290-P.63-67.
13. Ерошина Е.А., Александрова Г.Ф., Абдулхабирова Ф.М., мазурина Н.В. Синдром гипотиреоза в практике интерниста/ методическом пособие для врачей.-С.1-40.
14. Касаткина Э.Г. Диффузный нетоксический зоб// Пробл. эндокрин.-2000.-№4.-С.3-6.
15. Энрико Л.Окампо, Мартин И Серкс. Болезни щитовидной железы/ Под ред. Л.И.Бравермана.-М., 2000.-С.173-194

УДК: 616.712-007.24-053.2-08

#### МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*Н.С. Нарходжаев*

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

#### ТҮЙІН

Балалардағы құс тәрізді кеудесінің емдеу әдістеріне әдеби шолу жасалынды

#### SUMMARY

A literature review of treatment keeled chest deformation in children

Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) – врожденный порок развития грудины и ребер, которая может носить генетический характер и проявляется симметричным или ассиметричным увеличением переднезаднего размера грудной клетки [22, 34, 37]. Среди всех деформации грудной клетки КДГК занимает второе место после воронкообразной и на ее долю приходится от 6 до 22% [4, 6, 8, 14, 21, 22, 30, 35, 42, 50, 51, 52, 53, 54].

Важным моментом в образовании КДГК является время формирования порока развития во внутриутробном периоде. На этом основании килевидную деформацию, как и воронкообразную, относят к фетопатиям в основе которых лежат диспластические изменения в строении тканей, основная роль в развитии заболевания, согласно современным представлениям, принадлежит чрезмерному росту реберных хрящей [8, 10, 17, 39, 49], а не грудины и диафрагмы, как считали раньше [36,47]. В большинстве случаев КДГК формируется на фоне внешних стигм соединительной ткани и изменения кожных узоров пальцев и ладони [19, 34]. У мальчиков встречается в 3 раза чаще, чем у девочек [4, 9, 31, 43, 54].

У детей, КДГК вызывает только косметический дефект, однако у подростков и у взрослых помимо функциональных расстройств, как снижение жизненной емкости легких, повышение минутного объема дыхания, снижение коэффициента потребления кислорода, патологии со стороны сердца [29], из-за нахождения всего грудино-реберного комплекса в состоянии максимального вдоха, также могут вызывать травму психики, приводящее к замкнутости больных [7, 10, 12, 19, 23]. В связи с этим наибольшее количество оперативного

вмешательства при килевидной деформации грудной клетки приходится на возраст от 12 до 15 лет [16, 31]. Так как причиной формирования является дисгистогенез гиалинового хряща, приводящей к опережающему росту ребер [25, 49], исправить ее можно только с помощью радикальной торакопластики, включающей резекцию реберных хрящей [1, 2, 3, 5, 13, 24]. Оперативное лечение лучше проводить до появления симптомов нарушения психики [7, 9, 10, 18, 20, 25, 28, 40, 41, 43, 44, 53].

В настоящее время используют более 10 различных методик торакопластики при КДГК. Наибольшее распространение получили методы Баирова Г.А. [7], Ravitch M. [48], Welch K.J. [54], Кондрашина Н.И. [21]. В 1953 году операцию по поводу КДГК впервые выполнил Lester [46]. Он применял поднадхрящичную резекцию реберных хрящей, вовлеченных в деформацию, сочетая ее с поднадкостничной резекцией всего тела грудины. Chin предложил производить резекцию хрящей VI и VII ребер [38]. Далее поднадкостнично резецировал V-образный сегмент тела грудины до уровня IV ребра. Затем сюда подшивал ранее отсеченный мечевидный отросток с прямыми мышцами живота. У детей М.М. Ravitsh [48] применял поперечную стернотомию передней пластинки грудины на уровне III ребра. Все деформированные реберные хрящи резецировал поднадхрящично от IV до VIII ребер с обеих сторон после отсечения мечевидного отростка от грудины. Затем накладывал множественные сморщивающие в виде гармошки узловые швы на надхрящницу удаленных ребер. После этого в корригированном положении сшивал грудину и к ней подшивал надхрящницу резецированных ребер для создания единого каркаса передней стенки грудной клетки.

Согласно способу Г.А. Баирова и И.А. Маршева [6], с обеих сторон иссекают V-VIII ребра на вершине западения протяженностью 1-1,5 см вместе с передней частью надхрящницы (надкостницы). Резецируют на вершине "киля" 1-2 см грудины. При имеющемся ее западении в нижнем отделе пересекают под контролем пальца наружную пластинку кости на границе искривления, а заднюю пластинку надламывают. Пересеченные ребра и грудину сшивают отдельными капроновыми швами. Накладывают давящую лейкопластырную повязку на 14-24 дня.

Н.И. Кондрашиным предложен способ торакопластики [21], заключающийся в клиновидной остеотомии грудины на уровне I-II межреберья и продольной резекции ее, отступя 0,5 см от места прикрепления ребер с последующим пересечением II-VII ребер с обеих сторон в месте перехода хрящевой части в костную. После этого осуществляют транспозицию пересеченных ребер вместе с оставшимися костными пластинками тела грудины к центру, совмещают резецированные края грудины с ребрами и сшивают лавсановыми нитями с прикреплением II ребра к рукоятке грудины.

Дольницкий О.В. и Дирдовская Л.Н. [15] предложили поднадхрящично иссекать реберные хрящи от II-III до VII ребер справа и слева. На уровне III-IV-го межреберного промежутка осуществляют поперечную стернотомию грудины. Затем резецируют дистальный конец грудины в пределах 1-1,5 см., на конце его формируют треугольный паз, куда пришивают мечевидный отросток лавсановыми швами. Натяжение прямых мышц живота вызывает опускание грудины кзади. Большие грудные мышцы соединяют по срединной линии между собой, а внизу к ним подшивают прямые и наружные косые мышцы живота. Таким образом, возникает своего рода мышечный каркас, оказывающий давление на грудину спереди.

Тимошенко В.А. [28], при корпорокостальной и костальной формах КДГК, выполняет металлостернохондропластику. Суть ее заключается в том, что после отсечения мечевидного отростка от грудины тупым способом ретростернально отслаивают париетальную плевру с обеих сторон. Грудные мышцы расслаивают, обнажая только деформированные реберные хрящи. Последние субперихондриально резецируют. Реберные дуги отсекают от грудины. Выполняют поперечную клиновидную стернотомию с целью исправления ее деформации. Для надежной фиксации грудино-реберного комплекса в корригированном положении перед грудной устанавливают титановую пластину, которую изгибают индивидуально по форме грудной клетки больного и фиксируют к костной части ребер. Реберные дуги фиксируют к грудине капроновыми швами. Пластины удаляют через 6 месяцев.

Методика применения наружного "давящего" корсета [45], основана на пластичных свойствах грудино-реберного комплекса у детей и заключается в постепенном сдавливании грудной клетки в сагиттальном направлении внешним корсетом оригинальной конструкции и, постепенно уменьшая длину боковых тяг, исправляли килевидную деформацию. Срок ношения корсета - до 2 лет.

В 2001 году предложен способ торакопластики [33], заключающийся в поднадхрящично-парастеральной сегментарной (0,5-2,0 см) резекции II-VII ребер, отступя 0,5 см от края грудины. На 1,0 - 1,5 см медиальнее от границы костной и хрящевой части ребер производят билатеральную хондротомию тех же ребер. При определении западения хрящевой части ребер по необходимости проводят дополнительную их хондротомию в месте наиболее выраженной деформации. В месте наибольшего выпячивания грудины проводят ее клиновидную резекцию с основанием клина спереди. В месте западения грудины проводят дополнительную стернотомию задней кортикальной пластинки, переднюю надламывают. Резецированные участки ребер и грудины сопоставляют и сшивают единичными лавсановыми швами.

По данным Shamberger R.C. [53] в настоящее время с хорошими результатами используется техника торакопластики предложенная Welch K.J. в 1973 году [54]. При этом осуществляется субперихондральная резекция выступающих реберных хрящей с сохранением всей грудины. Передние ее выступающие

корректируется путем передней поперечной остеотомии и перелома задней части, что позволяет переместить грудину кзади.

Л.И. Бойко предложила технологически обоснованный способ хирургической коррекции с применением аппарата оригинальной конструкции [11]. При этом без вскрытия загрудинного пространства производится поперечная или продольная стернотомия на уровне максимального выступания грудины кпереди с основанием клина, обращенного кпереди. Выполняется хондротомия деформированных ребер с обеих сторон от грудины. Затем в грудину закрепляются коррекционные иглы, один конец которых укрепляется в грудину, а другой фиксируется в узла внешнего устройства для коррекции КДГК. Посредством коррекционных игл и аппарата создается постоянно регулируемое давление спереди назад на деформированные участки грудины и ребер до достижения правильной формы грудной клетки.

При стернохондропластике [12], выполняется один (у мальчиков) или два (у девочек) поперечных субмаммарных разреза кожи по линии, проходящей через центр деформации. Мечевидный отросток отсекают от грудины. Тупым способом ретростернально отслаивают плевральные мешки с обеих сторон с целью предотвращения их повреждения в дальнейшем. Субперихондрально резецируют только деформированные реберные хрящи. Реберные дуги отсекают от грудины и укорачивают каждую на 3-5 см. На вершине деформации выполняют клиновидную стернотомию. При S-образном искривлении выполняют две стернотомии по передней и задней поверхности грудины. Укороченные реберные дуги вновь подшивают к грудине узловыми лавсановыми швами. Таким образом, иммобилизация грудины в корригированном положении осуществляется за счет тяги укороченных реберных дуг.

Несмотря на многочисленные предложенные способы оперативных методов лечения КДГК, по литературным данным, осложнения встречаются в 5-10% случаев.

В одних случаях недостаточная мобилизация ГРК, ребра с грудиной образуют угол, вызывающий рецидив деформации, в других возможность проникновения инфекции в местах костных опор устройства с развитием гнойных осложнений в послеоперационном периоде, в третьих: сама операция очень сложна и травматична, поэтому получили распространения только в клиниках, где разработали ту или иную методику.

В настоящее время вопрос о выборе метода оперативного лечения и ее оптимизация остается наиболее актуальной.

Учитывая выше изложенные недостатки, проблема усовершенствования хирургической коррекции килевидной деформации грудной клетки у детей и на сегодняшний день остается актуальной в детской хирургии и ортопедии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абальмасова Е.А., Лузина Е.В., //Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата и причина их происхождения// Ташкент, 1976г.
2. Абдрахманов А.Ж., Анашев Т.С., Тажин К.Б. Диагностика и хирургическое лечение воронкообразной и килевидной деформации грудной клетки// Травматология және ортопедия, Астана 2005 №2-С.24-25
3. Абдрахманов А.Ж., Тажин К.Б., Опыт хирургического лечения деформации грудной клетки// Травматология және ортопедия, Астана 2004 №2-С.16-17
4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Ст-Петербург 1996; 1: С.168-175.
5. Баиров Г.А. //Хирургия пороков развития у детей // 1968г.
6. Баиров Г.А. Врожденные деформации грудной клетки и позвоночника // Костно-пластические операции у детей. Киев, 1974.-С.216-246
7. Баиров Г.А., Фокин А.А., Лечебная тактика при врожденной килевидной деформации грудной клетки у детей//Педиатрия 1983 №8 С.67-71
8. Баиров Г.А., Фокин А.А., //Килевидная деформация грудной клетки // Вестник хирургии им. Грекова 1983 №2 С.89-93
9. Баиров Г.А., Ульрих Э.В., Фокин А.А., Маршев И.А., Килевидная деформация грудной клетки у детей// Клиническая хирургия 1987г., №6 С. 20-24
10. Баиров Г.А., Фокин А.А., Клиническая и рентгенологическая характеристика килевидной деформации грудной клетки // Ортопедия, травматология и протезирования 1984 №4 С.1-5
11. Бойко Л. И., Сягайло П.Т., Сягайло А.П., А. С. N 1475627 МПК А 61 17/58, Б.И. N 16, "Устройство для коррекции килевидной деформации грудной клетки", 1989г.
12. Виноградов А.В. //Деформации грудной клетки у детей// дисс. Д.м.н. 2004г.
13. Волков М.В., Дедова В.Д., //Детская ортопедия//М.,1972г. С.60-69.
14. Гафаров Х.З., Плаксейчук Ю.А., Плаксейчук А.Ю. Лечение врожденных деформации грудной клетки. Казань 1996г.
15. Дольницкий О.В., //Врожденные деформации грудной клетки у детей// Киев, 1978г С.90-100
16. Жила Н.Г., Варианты моделирующей торакопластики при килевидной деформации грудной клетки у детей// Детская хирургия, Москва, 1999, № 5- С 7-10.
17. Жила Н.Г., Успешное хирургическое лечение врожденного расщепления грудины у ребенка 3 лет// Детская хирургия, Москва, 2002, №5-С.49-50
18. Ибрагимов Ш.А. Хирургическая коррекция врожденной деформации грудной клетки и ребер у детей//дисс. к.м.н. Бишкек 2001.

19. Карабеков А.К., Альжанова Ж.С., Бектаев Е.Т., Кордиореспираторные нарушения у детей с врожденной деформацией грудной клетки и оптимизация анестезиологического пособия при хирургической коррекции// Травматология және ортопедия, Астана 2002 №2-С.14-15
20. Карабеков А.К., Альжанова Ж.С., Бектаев Е.Т., //Методика лечения детей с врожденными деформациями грудной клетки// Травматология және ортопедия, Астана 2005 №2 С.47-48
21. Кондрашин Н.И., Метод торакопластики килевидной деформации грудной клетки // Ортопедия, травматология и протезирования 1984 №12 С.22-24
22. Кондрашин Н.И., Аномалия развития грудной клетки // Ортопедия, травматология и протезирования М. 1984 №4 С.62-67
23. Кныш И.Т. Клиника и лечение воронкообразной и куриной груди//Ортопедия, травматология- 1970.№4-С.27-31.
24. Малахов О.А., Рудаков С.С., Салтыкова В.Г., Лихотай К.А., Малахов О.О. Ультразвуковой контроль регенерации реберного хряща после радикальной торакопластики по поводу воронкообразной и килевидной деформации грудной клетки // Детская хирургия, Москва, 2004,№4-С.12-15.
25. Малахов О.А., Рудаков С.С., Лихотай К.А. Дефекты развития грудной клетки и их лечение//Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, 2002, №4, С. 63-67.
26. Павлова В.И., Павлов Г.Г., Русакова М.С., // Актуальные вопросы исследования хряща в норме и при патологии// Вопросы ревматизма 1980г. № 3
27. Рудаков С.С. с соавт.,// Синдромные формы врожденных деформаций грудной клетки и их лечение// Хирургия им. Пирогова Н.И., М.1986г.
28. Тимошенко В.А., Виноградов А.В., Тиликин А.Е., Хаспеков Д.В. // Деформации грудной клетки после торакопластики у детей//Детская хирургия 2000.№2. С.9-13
29. Фокин А.А. //Нарушения окостенения грудины, килевидная деформация грудной клетки и сердечная патология// Травматология, ортопедия и протезирования. М. 1983г. №10
30. Фокин А.А. //Килевидная деформация грудной клетки у детей// дисс. к.м.н., Л., 1986г.
31. Хаспеков Д.В., Судейкина О.А., Щитинин В.Е., Метод хирургической коррекции килевидной деформации грудной клетки у детей//Детская хирургия, Москва, 2005. №2-С.28-32.
32. Чепурной Г.И., Шамик В.Б., Оптимизация торакометрии и контроля косметических результатов торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей// Детская хирургия, Москва, 2002, №1-С.8-10.
33. Шамик В.Б., Осипочев С.Н., А. с. №2000109078/14 МПК 7 А61В17/56, А61В17/68 //Способ лечения килевидной деформации грудной клетки// 2001г.
34. Яковлев В.М. с соавт., /Состояние миокарда и клапанного аппарата сердца при килевидной деформации грудной клетки// Сов.медицина 1990г., №2
35. Balogh G., Puskas A., Vincze K.,Of an extremely large sternum protrusion (pectus carinatum). Magy Seb 2000; 53: 160-162
36. Brodtkin H.A., Pigeon breast congenital chondrosternal prominence: etiology and surgical treatment by xiphosternopexy. Arch. Surg. 1958;77: 261-270.
37. Chidambaran V., Mehta A. V. Curarrino - Silverman syndrome (pectus carinatum type 2 deformity) and mitral valve disease. Chest 1992; 102; 780-782.
38. Chin E.F. Surgery of funnel chest and congenital sternal prominence. Br J Surg 1957; 44: 360-376.
39. Currarino G., Silverman F.N. Prematur obliteration of the sternal sutures and pigeon-brest deformity. Radiology 1958; 70: 532.
40. Davis W.C., Berley F.V. Pectus excavatum and pectus carinatum. Am J Surg 1956; 91: 770.
41. De Matos A.C., Bernardo J.E., Fernandes L.E., Antunes M.J. Surgery of chest wall deformities. Eur J Cardiothorac Surg 1997; 12: 345-350.
42. Fonkalsrud E.W. Pectus carinatum: the undertreated chest malformation. Asian J Surg 2003; 26: 189-192.
43. Fonkalsrud E.W., Beans S. Surgical management of Pectus Carinatum: 30 Eears Experience. J World Surg 2001; 25: 898-903.
44. Fonkalsrud E.W., De Ugarte D.A., Choi E. Rapair of Pectus Excavatum and Carinatum Deformities in 116 Adults. Ann of Surg 2002; 3: 304-314.
45. Haje S.A. Pectus carinatum successfully treated with bracing – a case report . Int Orthop 1995; 19: 332-333.
46. Lester C.W. Pigeon breast (Pectus Carinatum) and other protrusion deformities of the chest of developmental origin. Ann Surg 1953; 137: 482-489.
47. Lester C.W. The etiology and pathogenesis of funnel chest, pigeon breast, and related deformities of the anterior chest wall. J Thorac Surg 1957; 34: 1.
48. Ravitch M.M. The operative correction of pectus carinatum (pigeon breast). Ann Surg 1960; 151: 23: 705-714.
49. Robicsek F., Cook J.W., Daugherty H.K., Selle J.G. Pectus carinatum. J Thorac Cardiovasc Surg 1979; 78: 52-61.
50. Robicsek F., Sanger P.W., Taylor F.H. et al. The surgical treatment of chondrosternal prominence (pectus carinatum). J Thorac Cardiovasc Surg 1963; 45: 691-701.
51. Sasaki S., Hara F., Ohwa T. et al. Chest wall deformities: Newly modifiold procedures for pectus carinatum and pectus excavatum. Jpn J Pediatr Surg 1988; 20: 64.
52. Saxena A.K. Pectus excavatum, pectus carinatum and other forms of thoracic deformities. J Indian Assoc Pediatr Surg 2005;10:147-157.
53. Shamberger R.C., Welch K.J. Surgical correction of pectus carinatum. J Pediatr Surg 1987; 22: 48-53.
54. Welch K.J., Vos A. Surgical correction of pectus carinatum (pigeon breast). J Pediatr Surg 1973; 8: 659-667.

УДК 616.13.644 – 089

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОТЕРИ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Э.Ш. Султанов, Б.А. Наржанов, Г.К. Усенов

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

Клиника международного казахско-турецкого университета им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

**ТҮЙІН**

Тұрақты қан тамырлық жетістік ретінде алловендерді қолдану тек қана биологиялық құрамын анықтау ғана емес сонымен қатар экономиялық тиімді болып саналады. Алловенадан жасалған артериовеноздық фистула алшақтаған мерзімде жақсы нәтиже берді, эксплуатациялық мерзімнің қызметтік ұзақтылығы 5 жыл көлемінен әрі 50% көрсеткішті көрсетті.

**SUMMARY**

As the reached permanent shelter-vessels using the allovein may not only for biological composition as the same time it might be for economic benefits.

Asteriovenouse fistula which made from allovein is showed a good result for longterm period, with 50% of indexes in a period of ownership-time service.

Данное исследование основано на опыте изучения историй болезни 154 пациентов за период с 1999 по 2008 годы. Было выполнено 154 операции по созданию сосудистого доступа в различной модификации. При создании артерио-венозной фистулы были использованы алловены, которые в течение суток, заранее были взяты у других пациентов после проведения операции сафеноэктомиа, при этом криза отторжения алловены не наблюдали. Доставка алловены осуществлялась из сосудистого отделения во флаконах на 0,9% изотоническом растворе.

Все операции проводились в ННЦХ им. А.Н. Сызганова в отделении трансплантации органов и тканей.

Заболевание	Женщины	Мужчины	Всего:
Хронический гломерулонефрит	78	35	113
Хронический пиелонефрит	12	7	19
Мочекаменная болезнь,	2	2	4
Диабетическая нефропатия	11	5	16
Поликистоз почек	7	3	10
Всего:	102	52	154

Таблица 1- **Распределение пациентов по заболеваниям и полу.**

Из 154 оперированных пациентов, 102 (66%) составили женщины и 52 (34%) - мужчины. Показательно, что основное количество больных, страдающих ХПН были больные с хроническим гломерулонефритом, затем следует группа больных с хроническим пиелонефритом, далее – диабетической нефропатией, мочекаменной болезнью, поликистозом почек.

Пол	15-25 лет	26-35 лет	36-40 лет	41-56лет	Всего
Жен.	25	37	33	7	102
Муж.	15	23	12	2	52
Итого	40	60	45	9	154

Таблица 2 - **Распределение пациентов по возрастным группам.**

Возрастная характеристика больных с ХПН, находившихся в клинике составило от 15 до 56 лет. Основное количество больных приходилось на лица молодого и трудоспособного возраста, страдающих ХПН (таблица 2).

Причины потери постоянного сосудистого доступа у гемодиализных больных в настоящее время остаётся актуальной в связи большим процентом развития осложнений при эксплуатации артерио-венозной фистулы во время сеансов гемодиализа. Так по данным литературы, процент потери функционирующей артерио-венозной фистулы в первые месяцы проведения гемодиализа составляет от 35%-40%, в течение 6 месяцев до 50%, по истечении одного года 75% [1,2,3]. Поэтому изучение клинического материала по потере функционирующего ПСД у больных, которым наложены артерио-венозные фистулы с применением алловены, представляет научно-практический интерес. Для изучения материала нас интересовала в первую очередь локализация ПСД, характер и типы сосудистых анастомозов при наложении АВФ.

Локализация сосудистого доступа определялась индивидуально в каждом конкретном случае.

Пол	Дистальная АВФ на предплечье	Проксимальная АВФ на предплечье	АВФ на плече	Всего:

Характеристика локализации артерио-венозной фистулы у больных с ХПН представлена в таблице 3.

Мужчины	24	14	14	52
Женщины	53	28	21	102
Итого:	77(50%)	42(27%)	35(23%)	154(100%)

Таблица 3- Локализация сосудистого доступа у мужчин и женщин.

Большинство операций (77 пациентов - 50%) наложения артерио-венозной фистулы было сформировано в дистальной части предплечья, естественно большой процент таких операций приходится на впервые наложенные артерио-венозные фистулы. Дистальную артерио-венозную фистулу на предплечье выполнить гораздо проще технически. Проксимальная артерио-венозная фистула на предплечье выполнена 42 пациентам (27%). Низкий процент выполнения проксимальной артерио-венозной фистулы связан со сложностью выполнения операции в техническом плане и, естественно, такой вид операции приходится выполнять при потере функции дистальной артерио-венозной фистулы [4,5].

Еще более сложной, по технике выполнения среди операций постоянного сосудистого доступа, является наложение артерио-венозной фистулы на плече и, как правило, такая операция выполняется после неудачных операций по формированию артерио-венозной фистулы на предплечье. Формирование постоянного сосудистого доступа на плече нами выполнено у 35(23%) пациентов.

Удовлетворительным результатом после формирования артерио-венозной фистулы считается, как можно более длительное его функционирование в гемодиализном периоде. По нашим наблюдениям, пациенты находились на программном гемодиализе от 1 месяца до 14 лет. Длительное использование постоянного сосудистого доступа в гемодиализном периоде увеличивает процент потери функционирования артерио-венозной фистулы даже при удовлетворительном его функционировании артерио-венозной фистулы, и увеличивает вероятность проведения повторных операций по наложению нового постоянного сосудистого доступа или реконструкции потерянной артерио-венозной фистулы.

Число предшествующих операций по созданию постоянного сосудистого доступа у больных находящихся на гемодиализе колеблется от 1 до 6. В ходе изучения их результатов основные причины, приводящие к потере функционирующей артерио-венозной фистулы были следующие: А)анатомические особенности; Б)сопутствующие заболевания, приводящие к патологическим изменениям сосудов; В) нарушение свертывающей системы вследствие длительного угнетения кроветворной системы; Г) неправильный уход за артерио-венозной фистулой в эксплуатационном периоде; Д) длительное использование постоянного сосудистого доступа в гемодиализном периоде вследствие укола канюлей, приводящих к патологическому изменению сосуда; Е) Сердечная недостаточность, вследствие гемодинамических нарушений связанное с проведением сеанса гемодиализа.

Длительное использование ПСД в гемодиализном периоде увеличивает процент потери артерио-венозной фистулы. Нами изучено функционирование артерио-венозной фистулы при длительном нахождении пациента на гемодиализном лечении, результаты данного исследования представлены в следующей таблице.

Количество предшествующих операций	Месяцы							Всего:
	0-6	6-12	12-24	24-36	36-48	48-60	>60	
0								
1	1	6						7(4,5%)
2			4					4(2,6%)
3	3		1					4(2,6%)
4		7			6		1	14 (9,1%)
5			6	2	5		2	15(9,7%)
6		11		4	2	5	2	24(15,6%)
>6	2					3	3	9 (5,8%)
Пациенты:	6 (3,9%)	24 (15,6%)	11 (7,1%)	12 (7,8%)	10 (6,5%)	8 (5,2%)	6 (3,9%)	77(50%)

Таблица 4 - Число предшествующих операций у пациентов и время лечения гемодиализом.

Таким образом, количество потерянных артерио-венозных фистул напрямую зависит от анатомических особенностей сосудов предплечья и сопутствующей патологии. Естественно, нельзя исключать и такой фактор, как кем проводится операция по формированию артерио-венозной фистулы, так как проведение данной операции требует от хирурга умение работать с сосудами, и оснащенности клиники. Так, в период до одного года продолжительность, функции постоянного сосудистого доступа составила менее 15,6%, до двух лет - 7,1%. Наибольшие потери функционирующей артерио-венозной фистулы отмечались у больных с длительным гемодиализным периодом - более 5 лет, (50%), также имеют значение анатомические особенности сосудов предплечья и сопутствующие заболевания.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Баллюнзен Ф.В., Вольф Л.А. Сосудистые протезы из нетканых материалов. // Актуальные вопросы организации профилактики и хирургического лечения болезней магистральных сосудов. - Ч.1. - Москва. - 1985. - с.197-198.
2. Бокерия Л.А., Веретенин В.А., Городков А.Ю., Доброва Н.Б., Дьяков В.Е и другие. Новые отечественные сосудистые протезы " Витафлон" из пористого политетрафторэтилена. // Груд. сердечно-сосудистая хирургия. - 1996. - №1. - 4-9.
3. Григорьева Н.И., Грачев С.Д., Ищенко В.Е., Руденко С.Н. Морфологические изменения аутовенозных трансплантатов перед операцией аорто-коронарного шунтирования. // Врачебное дело. - 1990. - N 1. - с. 78-80.
4. Дронов А.Ф., Линский Г.Ф., и др. Принципы создания антибактериальных сосудистых протезов нового типа. // Клиническая хирургия. - 1986. - N7. - с. 26-28.
5. Евстифеев Л.К., Васютков В.Я. Аутовенозная пластика в хирургии артерий малого и среднего диаметра. // Аутопластика в хирургии. - Москва-1986. - с. 65-67.

УДК 616.13.644 – 089

**СОЗДАНИЕ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ***Э.Ш.Султанов, Б.А.Наржанов, Г.К.Усенов**Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, г.Алматы**Клиника международного казахско-турецкого университета им. Х.А.Ясави, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Тұрақты қан тамырлық жетістік ретінде алловендерді қолдану. Тұрақты қан тамырлық жетістік ретінде алловендерді қолдану биологиялық құрамын анықтау ғана емес сонымен қатар экономиялық тиімді болып саналады. Хронидиализ жасаған кезде көрсеткіштермен және қарсы көрсеткіштердің ережесін сақтау жақсы нәтиже береді.

## SUMMARY

The using of allovein for making of constant vascular access. Use of allovein as implant for constant vascular access has biological and economic benefits. Adherence of indications and contraindications for application of arteriovenouse fistula with the using of allovein gives good results for the conduction of chvoniodialis.

За период с 1999 по 2008 годы под наблюдением находились 154 пациента с хронической почечной недостаточностью. Всем создали 154 артерио-венозные фистулы из алловены для проведения программного гемодиализа. Применение алловены для создания сосудистого доступа определялось индивидуально для каждого пациента с учетом предшествующих операций, а также особенностями сосудистого русла. Мы пользовались общепринятыми правилами в выборе типа сосудистого доступа: [1,2]. 1) всегда по возможности необходимо создавать стандартные фистулы; 2) выбор места и техники производят с учетом срочности пациента; 3) артерио-венозная фистула в первую очередь должна создаваться на верхней конечности; 4) периферическая артерио-венозная фистула предпочтительнее, однако, стандартная проксимальная локализация предпочтительней нестандартной артерио-венозной фистулы, дистально расположенной; 5) артерия должна быть не менее 2.5 мм, без кальцинатов с адекватным кровотоком по артерии и хорошим коллатеральным кровотоком; 6) вена должна быть без склероза, интимальной гиперплазии, тромбоза; 7) Фракция изгнания не менее 50.

Необходимо отметить, что создание нестандартной артерио-венозной фистулы было строго обосновано, так как известно, что срок функционирования нестандартной артерио-венозной фистулы меньше, чем стандартных артерио-венозных фистул. Осложнения, связанные с эксплуатацией сосудистого доступа из алловены выше, чем при прямом наложении артериовенозного анастомоза, а самое главное, что эти осложнения во многих случаях опасны для жизни больного. К ним относятся тромбоземболии, инфекционные перикардиты, сепсис, развитие сердечной недостаточности. Учитывалась и сложность оперативного вмешательства при создании нестандартной артерио-венозной фистулы. [3].

Как правило, создание нестандартной артерио-венозной фистулы из алловены выполнялось после многочисленных операций на собственных сосудах пациента. Выбор типа нестандартной артерио-венозной фистулы проводился в зависимости от состояния сосудистой системы. Артериальный кровоток, особенно в дистальных отделах конечности, очень варьирует. Атеросклеротическое повреждение сосудов значительно снижает кровоток, не меняя наружный диаметр сосуда. Учитывая вариант несоответствия внутреннего и внешнего диаметра сосуда и скорость кровотока, мы проводили изучение этих данных у 154 пациентов до и после операции, а также в течение всего периода эксплуатации и выявили следующие изменения кровотока сосудов артерио-венозной фистулы уже с полученными осложнениями после формирования артерио-венозной фистулы.

Из клинического материала у группы больных с тромбозом артерио-венозной фистулы было выявлено снижение линейного кровотока в лучевой артерии в дистальной части предплечья 18-20см/сек, в проксимальной части предплечья 20-25см/сек. Снижение линейного кровотока в лучевой артерии способствует

развитию тромбоза артерио-венозной фистулы. Поэтому мы считаем при таком линейном кровотоке в дистальной трети предплечья лучевой артерии формирование артерио-венозной фистулы противопоказано, а лучше накладывать выше.

В группе с ишемическими нарушениями кисти выявлено тоже как в группе с тромбозом артерио-венозной фистулы снижение линейного кровотока в дистальной части предплечья 17-20см/сек, в проксимальной части 20-25см/сек. Формирование артерио-венозной фистулы при сниженном линейном кровотоке «конец в конец» может приводить к развитию ишемических осложнений кисти. При выявлении снижения кровотока в лучевой артерии мы предлагаем формирование артерио-венозной фистулы конец вены в бок артерии.

В группе с венозной гипертензией верхней конечности с сердечной недостаточностью скорость кровотока было выше нормы, а в дистальной части предплечья получено 25-27 см/сек, проксимальной части 27-32 см/сек. При высоком кровотоке на лучевой артерии формирование артерио-венозной фистулы должно исходить из диаметра лучевой артерии и анастомоз формирующийся при артерио-венозной фистулы не должна превышать 0,4 см. При широком диаметре артерии необходимо суживать просвет анастомоз до 0,4см на уровне предплечья или до 0,6 см. на уровне плеча и формировать анастомоз предпочтительнее «конец в бок артерии», «бок вены в бок артерии».

Исходя из результатов, полученных в ходе изучения клинического материала и данных доплерографии и эхокардиографии, мы предлагаем показания к способам анастомозов артерио-венозной фистулы с применением аллоvenes: 1) Артерио-венозная фистула должна накладываться при удовлетворительном кровотоке на накладываемой артерии, т.е. на лучевой артерии в дистальной трети не ниже 20см/сек, в проксимальной 20-25см/сек, на плечевой артерии не ниже 30-35см/сек. 2) При сниженном кровотоке в дистальной трети предплечья, необходимо накладывать в проксимальной трети предплечья. 3) При сниженном кровотоке на лучевой артерии анастомоз при формировании артерио-венозной фистулы предпочтительно накладывать «конец артерии в конец вены» при сохраненном кровотоке на локтевой артерии, или «бок артерии в конец вены» при сниженном кровотоке на локтевой артерии. 4) При высоком кровотоке на лучевой артерии и плечевой артерии при формировании артерио-венозной фистулы анастомоз должен формироваться «бок артерии в конец или в бок вены».

Разработанные нами показания к формированию способов анастомоза дополняют уже предложенные показания к формированию артерио-венозной фистулы, что предложено ниже: - пациенты, которым в силу анатомических и конституционных особенностей невозможно создать артерио-венозную фистулу из собственных сосудов; - пациенты с выраженными патологическими изменениями сосудов по причине основного и сопутствующих заболеваний, а также по причине многочисленных пункций, инфузий и стероидного лечения; - пациенты, у которых периферические сосуды были использованы в предыдущих операциях.

Абсолютным противопоказанием к созданию артерио-венозной фистулы применением аллоvenes являются: - терминальное состояние пациента; - сепсис; - декомпенсированная сердечная недостаточность. [4,5].

Таким образом, изучение клинического материала больных с осложнениями после формирования артерио-венозной фистулы или потери функции ПСД вынудило нас к разработке показаний способов анастомоза при формировании артерио-венозной фистулы с применением аллоvenes, с другой стороны многообразие сосудистых доступов обеспечивает лечение программным гемодиализом пациента в самых трудных клинических ситуациях в течение длительного периода, однако, даже это многообразие исчерпывается, если сосудистый доступ формируется и эксплуатируется неправильно. Поэтому мы уделили большое внимание созданию АВФ, использованию сосудистого доступа, диагностике, лечению и профилактике осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баллюнзен Ф.В., Вольф Л.А. Сосудистые протезы из нетканых материалов. // Актуальные вопросы организации профилактики и хирургического лечения болезней магистральных сосудов. - Ч.1. - Москва. - 1985. - с.197-198.
2. Бокерия Л.А., Веретенин В.А., Городков А.Ю., Доброва Н.Б., Дьяков В.Е и другие. Новые отечественные сосудистые протезы " Витафлон" из пористого политетрафторэтилена. // Груд. сердечно-сосудистая хирургия. - 1996. - №1. - 4-9.
3. Григорьева Н.И., Грачев С.Д., Ищенко В.Е., Руденко С.Н. Морфологические изменения аутовенозных трансплантатов перед операцией аорто-коронарного шунтирования. // Врачебное дело. - 1990. - N 1. - с. 78-80.
4. Дронов А.Ф., Линский Г.Ф., и др. Принципы создания антибактериальных сосудистых протезов нового типа. // Клиническая хирургия. - 1986. - N7. - с. 26-28.
5. Евстифеев Л.К., Васютков В.Я. Аутовенозная пластика в хирургии артерий малого и среднего диаметра. // Аутопластика в хирургии. - Москва-1986- с. 65-67.

УДК 616,366-008,6-086:244

**ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*М.Т.Серикбаева, Ж.З. Ахментаев, Г.В. Пягай, Ж.А.Тлеулиева, Г.А. Алиева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Областная клиническая больница, г.Шымкент*

**ТҮЙІН**

Компьютерлі томография жоғары дәрежелі диагностикалық ақпараттандырылған және инвазивті емес зерттеулерді қоса отырып, қазіргі заманғы визуальды әдістердің ішінде бірінші орынды алады.

УДЗ бауырдың ошақтық түзілісін скринингті зертеу арқылы анықтауда сәулелік диагностикада бірінші әдіс.СКТ баурдың ошақтық түзілісін анықтауда «алтын стандарт» болып табылады. МРТ –күрделі диагностикалық есептерді шешуде жоғары үміт арттырады.

**SUMMARY**

A wide variety of focal disease processes can affect the liver. Benign focal hepatic tumors are often found incidentally. On the other hand, many malignant diseases tend to spread into the liver, which makes the assessments of the liver an important part in the pretherapeutic staging of cancer. Therefore not only detection of tumors but also reliable characterization of the lesions has become an important radiologic task. The technical advances of ultrasound (US), helical computed tomography (CT) have significantly improved their ability to detect subcentimeter lesions. However, there is overlap in the US or CT appearances of many common liver tumors. Since nuclear imaging has a spatial resolution which is inherently inferior to the aforementioned cross-sectional imaging techniques, its role has changed in the past few years toward an aid in differentiation of liver masses.

Компьютерная томография (КТ) занимает одно из ведущих мест среди современных визуализирующих методик, сочетая в себе высокую диагностическую информативность и неинвазивность исследования. КТ широко применяется в диагностике очаговых поражений печени. К доброкачественным очаговым образованиям печени относят кисты и абсцессы, а к опухолям - аденомы печени, очаговую гиперплазию, гемангиомы. Среди злокачественных образований печени выделяют гепатоцеллюлярный рак, холангиокарциному и метастазы опухолей. Гепатоцеллюлярный рак, наиболее частой предпосылкой, которого является цирроз печени,- одна из основных причин смертности среди злокачественных опухолей[1].

Следовательно, обнаружение очаговых образований печени имеет решающее значение для их дифференциальной диагностики и определения стадии поражения. Более того, необходимость в получении неинвазивными методами надежных характеристик образований печени стала также важна, как и само обнаружение этих образований так, как это позволяет избежать ненужные лечебные мероприятия при доброкачественных образованиях и ненужные хирургические операции у больных с высокой степенью злокачественного процесса. Споры о том, какой из имеющихся методов визуализации должен использоваться, при каких обстоятельствах и в какой последовательности не прекращаются. Некоторые противоречия происходят из-за различного значения, которое приписывается ультразвуковому методу в США и в Европе[2,3,4,5]. Опытные исследователи сообщают о хороших результатах диагностики очаговых образований с чувствительностью до 90 %, не сравнимой с результатами исследований других авторов. И все же УЗИ сохраняет свою роль в исследовании печени как скрининговый метод.

Для КТ - исследования печени спиральная компьютерная томография (СКТ) всегда предпочтительнее обычной КТ. Оценка небольших образований печени диаметром менее 10 мм остается диагностической дилеммой, даже когда эти образования теперь все чаще являются случайной находкой при СКТ. Jones et al. показали, что случайно обнаруженные солитарные образования (диаметром  $\leq 15$  мм) у пациентов почти всегда являются доброкачественными [6]. У больных с доказанным злокачественным процессом обнаруживаемые множественные мелкие образования являются злокачественными в 26%, тогда как солитарные небольшие образования являются опухолями только в 5%.

Наличие солитарного или множественных образований с характерным для кисты внешним видом по данным УЗИ/КТ не требует дальнейшего обследования. Если образование имеет вид, характерный для кавернозной гемангиомы у пациентов с отсутствием злокачественного процесса в анамнезе рекомендуется динамическое наблюдение. В случае подозрения на эхинококкоз, серологическая диагностика предпочтительнее, чем инвазивные методы. Если серологические тесты негативны, рекомендуется динамическое наблюдение в течение 6-12 мес. Наличие одного или более атипичных солидных образований по УЗИ или КТ - картине служит показанием для МРТ- исследования с целью уточнения структуры образования. Там где результаты МРТ аналогичны, предполагают аденому или злокачественное поражение, биопсия просто необходима[7].

Целью данной работы является обнаружение и изучение характеристики очаговых образований печени у пациентов Южно-Казахстанской области.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняло участие 720 пациентов в возрасте от 17 до 84 лет. Им было проведено бесконтрастное спиральное компьютерно-томографическое обследование органов брюшной полости: ширина скана 10 мм, интервал движения стола- 10 мм на томографе «Pronto» (Hitachi). Денситометрические показатели паренхимы печени оценивали по условной шкале Хаунсфилда или КТ-единиц, что составляет 50-70 ед.Н., варьируя в пределах 5-10 ед.Н.

**Результаты и обсуждение.** После проведенного обследования у 107 пациентов было обнаружено очаговое заболевание печени. Среди них доброкачественные очаговые образования (кисты, гемангиомы) выявлены в 27,6 % случаев. Злокачественные образования печени (гепатоцеллюлярная карцинома, холангиокарцинома и метастазы опухолей) определены у 72,4 %.

Непаразитарная киста печени выявляется на КТ в виде округлых тонкостенных гомогенных полостей с четкими ровными контурами, плотность которых составляет от -5 до + 15 ед.Н., частота ее составила 11,2 %. Поскольку в нашем регионе нередко встречается эхинококк, то обнаружение эхинококковых кист довольно частое явление.

Эхинококковые кисты удается отличить от непаразитарных кист на основе следующих критериев. Плотность их обычно более высокая и составляет по нашим данным 10-28 ед.Н., количество больших 6,5 %.

Наиболее эффективна КТ в распознавании и дифференциации гемангиом печени. Гемангиомы визуализируются в виде одного, реже двух гомогенных участков с четкими волнистыми контурами, плотность которых составляет 38-48 ед.Н., частота их составила 9,3 %.

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) - наиболее часто встречающаяся первичная злокачественная опухоль печени, она была обнаружена в 66,4 % случаях. При этом внутри печени удается обнаружить распространенную зону пониженной плотности. В 77,5 % случаев была обнаружена одиночная ГЦК, в 22,5 % множественная или диффузная. Холангиокарцинома может быть заподозрена в первую очередь по характерной клинической картине: выраженная желтуха, боли в правом подреберье, похудание. По данным КТ чаще всего поражаются центральные участки печени, визуализируются расширенные внутрипеченочные протоки, частота патологии составила всего 1,8 %. Метастазы в печень относятся к наиболее частым очаговым поражениям органа. В печень метастазируют опухоли толстой кишки, легких, поджелудочной железы, молочной железы, желудка. Они визуализируются в паренхиме печени как множественные образования пониженной плотности и составляют среди очаговых образований печени- 4,7 %.

**Выводы.** 1.УЗИ остается первым методом лучевой диагностики для скринингового обследования на предмет выявления очаговых образований печени.

2.СКТ является «золотым стандартом» в обнаружении очаговых образований печени, причем доступность этого метода растет.

3.На МРТ возлагаются большие надежды как на метод, предназначенный для разрешения сложных диагностических задач.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. DiBisceglie A., Rustgi V. Hoofnagle J. Hepatocellular carcinoma // Ann. Intern. Med. 1998. V. 108. P. 390-401.
2. Goldberg B., Pettersson H. Ultrasonography, The NICER year book, 1996.720 p.
3. Биссет Р., Хан А. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании. Витебск: Белмедкнига, 1997. 253 с.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. М.: Гэотар медицина, 1999, 864 с.
5. Lencioni R., Pinto., Armillota N. et al. Assessment of tumor vascularity in hepatocellular carcinoma: comparison of power Doppler US and color Doppler US // Radiology. 1996. V.201. P.353- 358.
6. Jones E.C., Chezmar J.L., Nelson R.C et al. The frequency and significance of small ( less than or equal to 15 mm) hepatic lesions detected by CT // A.J.R. 1992. V. 158. P. 535-539.
7. Терновой С.К., Шахиджанова С.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых заболеваний печени. //Медицинская визуализация. 1999.Октябрь-декабрь. С.14-23.

УДК: 616.9-053.2:578.825.12

#### ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*А.Х. Хайрулла, Б.М. Ашыкбаева, Н.А. Жалимбетова, Д.А.Жумадилова, Н.А.Баширова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областная детская больница, г.Шымкент*

*Родильный дом клиники Международного казахско-турецкого университета, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

ЦМВИ-ның клиникалық көріністері қоздырғыштың түріне, вирулентілігіне және инфекция жұқтырудың гестациялық мерзіміне байланысты. ЦМВИ ерте диагностикасы және емі баланың өмірін сақтап қалуға мүмкіндік береді, бірақ барлық жағдайда толық сауығуды болжауға мүмкіндік бермейді.

## SUMMARY

Clinical displays cytomegalovirus infections depend on a kind and virulence the activator and term gestation at infection. Early diagnostics and treatment cytomegalovirus infections allows to keep a life to the child, but not in all cases give the chance to predict full recover.

В последние годы отмечается увеличение частоты внутриутробного инфицирования плода среди причин перинатальной заболеваемости и смертности. Изменилась структура инфекционной заболеваемости беременных, плода и новорожденного; резко возросла роль возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем. Чрезвычайно важной и трудной остается проблема диагностики данной патологии. Несмотря на большое количество научных исследований, посвященных проблемам внутриутробного инфицирования плода, не достаточно изучены пути инфицирования плода, клиническая картина инфицирования у матери и плода, не разработаны ультразвуковые критерии инфекционного поражения плаценты, методы и критерии антенатальной диагностики данной патологии, сроки и показания к проведению специфической терапии, сроки и способы родоразрешения [1,2].

Внутриутробное инфицирование плода на современном этапе является одной из наиболее важных проблем педиатрии и перинатологии. Частота его колеблется от 6 до 53%, достигая 70% среди недоношенных детей. В структуре перинатальной смертности удельный вес внутриутробной инфекции составляет от 2 до 65,6% [3,5]. Такие разноречивые показатели объясняются трудностями диагностики данной патологии, которая часто скрывается за такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, родовая травма [6,9].

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку клинических проявлений цитомегаловирусной инфекции на ребенка в зависимости от характера возбудителя, его вирулентности, а также стадии внутриутробного развития организма в момент инфицирования, характер течения заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Проведено клинико-лабораторное обследование 42 детей первого года жизни с цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), контрольную группу составили 12 доношенных детей без проявлений ЦМВИ. В зависимости от течения заболевания все обследованные проспективно были разделены на 3 группы. 1-ую группу составили 22 ребенка с острым течением ЦМВИ (клинические проявления в течение 3-х месяцев), во 2-ую вошли 14 детей с затяжным течением заболевания (клинические проявления до 6 месяцев), 3-ю группу составили 6 детей с хроническим течением заболевания (клинические проявления более 6 месяцев). Диагностику ЦМВИ осуществляли путем параллельного исследования крови и мочи методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и определения специфических антител Ig M и G методом иммуноферментного анализа ПЦР. Клинический осмотр детей осуществляли в течение первого года жизни в 1, 3, 6, 9, и 12 месяцев.

**Результаты их обсуждения.** Изучение общей этиологической структуры ВУИ у обследованных детей в областной детской больнице и в роддоме клиники МКТУ свидетельствовало о том, что число детей с ЦМВИ составило 22%, с хламидиозом – 15%, с токсоплазмозом – 11%, герпес (простой) – 10%, с листериозом – 9%, с краснухой – 7%, с ветряной оспой – 6%, кишечной палочкой – 4%, со стрептококковой В-инфекцией – 2%, с вирусным гепатитом В – 2%, с вирусным гепатитом – 2%, со смешанными инфекциями – 10%.

Цитомегаловирусная инфекция – наиболее распространенная из врожденных и перинатальных инфекций. Анализ проведенных исследований показал, что все дети в исследуемых группах родились от женщин с отягощенным акушерско – гинекологическим анамнезом, от беременности высокого риска (угрозы прерывания, гестоз, анемия, эпизоды острых инфекций и обострение хронических заболеваний).

Среди заболеваний беременной, приводящих к инфицированию плода и новорожденного, наибольшего внимания заслуживали урогенитальные инфекции (кольпит, цервицит, цистит, бессимптомная бактериурия, хронический и гестационный пиелонефрит, а также хронические неспецифические заболевания легких (хронический бронхит, бронхиальная астма). К факторам риска могут быть отнесены наличие очагов хронической инфекции в организме женщины и их обострение во время беременности, отягощенный акушерско – гинекологический анамнез (хронический эндомиометрит, сальпингоофорит, эрозия шейки матки). Клинические проявления ЦМВИ зависели от следующих факторов: вида и вирулентности возбудителя, массивности обсеменения, путей проникновения инфекции в организм беременной, иммунологической реактивности женщины, срока гестации при инфицировании.

При внутриутробном инфицировании в ранние сроки беременности формируются инфекционные эмбриопатии, которые проявляются, врожденными пороками развития, первичной плацентарной недостаточностью, что не редко заканчивается самопроизвольным выкидышем, неразвивающейся беременностью. Инфицирование в более поздние сроки беременности сопровождается задержкой внутриутробного развития плода, формированием вторичной плацентарной недостаточности, локальными и генерализованными инфекционными поражениями плода. Генерализованные формы ЦМВИ чаще всего развиваются в раннем фетальном периоде (I триместр беременности), так как плод еще не способен локализовать воспалительный процесс.

В поздний фетальный период (III триместр) воспалительные изменения пролиферативного характера вызывают изменение или обтурацию каналов и отверстий, что ведет к аномальному развитию уже сформировавшихся органов – псевдоуродствам (гидроцефалия, гидронефроз), расстройствами: сокращением

продолжительности беременности и преждевременным родоразрешением, рождением детей с симптомами перенесенной внутриутробной гипоксии, признаками внутриутробной гипотрофии, морфофункциональной незрелости, общей задержкой внутриутробного развития.

**Выводы.** У детей с ЦМВИ отдаленный прогноз зависит от варианта течения заболевания. При хроническом течении ЦМВИ, в отличие от острого и затяжного, к возрасту одного года сохранялись нарушения мышечного тонуса в виде мышечной гипотонии (21%), гепатомегалии (9,4%), отмечалась высокая (более 5 случаев в год) заболеваемость ОРВИ (29,9%), задержка психомоторного развития (28%).

Для профилактики ЦМВИ особое значение имеет лечение моче-половой инфекции у женщин детородного возраста до наступления беременности, соблюдение во время беременности санитарно-гигиенических правил, в том числе в половых отношениях, а также целенаправленная профилактика ЦМВИ.

Ранняя диагностика и лечение ЦМВИ позволяют сохранить жизнь ребенку, но не во всех случаях дают возможность прогнозировать полное выздоровление.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Куанышбекова Р.Т. «Внутриутробные инфекции», Алматы, 2002г., 202 с.
2. Самсыгина Г.А., Демина В.Ф. «Лекции по педиатрии» том 2. Патология новорожденных и детей раннего возраста. Москва, 2004 г., 440 с.
3. «Основы перинатологии» под редакцией Профессора Н.П.Шабалова. М. Медицина, 2 том.
4. Ратнер Л.Ю. «Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы». Казань 2002г.
5. Козлова Л.Р., Иванян А.Н., Грибко Т.В. и др. «Диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекционных заболеваний». Смоленск 1997г.
6. Барычева Р.Н. «Особенности иммунной адаптации у детей раннего возраста с врожденной цитомегаловирусной инфекцией. Рос. Вестн. Перинатологии и педиатрии». 2004г.; 3: 48-54с.
7. «Неонатология» Н.П.Шабалов. М.Медицина 2007г.
8. Озерова О.Е., Кудашов Н.И., Орловская И.В. и др. «Ультразвуковые особенности структурных изменений головного мозга новорожденных с внутриутробной герпес-цитомегаловирусной инфекцией». SonoAce. International. 2006 г.; 1: 11-14с.
9. Hollier L.M, Qriton H. «Human herpes virus in pregnancy; cytomegalovirus, Epstein-Barr virus and varicella zoster virus». Clin. Perinatol. 2005г. 23 (3); 671-696с.
10. Иванова Л.А., Мартынова В.Н., Гелик С.Г. и др. «Диагностика различных форм цитомегаловирусной инфекции с помощью определения специфических антител класса Ig M, Ig G методом иммунофлюоресценции». В сборнике научных трудов: Герпес вирусная инфекция. Москва 1990г.; 77-81с.

УДК: 618.2:616.831-005.98

#### РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГЕСТОЗЕ

*М.С.Тажимаева, Б.С. Ахметов, Ж.А.Хансеитова, М.Ш.Турсынханов, Б.О.Жармакина, С.А.Намазбекова  
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақала гестоздың ауыр кезеңінде мидың ісіну нақтамасын ертерек анықтауына арналған. Интралюмбальды қысымды анықтау нәтижесінде, бел пункциясы арқылы жұлын қуысының қысымы анықталған, 19 науқасқа жүргізілген. Бұл тәсіл емдеу мекемелерінде жиі қолданылуына нұсқалған, интралюмбальды қысымының жоғарылауы бас миының ісінуінің белгісі болып саналуына байланысты ерте кезеңде оптималды терапия қолданылуына ықпал жасап, қауіпсіздік кезеңді анықтап босандырып алуға мүмкіндік жасайды.

#### SUMMARY

In this article the method of early diagnosis of brain edema by intralumbal pressure were described.

The 19 patients with hard preeclampsia and eclampsia coma were examined by method of cerebrospinal puncture and intralumbal measurement. The increase of intralumbal pressure it is symptom of brain edema and gives the possibility to optimize the periods of specific therapy and to detect the period of optimal delivery among patients with hard form of gestosis. This method may be used in medical -profilactic organizations.

Тяжелая форма гестоза - эклампсия, характеризующаяся развитием судорожного синдрома и комы, обусловлены тяжелыми нарушениями мозгового кровообращения и развитием отека головного мозга. Однако предполагать у всех больных с тяжелыми формами гестозов наличие отека головного мозга нецелесообразно.

Согласно концепции Монро-Келли существует строгая взаимосвязь между компонентами (мозг, кровь, спинномозговая жидкость) и ригидной черепной коробкой (у взрослых). Суть связи состоит в том, что на всякое увеличение одного из компонентов системы пропорционально уменьшается объем другого, что обеспечивает постоянство внутричерепного давления (ВЧД). Развитие эклампсии на фоне артериальной

гипертензии, спазма мозговых сосудов вызывает повышение внутричерепного давления и соответственно давления спинномозговой жидкости. Таким образом, стандартизированная оценка интралюмбального давления (ИЛД) позволяет судить о величине ВЧД, то есть о степени нарушения мозгового кровообращения и степени развития отека головного мозга.

Наиболее простым способом оценки ИЛД является метод спинальной инвазивной метрии. То есть определение интралюмбального давления в незамкнутом канале, сообщенным с павильоном иглы, находящейся в интратекальном пространстве. Ликвор, попадая в свободный канал, поднимается на высоту, измеряемую так же как и ЦВД, в мм. вод. ст., что позволяет математически зафиксировать показатели ИЛД и сопоставить величины ЦВД, АД, ИЛД.

Возможность ранней диагностики отека головного мозга особенно важна на уровне ЦРБ и отдаленных ЛПУ. Больные к моменту осмотра ургентного невропатолога и окулиста уже получают посиндромную терапию (седация, противосудорожная терапия, перевод на ИВЛ и т.д.), что затрудняет дифференциальную и топическую диагностику. В перечень мероприятий первой помощи входит люмбальная пункция с целью исключения геморрагического инсульта, разрыва аневризмы, субарахноидального кровоизлияния и т.п., поэтому стоит совместить диагностическую качественную манипуляцию с количественной.

Нами выполнено 19 пункций с последующим измерением ИЛД у больных с тяжелой преэклампсией и эклампсической комой. Из них больных с судорожным синдромом - 16. Все они находились в состоянии медикаментозной седации, выполненной на догоспитальном этапе (бензодиазепины 10 - 20 мг). 3-е больных поступили в состоянии комы и сразу были переведены на ИВЛ с тотальной миоплегией. Адаптация к ИВЛ и седация по общепринятой методике (диазепам 20 -30 мг, промедол 20-40 мг., пропופол 200 – 400 мг, ТNa 250-500 мг.), на фоне магниальной терапии 1-2 гр/час. Всем больным были установлены катетеры в подключичную вену, измерялось ЦВД; проводился мониторинг АД, сатурация кислорода.

Люмбальную пункцию проводили по общепринятой методике в положении больной на боку, в асептических условиях, под местной анестезией на уровне L II-III иглой Квинке 18 g производился одномоментный прокол ТМО. Сразу же после извлечения мандрена к павильону иглы присоединялся отрезок стерильной системы для внутривенной инфузии длиной 40 см.

N	Количество больных	АД мм.рт.ст.	ЦВД.Мм. вод. ст.	ИЛД Мм. вод. ст.	Неврологическая симптоматика отека мозга
1	3	>180/110 200/120	- 200 -210	210-250	+ + + +
2	7	>160/100 180/110	- 170- 180	175-195	+ + +
3	9	>140/90 160/100	- 120 -150	120 -150	+
4	Всего- 19				

Противоположный конец системы устанавливался перпендикулярно павильону спинальной иглы. Высота уровня ликвора оценивалась по прекращении подъема столбика ликвора и измерялась линейкой. Затем конец системы опускался в стерильную сухую пробирку, производился забор спинномозговой жидкости на анализ. По окончании забора игла извлекалась, место пункции закрывалось сухой асептической повязкой. Результаты измерения ИЛД, ЦВД, АД приведены в таблице:

**Обсуждение:** В первой группе больных, с сопутствующими множественными судорожными приступами и , позднее развившееся комой I, отмечалось стойкое превышение ИЛД на 20-30 мм.вод.ст в сравнении с данными ЦВД, на фоне артериальной гипертензии в среднем 180/100 -200/120 мм.рт.ст. С учетом сопутствующей выраженной картины застоя и сосудистых нарушений глазного дна, дегидратационная, гипотензивная и церебропротекторная терапия начата непосредственно после окончания измерения ИЛД.

Во второй группе больных с сопутствующим судорожным эпизодом и, позднее развившейся тяжелой дисциркуляторной энцефалопатией, так же отмечалось стойкое превышение показателей ИЛД над ЦВД на 5-15 мм.вод.ст. Артериальная гипертензия регистрировалась в пределах 160/100 – 180/110 мм.рт.ст. В данной группе так же имела место картина застоя и сосудистых нарушений глазного дна. Дегидратационная и церебропротекторная терапия начата на фоне ИВЛ, после стабилизации АД и проведения магниальной терапии в дозе насыщения.

В третьей группе больных с сопутствующим судорожным эпизодом развилась тяжелая дисциркуляторная энцефалопатия, в связи с чем активную церебропротекторную терапию и превентивную дегидратацию проводили после восстановления спонтанного дыхания и окончания действия седативных препаратов.

Оперативное родоразрешение проведено у всех пациенток на этапе стабилизации показателей АД, начала дегидратационной и церебропротекторной терапии.

Следует отметить, что во всех группах имели место сходные общемозговые симптомы: менингеальные и кистевые знаки, гипертонус, двухсторонний симптом Бабинского, преходящий гемипарез, чаще справа. Общемозговая симптоматика детализировалась в период времени от 3,5 до 36 часов только по прекращении ИВЛ, активной седации и антиконвульсантной терапии. В дальнейшем, у всех больных сохранялась резидуальная энцефалопатия различной степени тяжести. Больным первой и второй группы потребовалась длительная неврологическая реабилитация.

**Выводы:** 1. Высокие значения ИЛД, превышающие значения ЦВД являются косвенными признаками отека головного мозга, подтверждающими нарушения механизма ауторегуляции мозгового кровотока.

2. Выявление повышенного ИЛД позволяет оптимизировать как сроки специфической терапии, так и сроки наиболее безопасного родоразрешения.

3. Метод может быть рекомендован для широкого использования в неспециализированных и отдаленных ЛПУ (ЦРБ).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Башкиров М.В., Шахнович А.Р., Лубнин А.Ю.. Внутрочерепное давление и внутрочерепная гипертензия //Российский журнал анестезиологии и интенсивной терапии. 1999.№1 с.4-11.
2. Белкин А.А., Алашеев А.М., Инюшкин С.Н. Транскраниальная доплерография в интенсивной терапии. Методическое пособие для врачей. Издание Клинического института Мозга СУНЦ РАМН, Екатеринбург, 2004, 68 С.
3. Гайдар Б.В., Свистов Д.В., Храпов К.Н. Полуколичественная оценка ауторегуляции кровоснабжения головного мозга в норме // Журнал неврологии и психиатрии, 2000. – №6. – С. 38 – 40.
4. Плам Ф.,Познер Д. Диагностика ступора и комы. Москва, М.,1986, с.148-155.
5. Куликов А.В., Казаков Д.П., Егоров В.М. «Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии» Москва. Медицинская книга. 2001 г.

УДК: 616.248-053.2-07

#### ЖІІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ТАҒАМДЫҚ АЛЛЕРГИЯ

*А.Х. Хайрулла, А.Н. Умарова, А.Е. Мынбаева, М. Ахметова, Г.С. Сатканова, А. Дүйсеналиқызы  
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы  
Облыстық балалар ауруханасы, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось определение частоты, особенностей клинико-иммунологических проявлений пищевой аллергии и эффективности элиминационной диетотерапии у 34 часто болеющих детей. Всем детям проводилась комплексная специфическая аллергологическая диагностика, иммунологические обследования. Установлено, что в 75% случаев под «маской» респираторных заболеваний протекает недиагностированная пищевая аллергия. У большинства часто болеющих детей (в 60% случаев) не были выявлены нарушения гуморального звена иммунитета.

#### SUMMARY

The objective of the study was to determine the incidence, the specificity of clinico-immunological manifestations of food allergy and the efficacy of an elimination therapy in frequently ill children. All children underwent a complex specific allergic diagnosis and immunological examination, it was established that in 65% of cases respiratory diseases were a 2<sup>nd</sup> "mask" for non-diagnosed food allergy. In the majority of frequently ill children (in 60% of cases) no impairments of humoral immunity were revealed.

Жоғары тыныс жолдарының қайталамалы аурулары - балаларда жиі ауыратын балалар (ЖАБ) тобына жатқызады. Осы диагнозбен бақыланатын балалар жастарына байланысты 8-ден 81%-ға дейін кездеседі. Өйткені ЖАБ-да айқын диагностикалық критериялары болмауына байланысты педиатрлардың көңіл-ойын аудартады.

Респираторлы жүйенің қайталамалы патологиялық процестерінің себептері болуы мүмкін. Созылмалы қабыну аурулары, иммунды жүйенің транзиторлық жас ерекшеліктері [2], сондай-ақ тұма болмаса жүре пайда болған патологиялар. Кейде тыныс алу жүйесі аллергиялық қабыну дамиды «шоктық» орган болып табылады. Тағамдық аллергия респираторлық трактының негізгі және тікелей бірегей аллергиялық зақымдану себептері болуы мүмкін, ол жағдайда тағамдық аллергия «перде» астындағы риносинусит, фарингит, трахеит, бронхит түрінде өтуі мүмкін [3-5]. Аурудың өзіндік арнайы симптомдары және назологиялық түрлеріне байланысты нақты клиникалық көріністері жоқ болуына байланысты осы уақытқа дейін кейбір жағдайларда анықтау мүмкін болмай, сондықтан жиі тағамдық аллергия санына науқастар тіркелмей жүр.

Осы себептермен бұл аурулар тобында осы күнге дейін диагностикалық қателік жоғары болып қалып отыр [6]. Патогенетикалық сәйкес ем жүргізілмегендіктен ауру созылмалы және ауыр түрінде әкеледі. Бұдан басқа тағамдық аллергия ауруларының басталуында бір аллергияға сенсублизация болған болса, баланың өсу



уақыты өткенде сенсбилизация спектрі басқада аллергиямен кеңейеді (шаңдық, тұрмыстық т.б) [7]. Егерде тағамдық аллергияға уақтылы дұрыс диагноз қойылса, қаншалықты органдарды зақымдау дәрежелеріне қарамай көп жағдайда керексіз емдерді шектеп, полпрагмазияға жол бермей тек қана элиминациялық диетотерапия қолдануы мүмкін.

Көптеген клиницистердің пікірі бойынша (ЖАБ) деген диагнозды қолдану, ол халықаралық аурулар классификациясында жоқ, сондықтан негізсіз, дәрігерлерді шатастырады, науқастарға тексерулерді толық дәрежеде жүргізбей патогендік емдерді дұрыс сапада жүргізуге ықпал жасамайды [8-10].

Осы жоғарыдағы айтылғандарды ескеріп біздің зерттеуіміздің мақсаты тағамдық аллергияның жиілігін, клиника-иммунологиялық көрінісін және жиі ауыратын балаларға элиминациялық диетотерапияның эффективтілігін анықтау болды.

**Зерттеу материалдары және тексеру әдістері.** Зерттеулерге педиатрлардың бақылауындағы 34 (ЖАБ) алынды. Балалардың жастары 2-ден 16 жасқа дейін, оның ішінде 23% 3 жасқа дейінгі бала (n=8), 54% 4-тен 7 жасқа дейін (n=18) және 23% 8жасан жоғары бала (n=8). Науқастарды зерттеулерге алудың критериялары: «ЖАБ» деген диагноз қойылған, бір жылда 6 реттен көп жоғары тыныс жолдарының респираторлық ауруларының қайталануы байқалған. Барлық тексерілгендердің қайталамалы респираторлық көріністерінде ринореямен, мұрынының бітуімен, тамағының ауырсыну және «жыбырлауымен», жөтелмен, дене қызуының жоғарылауымен жүрген. Респираторлық аурулардың симптомдары жылына 8 реттен көп -52%, 6-7рет жылына - 48% балаларда тіркелді. Ауруының ұзақтығы 1жылдан кем 18%, 3 жылға дейін -42%, 3 жылдан жоғары -40% науқастарда анықталды. Зерттеулерге алынған балаларды шартты түрде 2 топқа клиникалық көріністеріне сәйкес бөлінді: 1-ші топқа (n=28) – науқастар респираторлы ауруымен; 2-ші топқа (n=6) – науқастар респираторлық аурулары терілік аллергия көріністерімен.

Зерттеулер стандарттық клиникалық және лабораториялық әдістер көмегімен, анамнез жинаумен (ауруының басталуы, жиілігі, клиникалық көріністері) жүргізілді. Барлық балаларға иммунологиялық тексерулер иммуноглобулиндерді (А,М,Q,Е) анықтаумен орындалды. Жалпы иммуноглобулиндер (А,М,Q) концентрациясы қанда Q.Mancini-дің радиальды иммунодиффузия әдісімен, ал құрамында жалпы IgE-иммуноферменттік анализбен анықталды. Тағамдық аллергия диагнозын арнайы комплексті аллергологиялық тексерулер нәтижелерді қойылды (аллергологиялық анамнез, тағамдық аллергиямен терілік тестілер, элиминациялық және провакациялық сынамалар). Егерде себепші аллергия анықталса онда индивидуалды элиминациялық тағамдар тағайындалды.

Элиминациялық диетаның эффективтілігі аллергияның қабыну көрінісінің динамикасымен, баланың жалпы жағдайымен бағаланды. Науқастарды бақылау диетотерапия жүргізілуімен 6-12ай жүргізіледі. Нәтижелері егерде клиникалық симптомдары толық кетсе өте жақсы деп, жақсы едәуір азайса, қанағаттанарлық – клиникасында аздаған жақсару байқалғанда бағаланды.

**Зерттеу нәтижелері және оларды талдау.** Тағамдық аллергияның қалыптасу қауіпті факторларын талдағанда, оған алдымен тұқымқуалаушылық атопия жатады, біз 80% тексерілген балалардың ата-аналарында болмаса туыстарының әртүрлі аллергиялық аурулармен ауыратындығы анықталды. Аллергологиялық анамнездерін сұрастырғанда аллергиялық алғашқы симптомдары терілік көрініс түрінде 42% науқастарда табылды. Одан әрі қарай өмір сүруде 16,5% балаларда анда-санда тағамдық, болмаса дәрілерді қабылдамауы байқалды. Жоғары тыныс жолдарын зақымдау симптомдарының алғашқы көріністерінің пайда болуын талдағанда, біздің байқағанмыз, аурушандық ең жоғары болуы емізулі жастарда (42%), онда кейін біртіндеп төмендеуі: 1 жастан 3-ке дейін -33,5%, 4-тен 7-дейін - 15,5% және 8 жастан жоғары - 9% анықталды.

1-ші, 2-ші топтағы науқастарды тексергенде олардың «ЖАБ» арасында аурулардың клиникалық белгілерінде алшақтықтар болған жоқ. Анамнездерін жинағанда 80% науқастар басқа органдарына қосымша шағымдар айтатындар болды: 58% науқас мұрыны бітіп қалатындығына, 36% – ішінің тамақтан кейін ауырсынуы, 12% –тәбеті төмен және нәжісінің бұзылысына шағымданды.

Тағамдық аллергияның дамуына тұқым қуалаушылықтан басқа организмнің сенсбилизациясы болуы қажет. Осыған байланысты терілік тестілеудің нәтижесінің маңызы зор, барлық тексерілген балалардың тағамдық аллергиямен сезімталдықтарының жоғары екендіктері байқалды. Бірақ барлық науқастарда терілік тестілеулердің сипат ерекшеліктері көпшілігінде (80%) сенсбилизация төменгі дәрежеде екенін көрсетті. Бұл қабылдаған тағамдық аллергияның дамуына тұқым қуалаушылықтан басқа организмнің сенсбилизациясы қажет. Осыған байланысты терілік тестілеудің нәтижесінің маңызы зор, барлық тексерілген балалардың тағамдық аллергиямен сезімталдығының жоғары екендігі байқалды.

Барлық науқастарда терілік тестілеудің сипат ерекшелігі көпшілігінде (90%) сенсбилизация дәрежесі төменгі дәрежеде көрсетті. Бұл, қабылдаған тағаммен шағымдардың арасында анық оның байланысы болмаудың себебі болуы мүмкін, сондықтан науқастар өздерінің ауруын тағамдық аллергиямен ұштастыралмайды. Ең жиі сенсбилизация тауық жұмыртқасына -82%, сиыр сүтіне -60%, тауық етін-54%, дәнді дақылдарға (бидай, арпа, сұлы, гречка ұны-48), балыққа -47%, цитрустарға-48% жағдайда анықталды. 1-ші және 2-ші топтарды этиологиялық факторлары бойынша аздаған айырмашылықтар (1-ші кесте) 1-ші және 2-ші топтардағы балалар арасында байқалды.

1. кесте Жиі ауыратын балалардағы тамақтық аллергияларға сенсублизация жиілігі (терілік тестілеу нәтижелерімен)		
Тағамдық аллергиялар	Сенсублизация жиілігі, % I-топта (n=18)	2 топта (n=6)
Тауық жұмыртқасы	82	90
Сыыр сүті	48	84
Бидай ұны	50	50
Тауық	48	68
Сыыр еті	22	54
Дәнді дақылдар (арпа, сұлы, гречка)	46	38
Балық	44	52
цитрустар	40	56

Балаларда 1-ші топта тауық жұмыртқасына (82%), дәнді дақылдарға (46%), бидай ұнына (50%) жиі сенсублизация анықталды. 23% науқастарда сенсублизация 1-2 тағамға сенсублизациясы анықталды. Ал 2-ші топтағы балаларда 90% сенсублизация тауық жұмыртқасына және одан аздау 84% сыыр сүтіне көрсетті. Әрбір екінші балада негізгі тағамдарға сезімталдығы жоғары екенін көрсетті (ет, балық, бидай ұны, цитрустар). Бұл топтардағы сипат (76%) көпшілік жағдайда поливаленттік сенсублизациясы (4 және бұдан көп тағамдарға) бар екендігі дәлелденді, ал 48% жағдайларда 1-3 тағамға.

Кейбір жағдайларда тағам күнделікті қолдануда болғаннан кейін, болмаса поливаленттік сенсублизациясы бар болудан аллергиялық процестердің қайталануын бірден анықтау мүмкін болмай қалады (анамнезі бойынша). Сондықтан тағамдық аллергия элиминациялық және провакациондық сынамалармен, осы тексерулер нәтижелерімен 80% балаларда тағамдық аллергия табылды. Рестраторлық симптомдардың қайталануын 82% жағдайда тауық жұмыртқасын жегеннен кейін, 64%, сыыр сүті 55%-бидай ұны, 16 жеміс-жидектер, 26% – балықтан соң байқалады.

Кесте 2. жиі ауыратын балалардағы гуморалды иммунитет жағдайы				
Қандағы иммуноглобулин	Балалардың саны, % иммуноглобулиндердің көрсеткіштері			
	қалыпты	Гипогамма-глобулинемия жоғарылауы	Транзиторлы	Селективті дефицит JgE
JgE	43	22	32	2
JgM	37	43	20	-
JgQ	32	50	20	-

Иммунитеттің гуморалды звеносын тексергенде анықталды, ЖАБ жиі иммуноглобулиндер А,М, Q көрсеткіштері қалыпты болмаса олардың деңгейінің жоғарылауы (кесте2). Тек 2 балада селективті дефицит JgA және 32% жағдайда «бала жасында транзиторлы гипоглобулинемия» байқалады.

Тағамдық аллергияда негізінде иммунологиялық механизмі – Iтип түрінде тіндерді зақымдайды (реагіндік). Бұл механизм JgE және JgQ класына жататын иммуноглобулиндер, антидене арқылы жүреді. ЖАБ тобында JgE тек 32% жағдайда деңгейі жоғарылаған. Сондықтан бұл топтағы ауруларда патогенезінде шешуші роль JgE-арқылы механизмнен басқа JgQ кластардың орны бар, ол JgE қарағанда төмен дәрежеде тыныс жүйесін зақымдайды.

Тағамдық респираторлы аллергияның клиникалық ерекшеліктері 70% жағдайда жыл бойы қабыну процестерінің жүруі. 73% жағдайда біртіндеп басталуы: ринорея, мұрын бітуі, 10-24сағаттан кейін – жөтел. Жалпы интоксикация сиптомы (лихорадка, енжарлық, әлсіздік) 32% ауруда байқалды, аурулардың жартысында құрғақ жөтел.

Аллергиялық болмаса инфекциялық тыныс жолын зақымдаудың диагноз қоюда жүргізілген емнің эффективтілігін бағалау құнды, 60% жедел респираторлық ауруларда традициялық емдеу әдісін қолданғанда оң эффект болмаған, 3 аптадан асық уақытта клиникалық симптомдары сақталған. «тағамдық аллергия» диагнозы қойылған балаларға этиотропты (индивидуалды элиминационды диета), мес клеткаларының мембранасына стабилизаторлары, қабынуға қарсы терапия. Элиминациялық диетотерапия көпшілігінде 6 айға (92%), тек 8% - 12 айға дейін жүргізілді. Диетотерапия жүргізу қарсаңында оң клиникалық көріністер барлық балаларда байқалды, оның 55% өте жақсы, ал 45-жақсы нәтижеге жеттік (жылына 2-3дейін қайталау кеміді).

Сонымен, осы зерттеулер нәтижелерінде жиі ауырған балалардың ішінде 65% «перде» астылық респираторлық аурулар диагноз қойылмаған тағамдық аллергия екенін көрсетті. Осыған балалардағы респираторлы трактының қайталамалы патологиялық процестерінде бірінші кезекте арнайы алергологиялық диагностикаларды тағамдық аллергияны табу мақсатында және этиотропты, патогенетикалық жүргізген жөн. Осының бәрі практикалық дәрігерлерге балаларға керексіз антибактериалды және антивирусты терапияны жүргізуден сақтандырады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Пампура А.Н., Страхова М.С., Чебуркин А.А. Диетопрофилактика аллергических заболеваний у детей первых шести месяцев жизни. Лечащий врач 2001. 7:48-53.

2. Караулов А.В., Климов Э.Ф. Эффективность применения бактериального иммуномодулятора рибомунила у часто и длительно болеющих детей. Иммунология 2000; 1:13-7.
3. Маркова Т.П. Чубиро Д.Г. Длительно и часто болеющего дети. Русский медицинский журнал. 2002; 10(3):125.
4. Воронцов И.М., Матальгина О.А. Болезни, связанные с пищевой сенсibilизацией у детей. Л., Медицина. 1986; 135-40.
5. Студеникин М.А., Балаболкин И.И., Баканов М.И. и др. М. 1998 153.
6. Зиновьева Н.В., Давыдов Н.В., Щербина А.Ю. и др. Часто болеющие дети. Мифы и реальность. Аллергология и иммунология в педиатрии. 2005 1(4) 26-30
7. Российский аллергологический журнал. Аллергические заболевания в клинической практике. Приложение к №2, Москва, 2004.24с.
8. Российский аллергологический журнал. Аллергический ринит. Приложения к №3, Москва, 2004г 19стр.
9. Современная стратегия наружной терапии атопического дерматита. Пособие для врачей. Москва 2004г.40с.
10. Лечение атопического дерматита у детей и взрослых. Пособие для врачей. Екатеринбург, 2004г. 23стр.
11. Патогенез, клинические проявления и лечение пищевой аллергии у детей. В.А. Ревякина. Вопросы детской диетологии, 2007, т.5.№4.с-14.

УДК: 616.02-223:248

### ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Г.Е. Бектенова, С.В. Катхе*

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

#### ТҮЙІН

Балалардағы брохтық астманың қалыптасу қауіпсіздігі және муның ағымы 46% балаларда аллергиялық аурудың созылғынқы тукым қуалаушылық ауыр дәрежесі бойынша бағаланады; 21% жаңа туылған нәрестелердегі патология анасының жүктілігінің патология ағымына байланысты. 36 % науқастарда даму қаупі ерте жасанды тамақтандыру кезінде жоғарылайды.

#### SUMMARY

This article is about assessing the risk of formation of bronchial asthma on children and predicting course should take into account the degree of heredity of allergic diseases were detected at 46% children. Pathology of pregnancy course of mothers and childrens pathology in the neonatal period identified at 21% children. The risk increases by early artificial feeding at 36% of patients.

Бронхиальная астма является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 5 до 10% детей страдают этим заболеванием, и с каждым годом этот показатель увеличивается [1]. Серьезную тревогу вызывает также рост смертности от бронхиальной астмы и количество госпитализаций в педиатрические учреждения.

Бронхиальная астма (БА) — хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием клеток (тучных, эозинофилов, Т-лимфоцитов), медиаторов аллергии и воспаления, сопровождающееся у предрасположенных лиц гиперреактивностью и вариабельной обструкцией бронхов, что проявляется приступом удушья, появлением хрипов, кашля или затруднения дыхания, особенно ночью и/или ранним утром. Астма является гетерогенным заболеванием, клиника и течение которого не только различаются в зависимости от степени тяжести, но и могут изменяться со временем у каждого пациента [2]. В связи с этим актуально изучение как факторов риска формирования БА, так и факторов, влияющих на возрастную эволюцию заболевания, что в свою очередь будет способствовать более эффективному лечению БА, профилактике ее у детей.

**Цель данного исследования** – изучение влияния неблагоприятных перинатальных факторов, особенностей возрастных периодов детства, условий внешней среды на формирование заболевания; выявление закономерностей возрастной эволюции БА у детей.

**Материалы и методы исследования.** Работа осуществлялась в ГДП № 1 «Айболит» г.Шымкента. Был проведен ретроспективный анализ 50 историй развития детей (ф. № 112/у) в возрасте от 7 до 15 лет, больных БА (35 мальчиков и 15 девочек), которые находились на диспансерном наблюдении у педиатров. Диагноз ставился на основании тщательно собранного анамнеза, данных медицинской документации, клинических наблюдений. Среди обследованных 21% детей страдали БА легкой степени тяжести, 27% - среднетяжелой и 2% имели тяжелую форму заболевания (рис.1). У всех обследуемых диагностирована атопическая форма БА. Группу сравнения составили 24 здоровых ребенка в возрасте от 7 до 14 лет.

На основании данных анамнеза, клинического и аллергического обследований проведен анализ этиологических факторов в возникновении заболевания у наблюдаемых больных.

Тяжесть течения БА

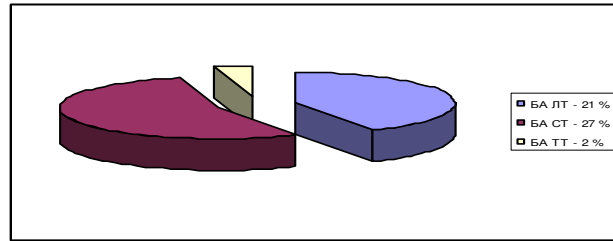


Рисунок 1

**Результаты и их обсуждение.** У матерей исследуемых детей часто выявлялась патология беременности (46%). Токсикоз первой половины беременности отмечен у 6% матерей, второй половины – у 17%, угроза прерывания беременности – у 8%. 11% матерей во время беременности перенесли острые бронхолегочные заболевания (ОРВИ, бронхит, пневмония), 2 из них по этому поводу получили курс антибактериальной терапии. У 4% матерей во время беременности отмечена другая патология: аллергические реакции, оперативные вмешательства, обострение хронических заболеваний. У 22% матерей во время беременности отмечалось пристрастие к облигатным аллергенам: цитрусовым, шоколаду.

Таким образом, у большинства исследуемых детей внутриутробный период протекал неблагоприятно, у матерей отмечались патология органов дыхания, обострение хронических заболеваний и почти у половины пристрастие к облигатным аллергенам. Большинство (44%) детей родилось в срок. Из отягощающих моментов в родах отмечено преждевременное отхождение околоплодных вод (4%), слабость родовой деятельности (6%), один ребенок родился путем кесарева сечения. Асфиксия в период родов была у 18% новорожденных. Патология в период новорожденности наблюдалась у 21% детей: перинатальное повреждение центральной нервной системы (13%), инфекционные заболевания (6%), 1 ребенок перенес пневмонию. Хотя патология новорожденности у больных БА детей была достоверно чаще, чем у здоровых, ее наличие не влияло на тяжесть течения БА. На естественном вскармливании находилось только 14% наблюдаемых детей. Искусственное вскармливание с рождения получали 6% больных, ранее искусственное (с 1-3 мес.) – 30% детей. Искусственное вскармливание было достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем у детей контрольной группы.

Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям выявлена у 46% пациентов, при этом также высока доля наличия заболеваний у нескольких близких родственников ребенка. У 27% всех исследуемых детей отмечена отягощенная наследственность по респираторным проявлениям аллергии и у 19% – по кожным. Наличие атопии является важным условием иммунопатологических нарушений для развития БА и составляющей развития аллергического воспаления.

Таким образом, подтверждается роль наследственного предрасположения к развитию БА. Проанализирована этиологическая роль аллергенов в периоде формирования БА (в 1-й год заболевания). Значимыми являлись 2 группы аллергенов – бытовые и пищевые, сенсибилизация к которым определялась практически на одном уровне (13 и 11% соответственно). Сенсибилизация на пыльцу растений отмечена у 9% детей, эпидермальная сенсибилизация – у 4%. Частота бытовой и пищевой сенсибилизации в 1-й год заболевания БА зависела ( $p < 0,05$ ) от возраста появления первого в жизни бронхообструктивного синдрома (БОС). Наиболее часто бытовые аллергены служили этиологическим фактором при развитии первого БОС в возрасте 2-4 лет: от 16 до 11% случаев. Пищевая сенсибилизация играла значимую роль при возникновении первого БОС в возрасте до 3 лет – 11-13 %.

Таким образом, формирование этиологической структуры БА происходит поэтапно. У детей первых 3 лет жизни ведущее значение в этиологии БА имеют пищевые аллергены. С 2 – летнего возраста резко нарастает этиологическая значимость бытовой сенсибилизации, в частности, к домашней пыли. По нашим данным, частота формирования сенсибилизации к пыльце растений у детей происходит чаще в возрасте 2 лет (у 13% больных), эпидермальной сенсибилизации – в 4 года (у 12%). Структура значимых аллергенов в этиологии БА изменяется в зависимости от сроков заболевания более 5 лет увеличивает значимость бытовых аллергенов до 28%. У большинства больных имеется сочетание 2 значимых аллергенов и более, нарастает полиэтиологичность. Метеорологические факторы как триггер в момент обследования наблюдались чаще у детей с развитием БОС в течение первых 3 лет жизни ( $p < 0,05$ ). С увеличением срока заболевания роль неиммунных триггерных факторов в возникновении приступа БА возрастает ( $p < 0,05$ ). В 1-й год заболевания метеорологические факторы как триггер отмечены у 12% больных, физическая нагрузка – у 12%, при сроке заболевания более 5 лет – у 34 и 36% больных соответственно. Возможность острой респираторной инфекции как триггера отмечалась у 45% детей.

Заболевание БА у детей начиналось различно. У большинства болезнь развивалась постепенно на фоне частых ОРВИ, при этом дебют был в виде упорного спазматического кашля или нетяжелого БОС. Лишь у 13% больных дебют БА начинался неожиданно с развития типичного приступа удушья. Непосредственной причиной первого БОС являлись: ОРВИ – 35% случаев, пневмонии – 4%, пища – 2%, на фоне полного здоровья – 9% (рис.2). Причины первого БОС

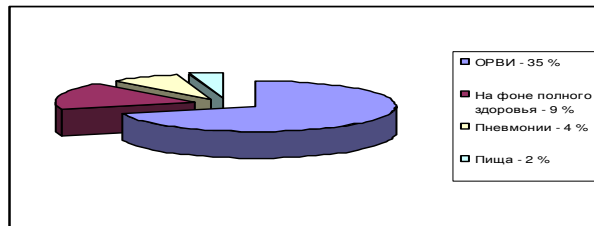


Рисунок 2

При респираторных заболеваниях БОС развивался на пике болезни или в период реконвалесценции. У 9% больных при тщательно собранном анамнезе не удалось установить причину возникновения БОС. Вероятно, он был обусловлен контактом с каким-либо аллергеном. Причины первого развернутого приступа удушья оказались несколько иные. Приступ развивался на фоне ОРВИ в 21% случаев, на фоне пневмонии – у 1% больных, при контакте с аллергеном – у 9%, на запахи – у 6%, играл роль психогенный фактор у 3%, прививки – у 2%, пища – у 2%, физическое напряжение – у 1%, неизвестно – у 5%. Большинство наблюдаемых детей (46%) заболели БА в возрасте до 7 лет. При этом наивысшая заболеваемость отмечена в возрасте от 2 до 5 лет. У большинства (30%) обследованных детей первый БОС развивался до 3 – летнего возраста с пиком частоты в 2 года.

Обращает на себя внимание высокий инфекционный индекс у обследованных больных: уже до 1 года жизни ОРВИ перенесли 28% детей. Больные БА легкой степени перенесли ОРВИ на 1–м году более 4 раз в 9% случаев, БА средней степени тяжести – в 10% случаев. Все больные БА тяжелой степени на 1-м году жизни перенесли ОРВИ 5 раз и более. Пневмония на 1–м году жизни зарегистрирована у 4% детей. После 1–го года жизни 33% детей страдали частыми ОРВИ (более 5 раз в год), 22% больных хотя бы 1 раз в жизни перенесли пневмонию, подтвержденную рентгенологически. В период лечения пневмонии у 22% из них наблюдались аллергические реакции. У 9% детей пневмония протекала с БОС.

Таким образом, патология дыхательной системы в анамнезе большинства больных является ведущей. В анамнезе у 31% детей имелись кожные проявления аллергии на 1-м году жизни, что достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем у здоровых. У 6% больных первые проявления атопического дерматита появились в возрасте до 1 мес. жизни, у 9% – с 1 до 3 мес. жизни, у 10% – с 3 до 6 мес. И только у 6% – во 2 – полугодии жизни. Кроме вышеупомянутых в анамнезе большинства обследуемых детей наблюдались другие аллергические реакции. У 17 больных отмечена крапивница, среди причин которой в 8 случаях были пищевые аллергены, медикаментозная аллергия – в 5, метеофакторы (холод) – в 2, эпидермальные аллергены, медикаментозная аллергия – в 2. Отек Квинке наблюдался у 11 детей по следующим причинам: медикаментозная аллергия – 5 случаев; пища – 4; эпидермальные аллергены – 1, пыльца растений – 1. У 14% больных БА сопутствующим заболеванием на момент обследования являлся атопический дерматит различной степени тяжести. Частота его встречаемости нарастала параллельно тяжести основного заболевания. Наибольшая его частота (25%) отмечена у детей 11-12 лет. У 10- и 13-летних она составляла 17-19%, в то время как у более младших и старших частота дерматита была значительно ниже.

Наибольшая частота атопического дерматита (31%) была у детей, у которых дебют начался в возрасте до 1 мес. жизни. Атопический дерматит наблюдается почти у половины больных (22%) при дебюте кожных проявлений аллергии в возрасте от 1 до 3 мес. У больных с первыми проявлениями аллергии в возрасте 3 – 6 мес. и старше 6 мес. жизни частота дерматита была меньшей (16 и 13% соответственно). Полученные данные важны в прогнозировании и профилактике атопического дерматита и бронхиальной астмы. В этих целях мы провели профилактически-просветительные лекции для мам, чьи дети попадают под риск возникновения БА. В этих лекциях освещались моменты этиологии бронхиальной астмы и способы снижения риска возникновения грозного заболевания путем исключения из жизни ребенка аллергена.

**Выводы:** 1. При оценке риска формирования БА у детей и прогнозировании ее течения следует учитывать степень отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям (выявлена у 46% детей), патологию течения беременности у матерей и патологию детей в период новорожденности (выявлена у 21% детей). Риск повышается при раннем искусственном вскармливании (выявлено у 36% больных). 2. Ранние проявления аллергии и возраст дебюта атопического дерматита до 6 мес. жизни прогностически неблагоприятны. 3. В период формирования заболевания БА наиболее значимыми аллергенами являются пищевые и бытовые. С увеличением длительности заболевания меняется структура сенсибилизации, которая в значительной степени зависит от возраста дебюта заболевания. 4. Отмечен высокий инфекционный индекс у обследованных больных, патология дыхательной системы в анамнезе большинства из них была ведущей. В связи с этим актуальной является профилактика острых респираторных заболеваний у детей. 5. Своевременная постановка диагноза БА и раннее разобшение большого с причинно-значимыми аллергенами, организация быта и выявление факторов, влияющих на динамику аллергического процесса, своевременная дифференциальная диагностика с учетом наследственной отягощенности, особенно в раннем возрасте, имеют большое значение для прогноза БА у детей. 6. Проведенные просветительные лекции среди населения помогут снизить риск заболеваемости бронхиальной астмы и различных аллергических заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". М., 2007.
2. Сергеева К.М., Белякова А.В. Факторы риска и возрастная эволюция бронхиальной астмы у детей // Российский педиатрический журнал. М., 2008. - №1. - С.26-29.

УДК: 618.2:517.3

**ЖҮКТІЛІКТІҢ ҮЗІЛУ ҚАУПІН КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕУ ҚАҒИДАЛАРЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ**

*Л.М. Бегімбекова, К.С. Аширханов, Т.И. Варзилов, Г.Р. Арыстанбаева, Л.Т. Бердибек, А.Д. Ауданова*  
*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы,*  
*Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасы, Шымкент қаласы*  
*ОПО №2, Шымкент қаласы*

## РЕЗЮМЕ

С целью оценки эффективности применения Magne B6 в комплексной терапии угрожающего прерывания беременности и ретрохориальной гематомы у беременных нами было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование в сроки от 5 до 12 нед гестации.

## SUMMARY

In order to assess the effectiveness of Magne B6 in the treatment of threatened abortion and retrochorial hematoma in pregnancy, we carried out a comprehensive clinical and laboratory examination in the period from 5 to 12 weeks of gestation.

Әйелдердің репродуктивті денсаулығының бұзылысы, әсіресе ұрықты жоғалту синдромы бүгінгі таңда маңызды жалпымедициналық және әлеуметтік мәселе ретінде қаралып отыр. Акушерия және гинекология ғылымы үшін түсік тастау мәселесі оның таралу деңгейі, емдеу күрделілігі және асқынулары бойынша өзекті мәселе. Соңғы жылдарда алдын-алу және емдеуде жеткен жетістіктерге қарамастан өздігінен түсік тастау жиілігі тұрақты жоғары деңгейде және кейбір авторлар мәлімдеуі бойынша 55 % дейін кездеседі, әсіресе I триместрде 50% жетеді [1].

Бірқатар науқастарға тексеру және емдеу шаралары жүктілік кезінде, тіптен жүктіліктің кеш кезеңдерінде жүргізіледі, сондықтан ауытқуларды дер кезінде анықтау және шектеу мүмкіндігі кейде жойылады. Жүктіліктің үзілу қаупі ұрық жұмыртқасының жартылай ажырауымен қосарланған жағдайда стандартты ем жүктілікті сақтауға әсер етеді, бірақ плацентарлық жетіспеушілікті алдын-алу мүмкін болмай отыр [1,2]. Аталған зерттеу жұмысының мақсаты болып жүктіліктің үзілу қаупі ұрық жұмыртқасының жартылай ажырауымен қосарланған жағдайда Magne B6 комплексті емдеу ретінде қолданудың тиімділігін бағалау табылады.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Ауруханаға түскен 117 науқастардың ауру тарихы мен амбулаторлық картасы талданды. Науқастар Шымкент қаласының жедел медициналық көмек көрсету ауруханасына жүктіліктің үзілу қаупі мен ретрохориальды гематома белгілерімен жүктіліктің 5 аптасына бастап 12 аптасына дейінгі мерзімде келген (қаңтар-маусым 2009ж.). Ауруханадан тыс кезеңде науқастар амбулаторлық жағдайда тұрақ-жайына сәйкес бақылауда болған (ХҚТУ клиникасының және ОПО №2 әйелдер кеңес орнында). Тексеру әдісі ретінде қолданылған әдістер: анамнезді талдау, объективті тексеру, лабораторлық және инструменталды тексерулерді бағалау (УДЗ Aloka SSD 2000 құралымен). Барлық тексеруден өткен әйелдерде визуализациялауға болатын эмбрионның анатомиялық құрлымын жүктілік мерзіміне сәйкес тыңғылықты тексеріп бағаладық.

Экстраэмбрионалды түзілістер жағдайы (амниондық, хориондық қуыстар, сарыуыз қапшығы және хорион) да тексерілді. Қалыпты ағымдағы жүктілік кезіндегі ұрықтың ультрадыбыстық зерттеулер нәтижесін жүктілікті көтереалмаушылық тобын эхографиялық зерттеулерде критерий ретінде қолдандық. Эмбрионның өсіп-дамуын сипаттау үшін сканерлеу кезінде анықталған құйымшақ-төбе өлшемін (КТР) қолдандық. Алынған эмбриометрияларды қалыпты ағымдағы жүктіліктің КТР процентильді белгілерімен (Н.А.Алтынник және т.б. 2001) салыстыра отырып бағаладық. Ұрықтың жандылығын ұрық жүрек соғу жиілігі мен ритмін тіркей отырып бағаладық.

Салыстыру тобын 79 жүктіліктің үзілу қаупі және ретрохориалды гематома клиникасының көрінісі анықталатын әйелдер құрады. Бұл топтағы науқастар кешенді емдеу барысында Magne B6 қолданбаған. Негізгі тобына 38 жіктіліктің үзілу қаупі және ретрохориалды гематома клиникасының көрінісі анықталатын, бірақ кешенді емдеу барысында Magne B6 қолданылған: Magne B6 (Санофи Авестис, Франция) 2 таб. 3 рет тәулігіне 4 апта көлемінде (7-10 күн ауруханада, әрі қарай әйелдерге кеңес беру орнында тұрақ жайы бойынша). Зерттеулер нәтижесі және оны талқылау.

Науқас әйелдердің орта жас шамасы  $24 \pm 1,6$  жыл, индивидуалды тербеліс 18-32 жас аралығында. Жас шамалық құрамына байланысты, пациенттер келесі түрде жіктелген (кесте №1).

№п/п	Жас шамасы	Пациенттер сны (%)
1.	20 жасқа дейін	26,1
2.	21-24	25,5
3.	25-29	17,0
4.	30 және одан жоғары	31,4

Кесте №1

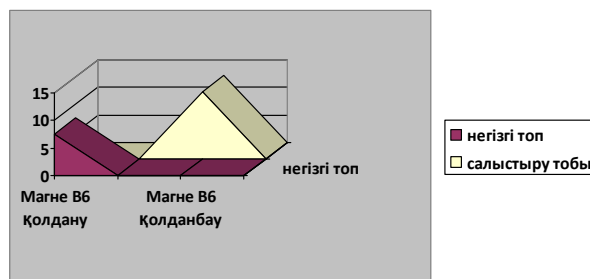
Сонымен, 30 жастан жоғары әйелдер саны басым болған. Біз анықтағандай жүктілікті көтереалмаушылықпен науқастанған жүкті әйелдердің жас шамалық құрамының ерекшелігі, В.И. Сидельникованың еңбектерінде де нұсқалған (2002) [3], яғни, әйелдердің 30 және одан жоғары болуы жүктілікті көтереалмаушылық бойынша қауіп-қатер дерегі екендігі белгілі. Асқынған соматикалық анамнез 48,0% жүктілерде айқындалды. Біздің зеріттеулер көрсеткіштеріне сүйенсек Магне В6 комплексті емдеумен қолдану келесі клиникалық және эхографиялық критерийлерге негізделген: іштің төменгі бөліміндегі ауырсынуға, жыныс мүшелерінен қанды бөліністер болмауы немесе аз мөлшерде болуы, УДЗ көрсеткіштері бойынша миомерий тонусының жоғарылығы, кіші көлемді ретрохориальды гемтоманың орын алуы және амниондық қуыс көлемінің кішіреюі.

Негізгі топтың және салыстыру тобындағы пациенттердің жүктілігінің ағымы мен аяқталу нәтижелеріне талдау жасадық. Әсіресе жиі, жүктіліктің өздігінен үзілуіне алып келетін қолайсыз жағдай ретінде үлкен көлемді ретрохориальды гематома (20 мм және одан жоғары) табылды. Магне В6 комплексті емдеу барысында 5-7 күн деңгейінде клиникалық симптомдар кері дамып, ұрық көлемі нанымда түрде ұлғайды. Анэмбрион, дамымаған жүктіліктер зерттелген екі топта да айтарлықтай бірдей жиілікте кездескен, яғни аталған асқынуларда хромосомдық және генетикалық бұзылыстар маңызды роль атқарды: 3,3% негізгі топта және 3,8% салыстыру тобында. Зерттеулер нәтижесінде жүрек соғу жиілігінің төмендеуі (брадикардия 90 рет/мин) –3,33% түсік тастау қаупі бар науқастарда кездескен және эмбрионның дамымай қалуымен аяқталған.

Ультрадыбыстық зерттеу 65% негізгі топ әйелдерінде гематоманың корпоральды орналасуын анықтады және осы қатардағы әйелдерде іштің төменгі бөлімінің ауырсынуы тән болған. Дегенмен, 35% пациенттерде хорионның супрацервикалды ажырауы болған және оларда жыныс жолдарынан қанды бөліністер анықталған.

Магне В6 комплексті емге қосу өздігінен түсік тастау жиілігін және ерте репродуктивті жоғалтулар деңгейін негізгі топта 4.9 рет салыстырмалы топ науқастарына қарағанда төмендетті, яғни, 12,3% қарсы топта сәйкес 7.4% құрады (1 сурет).

Комплексті емдеуде Магне В6 тиімділігін негізгі тобымен бақылау тобын салыстыру



Қорытынды ретінде айтар болсақ жүктіліктің үзілу қаупінің қолайсыз болжамы ретінде келесі тұжырымдар айтылды: Ретрохориальды гематома көлемінің үлкендігі (20 мл және жоғары); Ұрықтың жүрек соғу жиілігіндегі өзгерістер;

**Амнион патологиясы.** Сонымен, жүктіліктің үзілу қаупін және ретрохориальды гематоманы Магне В6 қосарландырып комплексті емдеу жүргізсек өздігінен түсік тастау және ерте мерзімде жоғалтулар жиілігін едәуір төмендетеді. Магне В6 қолдану фетоплацентарлық жетіспеушілікті алдын-алады, яғни ол өз кезегінде жүктілік, босану кезіндегі мүмкін болатын асқынуларды шектеуге, сонымен қатар туу және перинаталды өлім деңгейіне өз септігін тигізеді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. А.Н. Стрижакова, И.В.Игнатко, и др. Принципы комплексной терапии угрожающего прерывания беременности у женщин с привычным невынашиванием //Акушерство и гинекология, 2008, №2, с75-207
2. О.Б.Панина Е.Ю., Бугренко. Развитие эмбриона и оболочек плодного яйца в 1-м триместре беременности по данным эхографии. Вестник Российской ассоциации акушер-гинекологов 1998, с.59-65.
3. В.М. Сидельникова. Привычная потеря беременности // М.: Триада-Х6 2002: 304
4. А.Н. Стрижакова, И.В.Игнатко. Потеря беременности. Медицинское информационное агентство. Москва, 2007:224.

ӘӨЖ 616.61-002-053.2

**БАЛАЛАРДАҒЫ НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМДА ГОМЕОСТАЗДЫ БҮЙРЕКІШЛІК РЕТТЕУ ЖҮЙЕСІ**

*У.Р.Карсыбаева, Р.А.Аманбаева, Б.Б.Абдрахманова, А.Талгатқызы  
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы  
Облыстық балалар ауруханасы, Шымкент қаласы*

**РЕЗЮМЕ**

Исследования осморегулирующей функции почек проводились на 40 больных детях с нефротическим синдромом на основании реакции почек на индуцированные сдвиги водного баланса. Проведены пробы с водой 18-часовой депривацией, характеризующие концентрационную функцию почек, а также с водной нагрузкой по 22 мл на 1 кг массы тела, что позволяют оценить водовыделительную функцию и функцию осмотического разведения почек.

**SUMMARY**

40 children with nephrotic syndrome were undergone by osmoregulatory kidney function examination induced water balance shifts. Water sample of 18-hour deprivation characterizing kidney function and samples with 22 ml per 1 kg of the body weight allowed to estimate water-excretory and osmotic functions.

Балалардағы бүйрек ауруларында өте жиі болмаса да су-электролиттік алмасу бұзылыстары байқалады. Бүйрек организмдегі сұйықтық көлемін және осмосты белсенді заттар концентрациясын, яғни, осмостық, иондық және көлемдік гомеостаздың бүйрекшілік механизмдерінің қалыптылығын бір деңгейде ұстап, реттейтін, организмнің ішкі ортасының тұрақтылығын бақылайтын негізгі жүйе болып табылады [1].

Біздің Облыстық балалар ауруханасының нефрология бөлімшесінде емделіп жатқан нефротикалық синдромы бар науқас балаларға бүйректің функционалдық ерекшеліктеріне және осмостық гомеостаздың бүйрекшілік механизмдерінің резервтік мүмкіншіліктерін бір деңгейде ұстауына зерттеу жүргізілді.

Бүйректің осмостық реттеу қызметін зерттеу, бүйректің сұйықтық балансының индуцирленген жылжу реакциясының негізінде зерттелді: бүйректің концентрациялау қызметін сипаттайтын 18 сағаттық су депривациясы (су ішкізбеу) сынағы және сұйықтықты шығару мен осмостық сұйылтқыш қызметтерін бағалау үшін сумен күштеме түсіру (1 кг дене салмағына 22 мл) сынағы.

Су депривациясы жағдайында зерттелген нефротикалық синдромы бар 40 науқастың клиникалық-зертханалық көріністер кезеңінде зәрдегі калийдің концентрациясы төмен -  $47,6 \pm 3,89$  ммоль/л, ал дені сау топта -  $74,9 \pm 3,43$  ммоль/л болды. Зәрдегі натрийдің концентрациясы бақылау тобындағы көрсеткіштерден статистикалық айырмашылықсыз болды. Зәрдегі креатинин концентрациясында да айырмашылық байқалмады, несепнәр концентрациясында аз ғана өзгеріс, науқастарда -  $357,6 \pm 32,26$ , ал дені сау бақылау тобында -  $421,1 \pm 15,72$  ммоль/л байқалды. Зәрдегі натрийдің деңгейі нефротикалық синдромның клиника-зертханалық көріністер кезеңінде көтеріңкі ( $22,1 \pm 2,63\%$ ) болды бақылау тобына қарағанда ( $16,0 \pm 0,40\%$ ). Нефротикалық синдромға зәрде натрийдің концентрациясы калийге қарағанда жоғары болды, натрий/калий коэффициенті науқас балаларда жоғары  $4,1 \pm 0,6$ , ал сау балаларда  $2,2 \pm 0,11$  болды. Зәрдің осмолярлық құрылысында несепнәрдің үлесі науқас балаларда -  $44,1 \pm 2,33\%$ , ал бақылау тобындағы балаларда -  $43,0 \pm 1,6\%$ . Басқаша айтқанда, зәрдегі несепнәрдің концентрациясы натрийдің концентрациясынан жоғары болды.

Нефротикалық синдромның айқын клиника-зертханалық кезеңінде осмостық белсенді заттардың шығарылу жылдамдығы  $0,22 \pm 0,011$  мосм/мин, қалыпты жағдайда  $0,25 \pm 0,011$  мосм/мин; натрийдің шығарылу жылдамдығы -  $0,05 \pm 0,006$  ммоль/л (қалыпта  $0,04 \pm 0,002$  ммоль/л), калийдікі -  $0,01 \pm 0,001$  ммоль/л қалыптан төмен, яғни бақылау тобындағыларда -  $0,02 \pm 0,001$  ммоль/л. Нефротикалық синдромда несепнәрдің шығарылу жылдамдығы дені сау балалардан айтарлықтай айырмашылығы болмады -  $0,10 \pm 0,007$  ммоль/л, дені сау балаларда  $0,11 \pm 0,005$  ммоль/л.

Электролиттерді тасымалдау (калий, натрий), несепнәрдің және осмостық белсенді заттардың көрсеткіштері дені сау балалардан айырмашылығы болмады. Осмостық белсенді заттардың фракциондық экскрециясы ( $1,8 \pm 0,15\%$ ) қалып шегінде болды ( $1,8 \pm 0,13\%$ ). Натрийдің фракциондық экскрециясы науқас балаларда бақылау тобындағы балалардан жоғары болды, сәйкестігі  $0,8 \pm 0,11$  және  $0,60 \pm 0,05\%$  болса, калийдің фракциондық экскрециясы - төмен ( $7,1 \pm 0,70$  және  $9,4 \pm 0,85\%$ ), ал несепнәрдің экскрециясы өзгермеді.

Сонымен, клиника-зертханалық көріністер кезеңінде нефротикалық синдромы бар науқастарда бүйрек, адекватты жүктеме түсу шартына (натрий мен судың денеде іркілісі) қабілетсіздігіне байланысты, амалсыз, қанның изоосмиясын ұстап тұру үшін, калийді салуриялық реакцияны компенсациялайды. Нефротикалық синдромының клиника-зертханалық көріністер кезеңі бар науқастарда зәрдің максимальді осмостығы антидиуретикалық реакцияның шегінде дені сау балалардан төмен болады, яғни  $790,8 \pm 42,12$  науқас балаларда және  $982,6 \pm 12,34$  мосм/кг дені сау балаларда, бұл креатинин бойынша концентрациялық индекстің айтарлықтай төмендеуіне алып келеді. Бақылау тобына қарағанда, осмостық бос судың максимальді реабсорбциялану мөлшері төмен болды (сәйкесті  $0,48 \pm 0,033$  және  $0,62 \pm 0,023$  мл/мин). Осмостық бос судың максимальді реабсорбциялануы гидропения жағдайында бүйректің қызметін сипаттайды.



Сонымен, нефротикалық синдромда балаларда осмостық концентрациялану дефектісі байқалды, ол зәрдің осмостық концентрациясы мен креатинин бойынша концентрациялық индекстің айтарлықтай төмендеуімен көрінді. Біздің зерттеулер бойынша, ересек адамдарда қолданылатын 36 сағаттық депривацияның орнына, балаларға сулы диурезді жүйелі дамыту әдісін - 18 сағаттық депривациядан кейін жүргізу адекватты. Мұндай жүктеменің адекваттылығын клинико-зертханалық көріністер кезеңінде нефротикалық синдромы бар топтағы науқас балалардың қан сарысуында осмостық белсенді заттар концентрациясының  $281,8 \pm 1,42$  мосм/кг H<sub>2</sub>O төмендеуі растайды. Осындай айқын делюция бүйректің осмореттеуші қызметінде гормондық реттеу өзгерістеріне түрткі болды.

Балалардағы нефротикалық синдромда су депривациясы сынағынан сумен күштеме түсіру сынағына өткен кезде қан сарысуының құрамының нәтижесі 1-кестеде көрсетілді.

Көрсеткіш	Су депривациясы		Сумен күштеме түсіру	
	Дені сау бала	Науқас бала	Дені сау бала	Науқас бала
Калий, моль/л	$4,3 \pm 0,09$	$4,3 \pm 0,08$	$4,18 \pm 0,04$	$4,35 \pm 0,103$
Натрий, ммоль/л	$139,4 \pm 0,75$	$139,1 \pm 0,86$	$139,1 \pm 0,92$	$139,4 \pm 1,02$
Креатинин, ммоль/л	$0,07 \pm 0,002$	$0,07 \pm 0,005$	$0,006 \pm 0,002$	$0,06 \pm 0,003$
Несепнәр, ммоль/л	$4,9 \pm 0,23$	$5,4 \pm 0,35$	$4,9 \pm 0,17$	$5,4 \pm 0,33$
Осмолярлық, мосм/кг H <sub>2</sub> O	$286,6 \pm 1,36$	$287,7 \pm 1,13$	$281,1 \pm 1,15$	$281,6 \pm 1,42$

#### Кесте 1 Нефротикалық синдромы бар науқастарға су депривациясынан сумен жүктеме түсіруге өткенде қан сарысуының құрамын салыстыру (M±m)

Кестеде көрсетілгендей, қан сарысуындағы осмостық белсенді заттардың, калий, натрий, креатинин, несепнәр мөлшерлері дені сау балалардан айырмашылығы жоқ.

Нефротикалық синдромы бар науқас балалардың сулы диурезінде зәр құрамының құрылысы 2-кестеде көрсетілді. Бүйрекпен шығарылатын калий, натрий, креатинин, несепнәр мөлшерлері дені сау балалардағы көрсеткіштерден айырмашылығы болмады. Бақылаудағы мөлшерден электролиттердің (калий, натрий), несепнәрдің және осмостық белсенді заттардың шығарылу жылдамдығының көрсеткіштері де айырмашылықсыз болды.

Сумен жүктеме түсіру жағдайында бүйректің парциалды қызметін есептеуге және олардың өзара байланысуына талдау жасауға мүмкіндік болды.

Көрсеткіш, ммоль/л	Дені сау балалар	Науқастар
Калий	$7,7 \pm 0,38$	$6,1 \pm 0,75$
Натрий	$12,7 \pm 0,79$	$14,3 \pm 1,97$
Креатинин	$1,0 \pm 0,07$	$0,9 \pm 0,07$
Несепнәр	$38,4 \pm 1,80$	$36,8 \pm 2,78$

#### Кесте 2 Нефротикалық синдромы бар науқастарда сумен диурезде зәр құрамының құрылысы (M±m)

Нефротикалық синдромы бар науқас балаларда сулы диурезде бүйректің парциалды қызметтері зерттелгенде натрийсыз су клиренсінің төмендеуі –  $2,7 \pm 1,11$  мл/мин байқалды, ал бақылау тобында –  $6,4 \pm 0,24$  мл/мин, бұл бүйректің қан сарысуында осмостық қысымды әсерлі, нәтижелі түрде ұстап тұруын және тәжірибеде натрийдың дистальді реабсорбциялану қарқындылығын көрсетеді.

Сонымен, нефротикалық синдромда осмостық сұйылу қызметінің сақталуы және осмостық қоюланудың айтарлықтай төмендеуі мен әсіресе нефронның дистальді бөлігінде осмостық белсенді заттардың түтікшелік тасымалдану үдерісінің бұзылуы байқалады. Экстремальді жағдайларда да (18-сағаттық депривация жағдайында) бүйрек өзінің гомеостатикалық қызметін сақтайды.

Бүйректің қызметтерін индуцирленген жылжу жағдайында зерттеу (су депривациясының сумен жүктеме түсіруге өтуі), бастапқы түтікшелік дисфункцияларды және бүйрек ауруларында осмостық гомеостазды ұстап тұру бойынша бүйрекшілік механизмдердің резервтік мүмкіншіліктерін өте дұрыс айқындайды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Вандер А. Физиология почек.- Питер, 2000, 256С.
2. Наточин Ю.В. Основы физиологии почек.-Москва,1982.
3. Пугачев А.Г., Детская урология. Раздел: [Урология](#), Питер- 2009 г, С.832
4. Ткаченко Б.И. Основы физиологии человека. В 2-х томах. М., 1994, 980С.
5. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция. Раздел: Физиология, М.,1975, 456С.

УДК 616.43+617.7

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*А.К. Айтаханова, Г.Б. Батырханова, З.С. Калгинбаева, Г.С. Тлеубаева*  
*Областной эндокринологический диспансер, г. Шымкент*  
*Областная офтальмологическая больница, г. Шымкент*

**ТҮЙІН**

Қалқанша безінің қызметі бұзылған жағдайда оның емі білікті офтальмолог дәрігермен бірлесе отырып жүргізілуі керек. Эндокринді офтальмология ауто-иммундық ауру болып табылады, бұл көздің жұмсақ тандерінің де бұзылыстары арқылы көрініс табады. Бұл аурушандық көбінесе жас адамдарда, жиірек әйул адамдарда кездеседі.

**SUMMARY**

When there is thyroid dysfunction the treatment should be with qualified ophthalmologist. Endocrine ophthalmology is the auto-immune disease, which has changes in the soft tissues of the eye. This disease occurs in young age, more often in women.

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП)-аутоиммунное заболевание, проявляющееся патологическими изменениями в мягких тканях орбиты с последовательным вовлечением тканей глаза. ЭОП встречается преимущественно в молодом возрасте, чаще болеют женщины (1). Лечение ЭОП должно проводиться совместно квалифицированным офтальмологом и эндокринологом с учетом степени тяжести заболевания и нарушения функции щитовидной железы. На стадии отека ЭОП возможно консервативное лечение: защита роговицы, применение лекарственных средств, улучшающих метаболические процессы и нервно-мышечную передачу, глюкокортикостероиды, тиреостатики или тиреоидные гормоны, в зависимости от функционального состояния щитовидной железы. При резко выраженном отечном экзофтальме и неэффективности монотерапии глюкокортикостероидами используют дистанционное облучение орбит с прямых и боковых полей с защитой переднего отрезка глаза, плазмаферез и гемосорбцию. На стадии фиброза проводят хирургическое лечение (6). В связи с этим совместное обследование определяет адекватную тактику лечения ЭОП.

**Материалы и методы.** Обследование у офтальмолога и эндокринолога было проведено 37 пациентам. Среди них мужчин 5, женщин 32. В нашем исследовании преобладали женщины, что подтверждает поражение щитовидной железы (ЩЖ) преимущественно у женщин. Обследование проводилось в составе врача эндокринолога, врача офтальмолога. В ходе исследований проводили определение структурного и функционального состояния ЩЖ, измеряли остроту и поля зрения, визуализацию орбит при помощи ультразвукового исследования (УЗИ). Увеличенным считался объем ЩЖ, превышающий у женщин 18 мл, у мужчин 25 мл.

**Результаты.** Среди исследуемых были пациенты с диагнозом диффузный токсический зоб, рецидивирующий токсический зоб, эндемический зоб 2 степени (по ВОЗ), узловой зоб. Среди них по возрасту от 20-30 лет 8 пациентов (мужчин 3, женщин 5), 30-40 лет 10 пациентов (мужчин 1, женщин 9), 40-50 лет 7 пациентов (мужчин 1, женщин 6), 50-60 лет 10 пациентов (мужчин 0, женщин 10), 60-70 лет 1 пациент (женщина 1), старше 70 лет 1 пациент (женщина 1).

По заболеваниям : с ДТЗ 25 пациентов (мужчин 4, женщин 21), с узловым зобом 7 пациентов (мужчин 1, женщин 6), с рецидивирующим токсическим зобом 2 пациента (женщин 2), с эндемическим зобом 2 степени 3 пациента (женщин 3).

По стажу заболевания от 1-3 лет 12 пациентов (мужчина 1, женщин 11), 3-5 лет 8 пациентов (мужчин 2, женщин 6), 5-7 лет 10 пациентов (мужчин 2, женщин 8), 7-10 лет 4 пациента (мужчин 1, женщин 3), 10-15 лет 1 пациент (женщин 1), 15-20 лет 1 пациент (женщин 1).

При эндокринологическом исследовании: гиперфункция и гиперплазия щитовидной железы - 27 пациента, что составляет 73 % от общего числа обследуемых, гипоплазия и гиподисфункция щитовидной железы - 8 пациента соответственно 22 %, нормофункция и нормоплазия щитовидной железы у 2 пациентов 5 %.

При офтальмологическом исследовании : утолщение прямых глазодвигательных мышц отмечалось у 28 больных, снижение интенсивности сигнала от мягких тканей орбиты у 31, увеличение интенсивности сигнала у 6 пациентов.

**Выводы.** Поскольку распространенность эндокринной офтальмопатии взаимосвязана с наличием сопутствующего аутоиммунного заболевания щитовидной железы, следует пациентам с патологией ЩЖ обязательное проведение офтальмологического исследования. Такой диагностический подход позволяет с высокой степенью достоверности выделить группу пациентов, требующих обязательного хирургического вмешательства.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты. М.: Медицина, 1993, 106-121.
2. Толстухина Т.Л., Герасимов Г.А., Котова Г.А., Дедов И.И. Диагностика и лечение эндокринной офтальмопатии в России в 1998 году (анализ опроса эндокринологов). Проблемы эндокринологии, 2000, 1:9-12.

3. Дедов И.И. Болезни органов эндокринной системы. Москва, 2000г.
4. Данилова Л.И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания. Минск, 2005г.
5. Болезни щитовидной железы. Под ред. Л.И. Бравермана. М: Медицина, 2000, 194-221.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и обмена веществ. Под ред. И.И. Дедова. 2006 г, Москва.

УКД 616.8 - 009.832 – 053.2 – 07 – 08

## ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ОБМОРОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

*М.А. Хайруллаев*

*Городская станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

### ТҮЙІН

Зерттеудің мақсатты 55 бала жән жеткіншектердегі талма жағдайлардың негізгі түрлерін анықтау, оның даму себептері және диагноз қою, емдеу нәтижелерін бағалау. Барлық балаларға негізгі тексерулер: анамнез шағымдарды жинау, қарау және ЭКГ, ЭЭГ т.б жүргізілді. Талманың клиникалық көріністерін және белгілерін, әр түрлі түрлерінің сипаттамаларын талдап, оларға сәйкес емдер, ата-аналарына кеңес берілді.

### SUMMARY

This article deals with the analysis of clinical finding, the reasons of development and an estimation of results of diagnostics, treatment in 55 children and teenagers who suffer from syncope. All the findings including anamnesis, complaints, electrocardiogram record were gathered. The treatment in various forms of syncope was prescribed.

Обморок (синкопальное состояние) – внезапная кратковременная потеря сознания с утратой мышечного тонуса вследствие переходящих нарушений мозгового кровообращения с последующим полным восстановлением этих функций. Это довольно частое явление как у взрослых, так и у детей, но оно крайне редко бывает жизнеугрожающим [1]. Большинство синкопальных состояний связаны с неврологическими и сердечными факторами. По данным различных авторов, нейрокардиальным считаются от 25 до 90% всех синкопе, при которых пациенты обратились за врачебной помощью [2-3-4]. Было обращено также, что 30% синкопе имеют кардиальные причины и 10-15% психические и неврологические соответственно.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось определение основных видов синкопальных состояний у детей и подростков, анализ причин развития и оценка их результатов диагностики, лечение. В исследование были включены 55 детей, обратившихся с диагнозом «обморок». Возраст больных составил от 5 до 18 лет, из них: 10% детей до 7 лет, 14% от 7 до 10 лет, 54% от 10 до 15 лет и 22% от 15 до 18 лет. Проведен тщательный сбор анамнеза, анализированы жалобы, ф112 и объективного статуса. При наличии семейного анамнеза синкопальных состояний, врожденных и приобретенных пороков сердца, генетических аномалий, аритмий, а также неврологических или эндокринологических заболеваний, проведены целенаправленные исследования, консультации. Особое внимание уделено таким признакам, как уровень физической активности, прием пищи, сон, болезнь или лихорадка, непосредственно предшествовавшие синкопальному состоянию. Возникновение синкопе на фоне длительного стояния, болевого раздражителя, страха свидетельствовал о возникновении «легкого» обморока, особенно когда он сопровождался ощущением духоты, тошноты или головной болью. Возникновение сердцебиения непосредственно перед обмороком не характерно для неврологического синкопе, но с высокой вероятностью свидетельствует о возможном наличии аритмии сердца. Развитие синкопе на высоте физической нагрузки свидетельствовал о наличии аномалии развития коронарных артерий или кардиопатии [5-6].

При оценке ЭКГ у 15 больных обращено внимание на наличие брадикардии, а также тщательно оценивались интервалы P-R, Q-T, наличие аномального зубца Q или сегмента ST, наличие и форму предсердных (или желудочковых) экстрасистол или перевозбуждения. Пациентам с нейрокардиальным синкопе, кроме ЭКГ проводились записи ЭЭГ, консультации невролога.

По результатам проведенных исследований установлены наиболее частые причины обмороков у детей и подростков: 1. Синкопе вследствие нарушения нервной регуляции сосудов (56%) (вазовагальные, ортостатические, синокаротидные, рефлекторные, ситуационные, при гипервентиляционном синдроме). 2. Кардиогенные синкопе (28%) - брадиаритмиях (атриовентрикулярная блокада I – III ст. с приступами Морганьи-Эдамса-Стокса, синдром слабости синусового узла); - тахикардиях (пароксизмальная тахикардия, в том числе при синдроме удлиненного интервала QT, мерцательная аритмия); - механическом препятствии кровотоку на уровне сердца или крупных сосудов (стеноз аорты, гипертрофический, субаортальный стеноз, недостаточность аортальных клапанов и др.). 3. Гипогликемические синкопе 10%. 4. Цереброваскулярные и др. 6%.

Обморочное состояние характеризуется потерей сознания – ребенок не вступает в контакт. Резко снижен мышечный тонус, лицо бледное, зрачки расширены, пульс слабого наполнения, АД снижено, тоны сердца приглушены, дыхание поверхностное. Восстановление сознания происходит быстро в горизонтальном положении. Чаще обморокам подвержены дети с вегето-сосудистой дистонией в препубертатном и

пубертатном возрасте [7-10]. В каждом конкретном случае требуется исключение других признаков внезапной потери сознания (эпилепсия, гипогликемия, сердечно-сосудистых заболеваний и др.) [11].

После постановки диагноза «обморок» мы проводили лечение по следующей схеме: уложить ребенка горизонтально, приподняв ноги на 40-50 градусов, расстегнуть воротник, ослабить пояс и другие детали одежды, оказывающие давление на тело. Обеспечить доступ свежего воздуха. Использовать рефлекторные воздействия: - обрызгать лицо водой или похлопать по щекам влажным полотенцем; - дать вдохнуть пары нашатырного спирта. При выходе из этого состояния дать выпить горячий сладкий чай. При затянувшемся обмороке назначить: - 10% раствор кофеина-бензоата натрия 0,1мл/год жизни п/к или; - раствор кордиамина 0,1 мл/год жизни п/к. При выраженной артериальной гипертензии ввести 1% раствор мезатона 0,1 мл/год жизни в/в струйно. При гипогликемическом состоянии ввести 20-40% раствор глюкозы 2 мл/кг в/в струйно. При выраженной брадикардии и приступе Морганьи-Эдамса-Стокса провести первичные реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, введение 0,1% раствор атропина 0,01 мл/кг в/в струйно.

Таким образом, основные признаки обморочного состояния: внезапность развития, кратковременность (от несколько секунд до 3-5 минут), обратимость: быстрое и полное восстановление сознания – ребенок ориентируется в окружающем, помнит обстоятельства, предшествующей потере сознания.

Госпитализация при обморочном состоянии функционального генеза не показана, но если есть подозрение на органическую причину, необходима госпитализация в профильное отделение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Детские болезни. Н.П. Шабалов, том 2. Питер. 2009. с.84-87.
2. Неотложные состояния у детей. Ю.Е. Вельтишев, Б.А. Кобринский. М. «Медицина», 1994. с.75-83.
3. Неотложные состояния у детей. А.Д. Петрушина, Л.А. Мальченко, Л.Н. Кретинина и соавторы. Москва.2002. с.48-55.
4. Неотложная помощь в педиатрии. Э.К. Цыбулькина. М.Медицина. 1987. с.123-130.
5. Болезни сердца и сосудов у детей. Н.А. Белокнь, М.Б. Кубергер М.Б. М.Медицина.1987.
6. Неотложная кардиология. И.А. Патфуллин и др.М. 2004.
7. Кардиология. Н.В. Орлова, Г.В. Парийская. М.2003.
8. Синдромная диагностика в педиатрии. А.А. Баранов. М.1997.
9. Избранные лекции по педиатрии. Под ред.А.А. Баранова, Р.Р. Шиляева, Б.С. Качанова. Москва, 2005.
10. Balaji S., Oslizlok P.C., Allen M. et al Nenrokardiogenic Syncope in children with a normal heart // J.Amer.Co// Cardiol.- 1994. – Vol.23.- P. 779-785.
11. Проблема врожденных пороков сердца: современные состояния и перспективы решения. Л.А. Бокорея, В.П. Подзолков. Российские медицинские вести. -2001, №3. с.71-72.

УДК 616.9-053.2:578.825.12

#### КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ

*А.Х. Хайрулла, Н.А.Алиханов, А.Н. Умарова, Н.А. Баширова, Н.А. Жалимбетова, А.А.Есентаева  
Южно – Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областная детская больница, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Облыстық балалар ауруханасы неонатология бөлімшесінде әртүрлі неонаталдық құрысуларымен 30 бала зерттелді. Аурудың негізгі себептеріне анықтаулар жүргізілді және әртүрлі неонаталды құрысу түрлерінің клиникалық көріністеріне, ағымына, емдердің нәтижеліктеріне талдау жасалды.

#### SUMMARY

In the regional perinatal hospital 30 children with various forms of neonotal spasms were examined. The principal causes of disease, the clinical findings, currents, efficiency of treatment have been established in the various forms of neonotal spasms attacks.

Неонатальные судороги у детей - проблема представляющая большой научный и практический интерес [1-7]. Актуальность определяется высокой частотой неонатальных судорог среди новорожденных детей, трудностями их диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и теми серьезными отклонениями в психомоторном развитии детей, которые наблюдаются в более поздние возрастные периоды [2,4-9]. Частота неонатальных судорог у детей в периоде новорожденности колеблется от 1,1 до 16 случаев на 1000 детей, чем меньше гестационный возраст, тем чаще наблюдаются неонатальные судороги. У недоношенных детей (32-36 нед.) их частота составляет 1,6-8%, у глубоко недоношенных (меньше 32 нед.) они выявляются у каждого пятого (20%) [2,3,8]. По данным зарубежной литературы, которые не отличаются от отечественных, частота неонатальных судорог составляет 0,7-2,7:100 для доношенных и 1,6-22,7:100 для недоношенных новорожденных [5,6,9].

Целью настоящего исследования явилось изучение этиологических факторов, клиники неонатальных судорог и определение их роли для дальнейшего нервно-психического развития ребенка. За период с 2008 по 2010 гг. обследовано 30 детей в ОДБ г.Шымкента с различными формами неонатальных судорог. Среди них 9 доношенных, 21 недоношенный новорожденный, из них 18 мальчиков и 12 девочек. Изолированные типы приступов наблюдались у 9 новорожденных, сочетание нескольких типов приступов (полиморфные) у 10. Среди них сочетание двух типов неонатальных судорог отмечались у 5 больных, трех типов – у 4, четырех типов – у 1 ребенка. Распределение больных по типу неонатальных судорог осуществляется в соответствии с классификацией J. Volpe с выделением полиморфных приступов в отдельную группу.

Генерализованные клинические неонатальные судороги наблюдались в изолированной форме у 4 детей и клонически проявлялись в виде асинхронных мигрирующих клонических подергиваний конечностей, мимической мускулатуры глазных яблок, с кратковременным отклонением сознания или без него. Генерализованные тонические судороги отмечались у 2 новорожденных и описывались как тоническое напряжение туловища, конечностей с имитацией приступов дцеребрационной ригидности в виде экстензии туловища и головы, пронаторной установки рук, приступом апноэ, спазмом взора. Парциальные клонические судороги у 5 новорожденных клинически проявились клоническими подергиваниями конечностей по геми – или монотипу в виде судорог в руке или ноге, адверсией головы и глаз в сторону. Миоклонические судороги отмечались у 6 детей и описывались как генерализованные вздрагивания, спонтанный рефлекс Моро с апноэ и вегетативной реакцией, молниеносные стибания головы и влздргией рук.

По данным нашего исследования, ведущими этиологическими факторами неонатальных судорог являлись гипоксическо-ишемическая энцефалопатия (у 20 детей), внутричерепные кровоизлияния (у 5 детей), генетические и врожденные дефекты развития мозга (у 3 детей), инфекции (у 2 детей), метаболические нарушения (гипогликемия у 2 детей). Основные причины неонатальных судорог у детей (в%)

Причины	Данные авторов [6,9]	Настоящее исследование
Гипоксическо-ишемическая энцефалопатия	64-65	66,6
Внутричерепные кровоизлияния	10-11	16,4
Врожденные дефекты развития мозга	3-6	10,0
Инфекции	4-6	5
Гипогликемия	3	2

Анализ данных клинического наблюдения показал, что дебют неонатальных судорог варьировал от первых часов до 15 суток. У 22 детей неонатальные судороги дебютировали в первые сутки жизни, у 7 – первый эпизод был отмечен между 2-ми и 7-ми сутками жизни и только у 1 – на 15-е сутки жизни. Всем новорожденным при констатации судорог немедленно назначалась терапия, которая была комплексной, непрерывной и проводилась с учетом возможного этиологического фактора, типа судорог и сопутствующих неврологических симптомов. При гипогликемической судороге (2 случая) эффективным было внутривенное струйное введение 10% раствора глюкозы в дозе 10 мл на 1 кг массы тела 2 раза в сутки для поддержания нормального уровня глюкозы в крови. Для быстрого купирования судорожного приступа применялось парентеральное введение диазепама 1-1,5 мг/кг в сутки. Базовым препаратом для лечения неонатальных судорог остается пероральный фенобарбитал в начальной дозе 10 мг/кг в сутки в два приема и поддерживающей дозе 5 мг/кг в сутки (также двукратный прием). На фоне лечения у 13 детей неонатальные судороги купировались, у 5 детей потребовалось назначение других антиконвульсантных препаратов (конвулес, тегретол), у 7 новорожденных судороги купировались только на фоне включения в комплекс терапевтических мероприятий дексаметазон в дозе 0,5 мг/кг в сутки с дальнейшим ее снижением по схеме курсом 5-7 дней. Длительность противосудорожной терапии. Отменять или продолжить противосудорожную терапию у ребенка после успешного купирования неонатального судорожного синдрома? Мнение педиатров – неврологов на этот счет различное. Несомненно, если у новорожденного причина судорог четко установлена (гипокальциемия, гипогликемия, внутричерепные кровоизлияния или инфекции), то противосудорожную терапию можно отменить, но перед отменой убедиться в отсутствии изменений на ЭКГ. Дети с ГИЭ или судорожным синдромом неустановленной этиологии, из них примерно 1/3 имеет эпилепсию, поэтому этим детям надо и после выписки из неонатального стационара продолжать принимать противоэпилептические средства (фенобарбитал), провести консультацию невролога, динамические ЭЭГ- наблюдение за ребенком.

Таким образом, неонатальные судороги являются серьезным фактором риска для различных нарушений психомоторного развития ребенка, трансформация в резистентные формы эпилепсии и развития детского церебрального паралича. Это определяет, во-первых, необходимость ранних превентивных мер, направленных на пре- и перинатальную защиту головного мозга плода, и прежде всего необходимость разработки совместно с акушерами комплекса защитных мероприятий для борьбы с гипоксией плода. Во-вторых, необходимость стандартизации неотложных мероприятий для купирования неонатальных судорог и что еще важно, внедрение в клиническую практику парентеральных форм фенобарбитала и фенатоина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. 1995.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, 1950.
3. Основы перинатологии. Под рук. Проф. Н.П. Шабалов. М. Медицина 2004г.
4. Ритер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. Казань, 2002.
5. Таболи В.А. Неврология детского возраста. Учебное пособие. М.1986.
6. Троксин. В.Д. Эпилепсия у детей и подростков. Н.Новгород, 2002.
7. Неонатология (руководство для врачей). Под ред. Гаврюшова В.В. Л. Медицина, 1985.
8. Карлов В.А. Судорожный эпилептический статус. М., 2003.
9. Бадалян Л.О., Медведев М.И., Гусева Т.И. и др. Неонатальные судороги (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. М.1990.
10. Бадалян Л.О., Медведев М.Н., Петрухин А.С. и др. Клинический полиморфизм, особенности диагностики и лечения судорожного синдрома у новорожденных детей. Педиатрия 1992, , 5:40-46.
11. Темин П.А., Никанорова М.Ю. Эпилепсия и судорожные синдромы у детей. М. Медицина. 1999, 101-167.
12. Volpe J. Neurology of Newborn/ New York 1996, 172-202

УДК 616.89 – 008.441.16

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЕВ

Л.З. Енсебаева

Шымкентский медицинский колледж, г. Шымкент

ТҮЙІН

Алкогольді психоздар жалпы тәжірибелік дәрігерге үлкен проблема туғызады. Соңғы кезде алкогольды психоздар ағымы курделеніп аурылайды. Мысалы, алкогольді делиридің клиникалық көріністері айқын болмайды, бірақ сомато – неврологиялық көріністері басым болады. Бұл жағдайлар деркезінде мамандандырылған көмекті қажет етеді.

SUMMARY

Alcoholic psychoses is a serious problem for a narcologist. Last years increase in heavy forms of tromomania was without expressed productive symptomatology, with predominance of somatic and neurological disorders. A timely appeal to qualified aid reduces the risk of lethality.

Проблема острых алкогольных психозов продолжает оставаться в центре внимания как врачей-наркологов, так и врачей -психиатров. Это обусловлено огромным количеством больных с алкогольной зависимостью, частотой алкогольных психозов и высокой – до 4% смертностью больных, поступающих в специализированный стационар в состоянии алкогольного психоза. Смертность до 5% от алкогольного делирия указывают и зарубежные авторы. В последние годы среди алкогольных делириев преобладают тяжелые формы мусситирующего делирия, летальность от которых составляет до 30 %. Некоторые авторы указывают летальность до 70 %. Реальная распространенность алкогольных психозов намного выше, так как легкие формы алкогольного делирия могут оставаться вне поля зрения врачей.

Нозология	2008 год	2009 год
F 10.40	123	185
F 10.52	60	67

Таблица 1

Алкогольные психозы представляют серьезную проблему для практического врача. В последние годы эта проблема стала ещё более актуальной. Во первых, изменились клинические проявления осложненного абстинентного синдрома. Крайне редко можно наблюдать «белую горячку» в её классическом варианте. Примечательной чертой для этих состояний стало преобладание соматоневрологических расстройств над психическими, причем последние носят атипичный характер. Связано это, скорее всего, с ухудшением спиртных напитков, т.е употребление алкоголя низкого качества (в основном суррогатов). Быстро, за короткий срок идет формирование зависимости, особенно у лиц молодого возраста.

Нозология	2008 год	2009 год
Заболевания ЖКТ	176	440
Неврологические расстройства	243	172

Таблица 2

Доля алкогольных делириев из общего числа больных, находившихся на стационарном лечении в 2009 году в Облнаркоцентре составила – 67больных, из них мужчин было 52, женщин – 15. По возрасту больные распределились следующим образом: от 30 до 40 лет – 42, от 40 до 60 лет – 25 больных. Длительность злоупотребления спиртными напитками в наркологическом анамнезе к моменту развития психоза составляла до 5 лет у 15 больных, от 5 до 10 лет у 40 больных, 15 до 20 лет у 12 больных в среднем. Преобладающее

большинство больных употребляло крепкие спиртные напитки, чаще разведенный спирт. Длительность запоев составляла от 5 дней до 1 года. Психоз, как правило развивался на 4 – 6 сутки после прекращения приема спиртного. Больные по несколько дней не принимали пищу, употребляли только алкоголь. Многие из поступивших были соматически ослаблены. Так, у 37 больных наблюдалась алиментарная дистрофия различной степени тяжести. В инициальном периоде заболевания у многих больных отмечались не только вегетативные, но и неврологические расстройства. Большинство больных при поступлении были резко пониженного питания, кожные покровы бледные, с землистым оттенком. Наблюдались явления гипо и авитаминозы, которые проявлялись выраженными трофическими нарушениями кожных покровов: сухостью, сильным шелушением, участками гиперпигментации кистей верхних конечностей, нижних конечностей, с наличием трещин, раневых поверхностей с участками изъязвления. Вегетативные проявления характеризовались тахикардией, колебаниями артериального давления, чаще слабым пульсом, диспепсические расстройства, реже тошнота, рвота, резкое снижение аппетита, в основном, жидкий стул. Начало алкогольного делирия сопровождалось субфебрильной температурой, которая в последующие дни резко повышалась, даже на фоне антибиотикотерапии. Неврологические расстройства проявлялись подергиванием отдельных групп мышц, повышением мышечного тонуса, снижением сухожильных рефлексов, расширением зрачков, появлялся нистагм, возникали различные гиперкинезы. В лабораторных анализах мочи, крови отмечалось снижение гемоглобина, эритроцитов, повышение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево, в моче альбуминурия. Психическое состояние при поступлении характеризовалось нарушением сна, помрачением сознания, которое выражалось в дезориентировке в окружающем, во времени, ориентировка в собственной личности сохранялась. Больные чаще были заторможены, рассеяны, словесный контакт был затруднен, невозможен или же удавалось от них получить односложные ответы. Иногда наблюдалось психомоторное возбуждение: больные вскакивали, пытались куда – то идти, речь в основном была невнятной, перебирали одежду руками, совершали беспорядочные, хаотичные, нецеленаправленные движения. Реже у больных удавалось выявить наличие чаще зрительных галлюцинаций, отрывочных вербальных галлюцинаций, которые сопровождались вторичным бредом. Аффективные расстройства проявлялись в виде тревоги, страха, у части больных наблюдалось гипоманиакальное состояние. Алкогольный делирий, безусловно, надо рассматривать как неотложное состояние в психиатрии и наркологии, требующее urgentной специализированной помощи. Это обусловлено тем что острое психотическое состояние может сопровождаться неожиданными поступками и действиями больного, агрессивностью по отношению к себе и окружающим, а также, потому что тяжелые случаи острых алкогольных психозов без оказания специализированной помощи может привести к летальному исходу. В клинике алкогольного делирия, как отмечалось выше, соматоневрологические расстройства преобладают над психическими расстройствами. Они определяют течение и прогноз заболевания. Наиболее часто алкогольный делирий сопровождается с нарастающим угнетением сознания. Отёк головного мозга, приводящий к значительному повышению внутричерепного давления – наиболее частая (75%) причина летального исхода при тяжелом алкогольном делирии. В 25% случаев тяжелый алкогольный делирий осложняется сердечной недостаточностью. Как непосредственная причина смерти сердечная недостаточность выступает в 2 – 3% случаев. При хроническом алкоголизме часто развивается кардиомиопатия. Тяжелый алкогольный делирий может сопровождаться печеночной недостаточностью, поражение печени имеет место в 50% случаев злоупотребления алкоголем. Причина: алкогольный гепатит или цирроз печени. При тяжелом АлД печень поражена практически всегда, но изменения функции печени варьируют от бессимптомных форм (улавливаются лишь биохимические изменения) до развития печеночной недостаточности. Более чем у 50% больных алкоголизмом нарушение обмена витаминов проявляется клинически значимым дефицитом витамина В1. Нарушения водно – электролитного баланса проявляются дегидратацией, вплоть до развития гиповолемического шока. Нарушения кислотно – щелочного состояния в виде ацидоза или алкалоза. По выходу из психотического состояния также наблюдалась астения, сопровождающаяся мнестическими расстройствами, некоторым снижением интеллекта снижением в эмоционально – волевой сфере. Мнестические расстройства характеризовались чаще потерей памяти на текущие события, ложными воспоминаниями. Длительное время сохранялись неврологические расстройства в виде нарушения чувствительности, боли в нижних конечностях, шаткость походки. Таким образом, отмечено увеличение стертых по клинической картине форм алкогольных делириев, уменьшение в клинической картине заболевания продуктивной симптоматики, преобладание тяжелых форм алкогольных делириев с соматоневрологическими расстройствами, данные формы делириев развивались в некоторых случаях у лиц относительно молодого возраста, развитию психоза предшествовала массивная алкоголизация крепкими спиртными напитками, в основном, разливным спиртом. По выходу из психоза, у таких больных оставались симптомы органического поражения ЦНС.

**Выводы:** таким образом, можно отметить, что в последние годы идет увеличение тяжелых форм делирия без выраженной продуктивной симптоматики, с преобладанием соматоневрологических расстройств. Идет значительное омоложение алкоголизма, алкогольный стаж составляет до 5 лет. Причиной утяжеления симптоматики прежде всего является употребление некачественных спиртных напитков, а также поздняя обращаемость за медицинской помощью, т.е своевременное обращение снижает риск летальности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по психиатрии в 2-х томах, под ред. А.В. Снежневского, М, Медицина, 1983г.
2. «Психиатрия» - А.В. Портнов, Д.Д. Федотов
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: “Модек”, 1995.
4. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997.
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. Руководство по психиатрии в 2-х томах, под ред. Г.В. Морозова, М., Медицина, 1988г.
8. Снежневский А.В. Общая психопатология. – М., 2001.
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.

УДК: 616.83 – 008.6 – 053.3

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

С.М. Мамаева

Городская детская поликлиника №5, г.Шымкент

**ТҮЙІН**

70 баланың амбулаторлы картасына қорытынды жүргізіліп, оларда өте жоғары пайызда (68,5 %) орталық нерв жүйесінің перинатальды зақымдануы болғандығы анықталды.

**SUMMARY**

After analysing ambulance cards 70 children's a high percentage (68,5%) of perinatal lesion of CNS was detected.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее время в неонатологии, удельный вес гипоксически - ишемического поражения центральной нервной системы у новорожденных занимает весомое место среди причин перинатальной заболеваемости и смертности, сохраняется ее высокая частота и распространенность, что определяет актуальность данной проблемы для неонатологии, педиатрии и медицины в целом [2,4,8].

Перинатальная гипоксия оказывает существенное влияние на структуру органических поражений центральной нервной системы, которые формирует перспективу задержки психомоторного развития, их социальную адаптацию [3,4,5,6].

По материалам ВОЗ частота перинатальных повреждений центральной нервной системы колеблется от 4.6 -20.7 % у доношенных новорожденных и до 40.7- 80.6% у недоношенных детей и продолжает расти [1].

Есть основания предполагать, что процент здоровых детей при рождении к 2015 году сократится до 15-20, а новорожденных с врожденными заболеваниями увеличится до 35.

Гипоксия плода и новорожденного — это сложный патологический процесс, при котором уменьшается или совсем прекращается доступ кислорода в организм ребенка (асфиксия). Асфиксия может быть однократной или повторяться, различной по продолжительности, в результате чего в организме накапливается углекислота и другие недоокисленные продукты обмена, повреждающие в первую очередь центральную нервную систему.

При кратковременной гипоксии в нервной системе плода и новорожденного возникают лишь небольшие нарушения мозгового кровообращения с развитием функциональных, обратимых расстройств. Длительно и неоднократно возникающие гипоксические состояния могут приводить к резким нарушениям мозгового кровообращения и даже к гибели нервных клеток.

Тяжелые гипоксические поражения центральной нервной системы, в основе которых лежат нарушения гемодинамики и микроциркуляции является одной из основных причин перинатальной смертности [3,7].

**Цель исследования** – изучить варианты перинатальной патологии, а так же ее последствия на педиатрическом участке.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на базе детской поликлиники № 5. Проведен анализ амбулаторных карт 70 детей 2004-2007 гг. рождения.

**Результаты и их обсуждение.** В периоде новорожденности 48 детям был выставлен диагноз «Церебральная ишемия», что составляет 68,5 % от общего числа новорожденных на участке.

Средняя масса тела новорожденных этой группы составляла 3364,6 г, длина тела – 51,9 см. Двое детей из 48 родились недоношенными.

У всех исследованных в антенатальном периоде диагностировалась хроническая гипоксия плода, в 76,5 % случаев наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Настоящей беременности у 1/3 первородящих женщин предшествовали аборт. Женскую консультацию - до 13 недель посетили всего 50% беременных.

Нормальное течение беременности отмечено только у 11,2%.

Анемия в период беременности встречалась у 88,2 % женщин, гестоз – у 76,5 %, угроза прерывания – у 70,6 %, кольпит – у 73,5 %, токсикоз – у 22 %, хронический пиелонефрит – у 19,1 %.

У одной регистрировали герпетическую инфекцию. Физиологическое течение родов имело место лишь у 6% рожениц, у 15% роды были преждевременными, у 10 - 15% - запоздалыми, родовое излитие околоплодных вод имело место у 1/4 женщин, у 1/2 роды были быстрыми или стремительными, у 10% - затяжными.

Церебральную ишемию I степени диагностировали у 27 новорожденных (56,3 %), причем синдром гипервозбудимости ЦНС встречался чаще синдрома угнетения.

Церебральную ишемию II степени (43,7 %) перенесли 21 ребенка, в клинике преобладал синдром вегето-висцеральной дисфункции.

До 1 года на диспансерном учете у невролога состояли 14 детей (29,1 %), до 2-х лет наблюдались 18 человек (37,5 %), в возрасте 2-3 лет с учета сняли 7 человек (14,6 %).

У 9 (18,8 %) детей регистрировали различные последствия церебральной ишемии. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью наблюдался у 4 детей, дизартрический компонент – у 2. Задержка речевого развития констатирована у 6 детей.

К моменту поступления детей в ДОО у 11,8 % (8 человек) возникало неврозоподобное состояние (страхи одиночества, психомоторное возбуждение, заикание, энурез), что приводило к длительной адаптации к новому режиму.

**Выводы:** Учитывая высокий процент перинатальной патологии ЦНС, необходимо разработать программу реабилитации детей в амбулаторно поликлинических условиях.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных // Методические рекомендации. - М., 2000.
2. Громада Н.Е. Синдром мышечной гипотонии: особенности конституции или гипоксия.// Российский вестник перинатологии и педиатрии- 2008г №6
3. Качурина Д.Р. Саулбанов Л.О. Цереброваскулярные изменения при гипоксически – ишемической энцефалопатии у новорожденных детей». //Материалы IX съезда педиатров России - М., 2001.
4. Пальчик А.Б, Шабалов Н.П. Гипоксически ишемическая энцефалопатия новорожденных//Руководство для врачей, 2000г.
5. Шайтор В.М. Бичун А.Б. // Применение солкосерила у детей с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями гипоксически - ишемического генеза.-2009г. №1
6. Lorens J.M., Wooliever D.E., Jetton J.R. Paneth W.A quantitative review of mortality and developmental disability in extremely preterm newborns// Adolescent Medicine. -1998.
7. Spinillo A. Capuzzo E. Stronati M, et al Obstetric risk factors for periventricular leukomalacia among pre-term infants. // British journal of Obstetrics & Gynaecology. - 1998.
8. Fujimoto S, Toqari H, Tahashimas et al. National survey of periventricular leukomalacia in Japan /Acta Paediatrica Japonica/ - 1998.

УДК: 616.381- 002-02

### ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

*Н.Д. Жамбаева*

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

#### ТҮЙІН

Шымкент қаласының Облыстық клиникалық ауруханасында әр түрлі этиологиялы абдоминалды сепсис диагнозымен 107 науқастың сары суы кристаллографиялық әдіспен зерттелді. Зерттеу барысында кристаллограмманың сапалық және көлемдік белгілерін бағалай отырып, оның эндотоксикоздың ауырлық дәрежесіне байланысты әртүрлі өзгеріске ұшырайтыны және оның клиника- лабораториялық зерттеулердің қорытындысымен сәйкестігі анықталды.

#### SUMMARY

The blood of 107 patients with abdominal sepsis of different etiology who was had been treated in Regional Clinic Hospital of Shymkent for 2009-2010 years. The results have shown specific increases in cases of endotoxemia depended on its degree.

Абдоминальная хирургическая инфекция является одной из наиболее актуальных проблем вследствие тяжести течения и высокой летальности, достигающей в терминальной стадии заболевания до 80-90%. [1] В связи с этим широкое внедрение в клиническую практику различных способов экстракорпоральной детоксикации и интенсивной терапии поставило ряд задач, основными из которых являются: разработка критериев оценки тяжести эндогенной интоксикации, определение показаний для дифференцированного назначения методов эфферентной терапии, объективизация результатов проводимого лечения.

Поиск адекватного показателя эндотоксикоза привел к разделению существующих лабораторных методик на две группы – неспецифических и специфических [Караванов Г.М. 2000].

К первой относится большая часть общепринятых клинко-биохимических исследований, позволяющих дать оценку степени поражения различных органов и требуют дорогостоящей аппаратуры и реактивов, что не всегда доступно практически врачам-реаниматологам. Методики, составляющие вторую группу, являются показателями токсичности той или иной среды организма без учета этиологических и нозологических особенностей организма.

Разнообразие токсических веществ и их сочетаний не дает возможности создать оптимальные методы количественного и качественного анализа для лабораторной диагностики.

Проблема оценки тяжести состояния больного необходима для определения прогноза, анализа объема и перспективных направлений терапии. В настоящее время широко распространена бальная оценка тяжести нарушений тех или иных органов и систем, течения абдоминальной хирургической инфекции и ее осложнений. Однако неприемлемость на практике, из-за отсутствия диагностическо-лабораторного оборудования ограничивает широкое использование систем бальной оценки APACHE и SAPS в лечебных учреждениях разного уровня.

Сложность и многокомпонентность патогенеза абдоминальной хирургической инфекции и ее осложнений – Синдром системной воспалительной реакции организма (ССВО), сепсиса требует применения комплексной оценки по возможности простыми, доступными способами.

**Целью данной работы** является разработать оптимальный метод определения тяжести течения осложненной абдоминальной хирургической инфекции, путем применения кристаллографического метода исследования сыворотки.

**Материалы и методы.** В условиях областной клинической больницы г.Шымкента были обследованы 107 больных в возрасте от 22-78 лет с абдоминальным сепсисом различной этиологии. Мужчин было –77,

женщин–30. Согласно классификации Гостищева по степени тяжести эндогенной интоксикации больные были распределены на три группы: компенсированные-47, субкомпенсированные -38 и декомпенсированные - 22

№	Нозология	мужчины	Женщины
1	Желчный перитонит	17	9
2	Аппендикулярный перитонит	14	10
3	Деструктивный панкреатит	12	1
4	ОКН	19	9
5	Перфоративная язва желудка	15	1
	Всего	77	30

Таблица 1 **Нозологическая структура абдоминального сепсиса**

Кристаллограмма проводилась по методике предложенной Н.Ж.Ормановым (1999), где в качестве кристаллообразующего вещества использовался альфа– глицин, обеспечивающий сохранность белковых структур биологических сред. Методика: кровь больного (5 мл) предварительно центрифугировали со скоростью 1000 об/мин в течение 10 мин. Для исследования берется надосадочная жидкость. К 5 мл профильтрованного водного раствора альфа-глицина прибавляют 0,2 мл сыворотки крови. Полученную смесь пропускают через тонкопористый беззольный фильтр. Образовавшийся фильтрат переливают в чашку Петри так, чтобы жидкость заполнила поверхность чашки, и оставляют на воздухе. Исследовали сыворотку крови после ее кристаллизации в чашке Петри при температуре 18-22С в течение 24 часа. Кристаллографический рисунок, образовавшийся на чашках Петри, изучали макроскопически. Оценивались следующие количественные критерии: количество центров кристаллизации, первичных, вторичных, третичных лучей, толщина и длина кристаллизационных лучей, количество подковообразных центров кристаллизации, и качественные критерии: темная окраска лучей, поломка лучей, деструкция кристаллов, веерообразное расхождение лучей, равномерное расположение центров кристаллизации по окружности кристаллизационного поля, перекрест кристаллизационных лучей, дополнительные центры кристаллизации, фрагментация лучей, градация лучей. (А.Л. Волчецкий, Б.А. Спасенников, и др.1998). Одновременно проводился лабораторный контроль эндотоксемии – среднемoleкулярные пептиды (СМП), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

**Результаты и их обсуждение.** В первой группе больных лабораторные изменения характеризовались относительно не высоким уровнем токсемии и анаэробного метаболизма (ЛИИ – 8,0 усл. ед., лейкоциты – 17 х 10<sup>9</sup> / л, СМП – 0,54 опт.ед., пировиноградная кислота (ПВК) – 0,89 ммоль, лактат – 1,72 ммоль).

На этом фоне структура кристаллообразования в чашке Петри имела следующую картину: площадь колоний кристаллов занимала более 50% поверхности чашки Петри, с 12-15 центрами кристаллизации, секторальной и кустистой формы небольшой плотности. Центры кристаллизации расположились на одной линии, от них отходили короткие, толстые, прерывистые первичные лучи; вторичные лучи длинные, тонкие, размером 1,5-2 см, толщиной 0,7-0,8 мм, изредка прерывающиеся; третичные лучи более утонченные, не прерывающиеся, короткие, колосовидной формы. Окраска лучей светлая. Рост лучей в 3-4 местах имел перпендикулярный характер, в середине чашки Петри наблюдались поломка, фрагментация первичных толстых лучей, деструкция кристаллов.(рис.№1)

По мере регрессии эндотоксикоза и снижения уровня метаболических нарушений, с улучшением клинико-лабораторных показателей структура кристаллов изменялась: площадь колонии занимала менее 30% поверхности чашки Петри, центр кристаллизации отсутствовал. Первичные лучи в виде цилиндров уменьшались в количестве, становились тонкими, длинными, расположились хаотично. Вторичные и третичные лучи отсутствовали. Окраска лучей светлая (рис.2). Такая картина соответствовала и клиническим показателям улучшения состояния организма.

Во второй группе лабораторные изменения характеризовались довольно высоким уровнем токсемии и значительно выраженной тканевой гипоксией, чему свидетельствовали: ЛИИ-16,6 усл.ед., СМП – 2,94 опт.ед., ПВК – 1,87 ммоль, лактат – 3,61 ммоль. Кристаллографическая картина имела следующий вид: колония занимала 40% поверхности чашки Петри, очень плотная, имела волнообразную форму, количество центров кристаллизации – 28-30, форма кустисто-клубочковая, снизу расположен плотный вал. Окраска лучей светлая. Первичные лучи короткие, прерываются, имеют форму факела, некоторые из них расположены перпендикулярно, имеются деструктированные участки, вторичные лучи расположены хаотично, прерываются, длинные; третичные лучи короткие, разбросаны по всем полям. Дополнительные центры кристаллизации не определяются.

В динамике по мере улучшения состояния организма картина кристаллограммы приобретала схожий как при компенсированной стадии: колония занимала 30% поверхности чашки Петри, центр кристаллизации 10-12, средней плотности. Колония имеет секторальную форму, первичные лучи стали длиннее непрерывающиеся, колосовидной формы, а вторичные и третичные лучи более короткие тонкие, в некоторых местах имела перпендикулярный рост. Характерной чертой явилась выраженная лучистость, утонченность, центробежный рост.

В третьей группе больных лабораторные изменения характеризовались крайне высоким уровнем токсемии (ЛИИ – 13,4 усл.ед., СМП – 3,14 опт.ед., ПВК – 2,92 ммоль, лактат – 3,87 ммоль) и предельно резко выраженной клинической картиной (септической шок, гипотензия).

Колонии кристаллов располагались на площади 75-80% поверхности чашки Петри, имели большую плотность в виде валов. Форма кристаллов преимущественно кустисто-секторальная, с конусовидным характером роста. Центры кристаллизации располагались вдоль диаметра чашки Петри, в виде изогнутой линии. Количество центров кристаллизации составило 40-50, имела подковообразную форму. Лучи однонаправленные. Первичные лучи короткие, толстые, местами фрагментированные. Вторичные лучи толстые до 1,5 мм шириной, длиной до 2 см, с множественными перекрестами. Третичные лучи короткие до 1 см, плотные имеют форму факела, однотипные. Зона «прозрачной» кристаллизации с редкими тонкими до 0,1 мм кристаллами без центров кристаллизации центрорезной направленности.

По мере улучшения состояния больных центры кристаллизации становятся менее плотными, исчезал вал, уменьшался количество центров. Первичные лучи удлинились и истончились, уменьшилось количество фрагментированных, перекрещивающихся лучей. Четко различимыми стали вторичные и третичные лучи, и их количество уменьшилось до 25-30. Колонии кристаллов «разрежались».

При ухудшении состояния и нарастания степени эндотоксикоза, присоединении полиорганной недостаточности кристаллографическая картина приобрела следующие особенности: площадь и плотность колоний увеличивались, занимая более 80% площади чашки Петри. Центры кристаллизации представлены аморфные в виде нагромождения, плотного вала, возвышающийся над поверхностью чашки Петри до 3мм. Лучи стали короткими, деструктурированными и четко не определялись. Обязательно сохранялась зона «прозрачной» кристаллизации, на краю которой появились дополнительные центры кристаллизации. Зона «прозрачной» кристаллизации приобрела кайму из центров кристаллизации в виде месяца или подковы.

**Вывод:** Таким образом, при кристаллографическом исследовании сыворотки крови у больных с осложненной интраабдоминальной инфекцией удалось выявить характерные закономерности расположения кристаллов при компенсированном, субкомпенсированном и декомпенсированном течении заболевания, т.е. соответственно со степенью эндотоксикоза.

Сопоставление данных кристаллограммы с показателями клинической, биохимической лабораторной диагностики у больных с осложненной интраабдоминальной инфекцией свидетельствовало о достаточно высокой информативности предложенного способа. Кристаллографическое исследование сыворотки крови может служить дополнительным критерием эффективности проводимого лечения и прогноза заболевания. Простота и доступность способа позволяют рекомендовать его для широкого применения в хирургических клиниках.

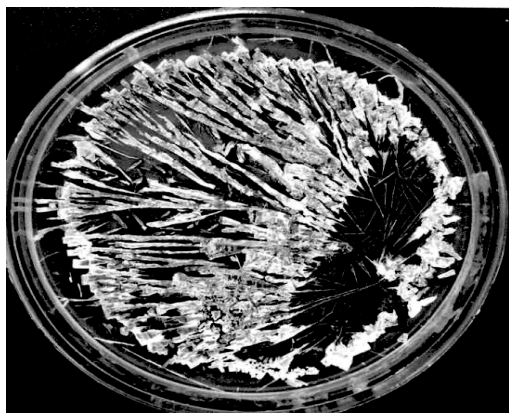


Рис 1



Рис 2



Рис 3

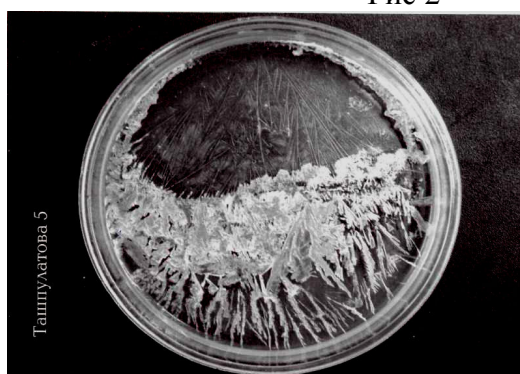


Рис 4

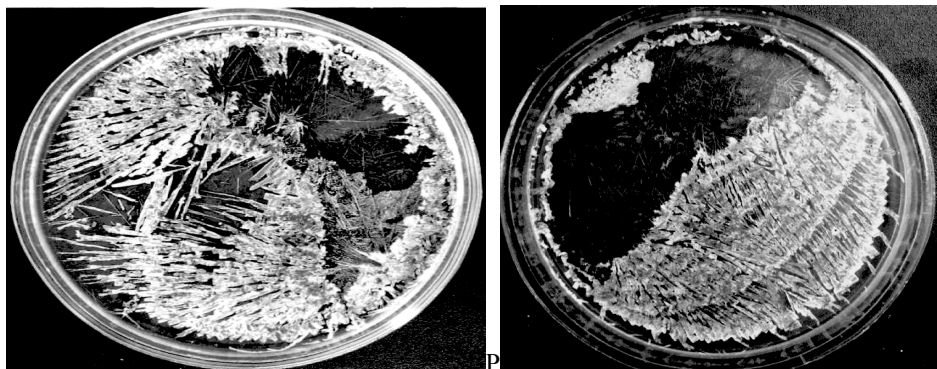


Рис 5

Рис 6

## ЛИТЕРАТУРА

1. Е.В. Григорьев, Ю.А. Чурляев, К.В.Сибиль Дифференцированный выбор интенсивной терапии абдоминального сепсиса \ Анестезиология и реаниматология . № 4, 2004.С 44-46.
2. Дьяченко П.К., Желваков Н.М. Эндотоксикоз в хирургии // Вестник хирургии. 1987. - №7. С. 129-135.
3. Карабанов Г.Н. Использование лейкоцитарной формулы крови для оценки тяжести интоксикации. // Вестник хирургии. 1989. №4. – С. 146-149.
4. Кригер А.Г., Линденберг А.А. Эндогенная интоксикация при перитоните. // Вестник хирургии. 1985. №3. С. 130-133.
5. Мороз Л.А., Каликштейн Б.Д. Кристаллографический метод в исследовании различных биологических субстратов: Метод. Рекомендации. М., 1986.
6. Муромский Ю.А., Сазонов А.М., Мороз Л.А. и др. // Хирургия. 1985. №4. – С. 48-51.
7. Гостищев В. К.,Федоровский Н.М.\Вестн. АМН.- 1994.- № 8.- С. 29-33.
8. Чернов В.Н., Белик Б.М. Классификация и принципы лечения острого гнойного перитонита. Хирургия №4, 2002. с. 52-56.

УДК 615.099.083

## МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

*Ж.К. Абенев**Ордабасинская районная поликлиника, с.Темирлановка ЮКО*

## ТҮЙІН

Бұл мақалада терминологияда тіректелген атопикалық дерматиттың клиникалық суреті көрсетілген. Науқастарға (балалар мен ата-аналарға) арналған атопикалық дерматиттық сақтандыру тәсілдері келтірілген.

## SUMMARY

A clinical picture of atopic dermatitis, which is based on traditional terminology, is presented. A prevention procedure of atopic dermatitis for patients (adults and children) is proposed.

Атопический дерматит в настоящее время является одной из главных медико-социальных проблем. Распространенность атопического дерматита очень высока. По данным эпидемиологических исследований от 3 до 5 % детей в общей структуре аллергических заболеваний атопический дерматит занимает одно из первых мест и уходит в реестр самых распространенных заболеваний детского возраста.

Острота проблемы атопического дерматита обусловлена не только его высокой распространенностью в детской популяции, но и ранним началом, учащением перехода острых форм в хронические, более тяжелым течением, особенно в раннем детском возрасте. В современных условиях не отмечается тенденции к снижению заболеваемости атопическим дерматитом, что связано с загрязнением окружающей среды, аллергическим действием некоторых новых продуктов питания, укорочением сроков грудного вскармливания, вакцинацией и другими причинами.

Атопический дерматит, начинаясь в раннем детстве, может продолжаться в течение всей жизни. Поэтому это заболевание имеет особое социальное значение и его изучению, лечению и профилактике уделяется значительное внимание.

Атопический дерматит чаще возникает у детей с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям. Если в семье оба родителя страдают аллергическими заболеваниями, то риск возникновения атопического дерматита у ребенка составляет 60-70%, если один из родителей - риск равен 40-50%.

Атопический дерматит это заболевание кожи, характеризующиеся выраженным зудом, хроническим рецидивирующим течением, преобладанием в клинической картине папулезных элементов и лихенификации. Атопический дерматит приносит множество неприятностей не только самому больному ребенку, но и всей семье. Развитие атопического дерматита у детей тесно связано с воздействием различных аллергенов. У детей до 3 лет ведущую роль играют пищевые аллергены. Практически любой продукт может быть причиной развития атопического дерматита, при этом частота возникновения аллергической реакции зависит от характера продукта и его индивидуальной переносимости ребенком. У детей первого года жизни искусственное вскармливание или введение прикорма почти в 45% случаев является причиной развития атопического дерматита.

С возрастом роль пищевой аллергии уменьшается и начинают преобладать аллергены, присутствующие в воздухе. К ним относятся, в первую очередь микроскопические клещи, обитающие в домашней пыли, пыльца растений, аллергены домашних животных, а так же птиц. У детей старшего возраста возможны так называемые перекрестные аллергические реакции. Одним из самых известных примеров перекрестной аллергии является непереносимость яблок у лиц, страдающих аллергией к пыльце березы. Перекрестные реакции могут наблюдаться между грибковыми аллергенами и продуктами, при изготовлении которых применяются грибки. К таким продуктам относятся кефир, кондитерские изделия из дрожжевого теста.

В последние годы большое значение придается скрытым аллергенам, например: колбасе, коровьему молоку, яйцам. Усиление кожных проявлений аллергии могут вызывать красители, применяемые в текстильной промышленности, особенно азокрасители. Действие аллергенов усиливают: климатические и географические факторы, погрешности в диете (семейные традиции в питании). Несоблюдение правил ухода за кожей (использование косметических и других средств, не предназначенных для детей). Бытовые факторы риска (температура воздуха в помещении выше +23, влажность воздуха менее 60%, наличие домашних животных, курение в помещении, где находится ребенок). Психологический стресс. Острые вирусные инфекции. Профилактику атопического дерматита следует начинать еще до рождения ребенка (если у матери есть предрасположенность к этому заболеванию). Специально для этого разработана гипоаллергенная диета для беременных и кормящих матерей, ограничивающая прием молока, орехов, сладостей, фруктов красного цвета и т.д. Очень важной профилактической мерой являются мероприятия по контролю окружающей среды: Исключить курение в доме, поддерживать в помещении относительную влажность около 40%, менять постельное белье 1 -2 раза в неделю, убрать телевизор и компьютер из детской комнаты, сушить одежду на основе меха и шерсти животных, исключить контакт с растениями, образующими пыльцу, отказаться от лечения экстрактами растений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. –М., 2004.-С.25.
2. Заводский В.Н. // Вестн.последиплом.мед.образования.-2005.-№ 3-4. –С.27-28.
3. Заводский В.Н. // Материалы 5-го Съезда дерматовенерологии, венерологии и дерматокосметологии (Минск, 20-21.09.2006). – Минск, 2006. – С.33-35.

УДК 616.8 – 053.5

#### ПРОБЛЕМА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В НЕЙРОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Э.А. Абдухалилова

Городская детская поликлиника №1, г.Шымкент

#### ТҮЙІН

Балалардағы минимальды бас ми дисфункцияларын емдеуде пантокальцин препараты жоғары эффектілікті көрсетті.

#### SUMMARY

Effectiveness of pantocalcin, in the treatment of minimum brain dysfunction at children of litl age.

Термин минимальные мозговые дисфункции используется с 60-х годов нашего столетия для обозначения различных клинических проявлений, обусловленных легкими резидуальными мозговыми повреждениями перинатального генеза. [1,2,3]

Характерными признаками являются наличие легких диффузных неврологических симптомов, нарушение координации, гиперактивность, эмоциональная лабильность, умеренно выраженные сенсомоторные и речевые нарушения, повышенная отвлекаемость, нарушение поведения, недостаточная сформированность навыков интеллектуальной деятельности, специфические трудности в обучении. [2,3,4] Минимальные мозговые дисфункции встречаются от 20 до 25% детей в общей популяции, которые являются основными причинами трудности обучения в школах и потому являются актуальной медицинской, педагогической и социальной проблемой. Причины минимальных мозговых дисфункции: патология

беременности и родов; инфекции раннего возраста; интоксикации раннего возраста; средовой фактор; генетическая обусловленность /генетически детерминированные отклонения в архитектонике мозга в виде диффузных рассеянных свободных пространств/. В патогенезе развития основное значение придается нарушению морфо-функциональной зрелости структур ЦНС, задержке созревания ассоциативных нервных клеток неокортекса, в первую очередь лобных отделов коры, теменно – височных областей. Как следствие, наблюдается диффузная церебральная дизрегуляция, которая обусловлена задержкой созревания различных мозговых структур и задержкой формирования связи между этими структурами. В генезе имеет место нарушение обмена катехоламинов, избирательная потеря тормозных синапсов, угнетение синтеза белков нейронов, разрежение клеточных слоев мозга, нарушение дифференцировки нейронов.[2,3,4,5].

В литературе обсуждаются различные классификации минимальных мозговых дисфункции. По патогенезу выделяют дизонтогенетический и энцефалопатический типы. Клиническая классификация минимальных мозговых дисфункции выделяет гипердинамический (90%) и гиподинамический (10%) варианты [6,7].

Диагностическими критериями являются: первые признаки проявляются до 8 лет; признаки импульсивности, гиперактивности, невнимательности обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в школе, дома, в труде, в играх); не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными расстройствами или психопатиями; вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию; необходимо наличие невнимательности или гиперактивности и импульсивности (или всех этих проявлений одновременно), не соответствующих возрастной норме.[6,7].

Клиническая картина разнообразна и включает нарушения координации, равновесия, тонких движений, эмоциональные нарушения, которые проявляются неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам и приводят к проблемам отношения с окружающими. Многие дети плохо учатся в школе, несмотря на нормальный IQ. Возможные причины – невнимательность, отсутствие упорства, нетерпимость к неудачам. Кроме того, у детей с минимальными мозговыми дисфункциями часто встречаются парциальные задержки развития, в том числе школьных навыков (письма, счета, чтения), речевые нарушения в виде дислексий, а также неврозоподобные расстройства: ночное недержание мочи (энурез), заикание, тики, нарушение сна. Большое значение имеет дифференциальная диагностика с: индивидуальными особенностями темперамента, ситуационными тревожными расстройствами, последствиями черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации, астенический синдром при соматических заболеваниях и т.д. [5,6,7].

Лечение минимальных мозговых дисфункции-это длительный кропотливый труд, который включает: динамическое медицинское наблюдение, терапию сопутствующих соматических нарушений, нейропсихологическое обследование ребенка в критические возрастные периоды (3,5,7 лет), медикаментозную терапию, индивидуальную нейропсихологическую реабилитацию, специальное физическое воспитание, психотерапевтическую работу с семьей ребенка. Используются специальные приемы модификации поведения /по S. Buttros/, с которыми знакомят родителей ребенка. Основой является “позитивная модель” отношений с ребенком. [7,8,9,10].

Медикаментозная терапия включает: стимуляторы ЦНС, трициклические антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, седативные лекарственные травы, ноотропные средства, церебральные вазоактивные препараты, витаминные препараты. [7,8].

В настоящее время в терапии минимальных мозговых дисфункции хорошо зарекомендовал себя препарат пантокальцин, который относится к ноотропным препаратам, но помимо ноотропного действия пантокальцин обладает седативным действием. [9,10].

Механизмом действия пантокальцина является воздействие на ГАМК(б)-рецептор-канальный комплекс с нормализацией ГАМК - ергической нейротрансмиссии, нормализацией нейромедиаторных систем в головном мозге (дофаминовая, норадреналиновая, серотониновая, ацетилхолиновая, глутаматная), препарат оказывает нейрометаболическое, нейропротекторное, нейротрофическое действие, улучшает биоэнергетические процессы в нервной системе. [9,10].

В настоящей публикации привожу личный опыт применения препарата пантокальцин в лечении детей с минимальными мозговыми дисфункциями. Основную группу исследования составили 19 детей с данной патологией, в возрасте 6-7 лет, обратившихся в ШГДП№ 1. У всех детей диагностирован гипердинамический клинический вариант заболевания. Всем детям был назначен пантокальцин перорально, через 15-20 мин после еды, кратность приема 3 раза в день, разовая доза 0,5 г. Курсовое лечение 2 месяца. Контрольную группу составили 20 детей с аналогичной патологией в той же возрастной группе, которые получали стандартный курс лечения. Оценка терапевтической эффективности проводилась на основании результатов клинико-неврологического исследования больных детей и оценивались как «хороший эффект», «удовлетворительный», «неудовлетворительный». Результаты исследования показали, что по временным параметрам быстрый регресс патологических симптомов отмечался в основной группе больных по сравнению с контрольной. Оценка эффективности терапии в основной группе, по сравнению с контрольной:

Критерии оценки	Кол-во больных основной группы (N-19)	Кол-во больных контрольной группы
-----------------	---------------------------------------	-----------------------------------

		(N-20)
«хорошая»	16 (84%)	12 (60%)
«удовлетворительная»	3 (16%)	8 (40%)
«неудовлетворительная»	-	-

По результатам лечения отмечалась хорошая клиническая динамика в основной группе детей. За период лечения побочных эффектов препарата пантокальцин не наблюдалось.

Проблема школьной дезадаптации в нейропедиатрической практике остаётся актуальной. Решением данной проблемы может быть применение пантокальцина в лечении минимальных мозговых дисфункции, которое показало свою высокую эффективность, хорошую переносимость и может решить проблему полипрагмазии в нейропедиатрии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барашиев Ю.И. Перинатальная медицина и инвалидность с детства.// Акушерство и генекология – 1991 № 11 – С. 13-21
2. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации. Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М. 1995; 8-12
3. Вроно М.Ш. Сущность и проявления школьной дезадаптации при психических заболеваниях у детей. В кн: Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. Ташкент 1994; 159-160.
4. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии. М: Владос 2000; 144.
5. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: Факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики. Дефектология 2003; 6.
6. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М: Академия 2005.
7. Иовчук Н.М., Северный А.А. Что такое школьная дезадаптация? Социальная дезадаптация детей и подростков. Проблемы, проявление, преодоление. М: 1995.
8. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Клиническая гетерогенность синдрома дефицита внимания. Журн. неврол. и психиат. 2008; 8: 123-131.
9. Мусатова Н.М. Пантокальцин в лечении синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. Трудный пациент -2006. - № 6. Т. 4
10. Лепесова М.М., Текебаева Л.А., Исабекова А.А. Перинатальное поражение центральной нервной системы в виде минимальной мозговой дисфункции у детей раннего возраста. Хабаршысы. №3 (69) с.46-49. г. Туркестан.

УДК 616.8: 616.89 – 008.434.35 – 053.2

#### ПРОБЛЕМА ЗАИКАНИЯ В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Э.А. Абдухалилова

Городская детская поликлиника №1, г.Шымкент

#### ТҮЙІН

Балалардағы кекештенуді емдеуде пантокальцин және ноофен препараттарды қосарланған түрде қолдану жоғары эффектілікті көрсетті.

#### SUMMARY

Effectiveness of pantocalcin and noofen in treatment of stammering at children.

Это страдание заметно окружающим, имеет большое социальное значение, относительно широкую распространенность и трудноизлечимо. Неправильное отношение к заикающимся нередко чрезвычайно осложняет их жизнь. Термин «заикание» (balbuties) – греческого происхождения и означает повторение судорожных сокращений речевых органов. [1,2,3].

Классификация заикания включает: 1. Функциональное заикание. 2. Органическое заикание, другие формы. 1) заикание развития, которое возникает в процессе формирования речи и часто зависит от неблагоприятных условий среды; 2) дисфемия, то есть заикание как симптом органического поражения центральной нервной системы; 3) Заикание как особый вид психоневроза. Trevel в своей классификации делит заикание на несколько видов: неврологическое, психастеническое, истерическое, заикание подражания и др. Некоторые авторы особенно подчеркивают травматическую, контузионную формы этого нарушения.

М.И. Буянов и Б.З. Драпкин (1973) предложили дифференцировать заикание на невротическое, неврозоподобное и смешанное. [1,2,3].

В практической неврологии чаще используются понятия невротического и неврозоподобного заикания. Невротическое заикание обнаруживается лишь в психотравмирующей ситуации. Оно усиливается вследствие фиксации больного на своем дефекте, при отвлечении же внимания нарушение плавности речи резко уменьшается или вообще пропадает. Заикание, обусловленное логофобией, обычно сочетается с невротическими тиками и синкинезиями (сопутствующими движениями), которые имеют ту же динамику, что

и все расстройства, вытекающие из логофобии. Неврозоподобное заикание может носить наследственный характер. В этом случае у одних заикание прекращается или уменьшается к 10-12 годам, у других в той или иной степени сохраняется всю жизнь. Независимо от того, что вызвало неврозоподобное заикание (наследственность, органические причины или их сочетание), внешне оно выглядит одинаково. Оно монотонно, однообразно, не зависит от ситуации, больные не переживают его, не борются с ним; если пациента заставляют следить за своей речью, фиксируют его внимание на речевом дефекте, то заикание резко уменьшается. Всем этим неврозоподобное заикание принципиально отличается от невротического. [1,2,3].

Диагностическими критериями заикания являются: начало связано с психической травмой (до 70% случаев), развивается преимущественно в возрасте 3 – 5 лет, начало нередко совпадает с инфекционными (корь, дизентерия, коклюш) или соматическими (пневмония) заболеваниями, наследственность, как предрасполагающий фактор, Важна роль подражания в развитии заикания, запинки в речи могут повлиять на развитие заикания опосредованно - через психическое травмирование, Органическое поражение нервной системы играет определенную роль в развитии заикания. [1,2,3].

Генез заикания, как патофизиологического явления, заключается в слабости, функционально-динамической недостаточности высших механизмов, участвующих в регулировании речевых двигательных актов, что и затрудняет должную и стойкую координацию речевых движений и вызывает явление судорожности. Важную роль играют особенности высшей нервной деятельности ребенка, так как у детей нет еще в достаточной мере выработанных основных рефлексов тормозного порядка, что проявляется его высокой возбудимостью с чрезмерной ее иррадиацией, с бурным эмоциональным и двигательным реагированием, не соответствующим силе раздражителя, с готовностью при состояниях сильного возбуждения к судорожному реагированию. Психическая травма, слишком сильная для ребенка эмоция страха, вызывает перенапряжение нервных процессов в коре. Эти патофизиологические процессы прежде всего отражаются на особо уязвимой и ранимой области высшей нервной деятельности ребенка – на его речи, вызывая функциональные расстройства в деятельности речевой двигательной системы. Возникает заикания у детей, имеющих остаточные микросимптомы органического происхождения со стороны центральной нервной системы, а также ослабленное состояние организма, так как при этих состояниях кора головного мозга астенизирована. В ней, естественно, особенно легко могут возникнуть перенапряжения высших нервных процессов. [1,2,3].

Заикание—это темпоритмическое нарушение речи, при котором нарушается координация всех движений, участвующих в речи, не только дыхательных, фонаторных и артикуляционных, но и мимических и жестикуляционных. Признаки заикания очень изменчивы и разнообразны; их можно разделить на внешние, или физические, и внутренние, или психические. [1,2,3]. Судорожные движения мускулатуры речевого аппарата (клонусов и тонусов) являются характерными внешними признаками. Степень заикания колеблется от неуверенности при речи до полной невозможности произнести что-нибудь во время приступа. Дыхательные движения нарушаются очень заметно, и многие заикающиеся испытывают это так сильно, что неправильно принимают их за главную причину своего недостатка речи. Нарушения фонаторных движений заключаются в том, что почти у всех заикающихся нарушается голос, однако не так часто и заметно, как дыхание. [1,2,3].

Появляются сопутствующие движения. В этих движениях могут участвовать самые различные группы мышц лица, шеи, туловища и конечностей. Заикающиеся дети испытывают моторное беспокойство и во время сна, дети больше заикаются в присутствии незнакомых лиц или тех, кого они боятся или уважают, например, учителей. Заикание также резко проявляется после сильного физического напряжения, при простудных заболеваниях, у девочек во время менструации.

Кроме физических признаков заикания имеются психические, которые превращают заикание в тяжелое мучительное страдание. Особенно типичным признаком заикания является страх перед речью (логофобия). Страх вынуждает заикающегося все время думать о механизме артикуляционных движений, и от этого он становится малоразговорчивым и нелюдимым. Заикающиеся постоянно испытывают страх перед приступом, и каждый приступ наносит тяжелые и всегда новые психические травмы. Иногда появляются параноидные черты. Не удивительно, что психическое состояние больных постепенно изменяется к худшему и невроз речи переходит в психоз. [1,2,3].

Обычно диагностика заикания затруднений не представляет. В симптомокомплекс входят не только судорожные сокращения речевых мышц, но и сопутствующие судороги других мышц, вздрагивание и раздувание крыльев носа (симптом Фрешельса), вегетопатические явления, страх речи, реактивное изменение характера и др. [1,2,3]. Надо уметь отличать заикание от тахилалии (чрезмерно быстрой речи), начальных форм афазии и регрессировавшей афазии в качестве остатков речевого нарушения. [1,2,3].

В комплекс лечения заикания входит целый ряд различных мероприятий. Заикающийся ребенок нуждается в благоприятном окружении, поэтому необходимо создать спокойную обстановку, в которой он был бы огражден от сильных раздражителей, от отрицательных эмоций. Важна правильная речь окружающих. Непременным условием для нормализации у ребенка высших отделов нервной системы является твердый режим дня, обеспечивающий определенный ритм его жизни. Не менее 10-11 ч ночью и 2-х часов днем, а у школьников – 8-9 ч ночью и 2-1,5 ч днем. Питание также играет определенную роль. Витаминизация пищи благоприятно влияет на высшую нервную деятельность, реактивные силы и иммунологическое состояние организма. Так же важен активный отдых. Для детей возбудимых - игры спокойные, нешумные.



Заторможенных нужно активизировать, развивать у них самостоятельность. Закаливающие процедуры в комплексе лечения также занимают важное место. Воздушные и солнечные ванны, водные процедуры, физические упражнения, различные спортивные развлечения создают эмоциональный подъем, бодрое настроение. [1,2,3].

В комплексе лечения заикания психотерапия занимает главное место. Психотерапия – это не только лечебное воздействие словом. Роль психотерапии состоит в том, чтобы перестроить душевный мир ребенка, заставить его пересмотреть свое отношение к себе, к окружающим, к своей речи, дать ему возможность чувствовать себя полноценным среди сверстников, породить уверенность в своих силах. В комплексном воздействии на заикающегося важны логопедические занятия. Особая роль отводится дыхательной гимнастике. [1,2,3].

Медикаментозная терапия заикания является существенным компонентом повышающим эффективность лечения. Медикаментозная терапия способствует профилактике рецидивов заикания. Была принята попытка изучения и оценки эффективности сочетанного применения препаратов ноофена и пантокальцина в лечении детей с заиканием, обратившихся в ШГДП № 1.

Основную группу больных составили 14 детей с заиканием в возрасте 4-5 лет. У 8 детей диагностирована клоническая форма заикания, а у 6 больных - смешанная форма. Всем детям был назначен пантокальцин перорально, через 15-20 мин после еды, кратность приема 3 раза в день, разовая доза 0,25 г. Ноофен назначался по 0,125 г. 2 раза в день. Курсовое лечение 2 месяца. Контрольную группу составили 15 детей с аналогичной патологией в той же возрастной группе, которые получали стандартный курс лечения. Оценка терапевтической эффективности проводилась на основании результатов клинко-неврологического исследования больных детей и оценивалась как «хороший эффект», «удовлетворительный», «неудовлетворительный». Результаты оценки эффективности терапии в основной группе, по сравнению с контрольной приведены в таблице:

Критерии оценки	Кол-во больных основной группы (N-14)	Кол-во больных контрольной группы (N-15)
«хорошая»	11 (78%)	9 (60%)
«удовлетворительная»	3 (22%)	6 (40%)
«неудовлетворительная»	-	-

Результаты лечения показали, что в группе больных с заиканием, получавших пантокальцин и ноофен эффективность лечения составила 78 %, по сравнению с контрольной группой 60%. За период лечения побочных эффектов от принимавших препаратов не наблюдалось.

В заключение можно резюмировать: сочетанное применение пантокальцина и ноофена эффективно в лечении детей с заиканием. Данное сочетанное применение двух препаратов поможет решить сложную проблему в детской неврологии – это проблему заикания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Т.А.; Румянцева В.Н., Шейде Н.А. Коррекция речевых нарушениях у детей дошкольного возраста с использованием пантокальцина. Жур. Медицина №1 2010 с.12-16.
2. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз как модель нарушениях при пограничных психических расстройствах. СПб: 2000
3. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Плохой хороший ребёнок СПб: 2003

УДК 616-006.6.04-053.2-037 (574)

#### КАРТОГРАММА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА И ИХ ПРОГНОЗНЫЕ ТРЕНДЫ ДО 2015 ГОДА

У.К. Жумашев

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д Асфендиярова, г.Алматы

#### ТҮЙІН

Бұл жасалынған картограмма арқылы Қазақстандағы балалар қатарлы ісіктерінің әр облыстарда әртүрлі екендігін, олардың жайылу үрдісін және 2015 ж. дейінгі кездесу жиіліктерінің болжамын көрсетеді. Яғни, жалпы орташа жылдық ісіктің кездесу жиілігі қазір  $7,0 \pm 0,3\% \text{ 000}$  болса, 2015ж  $15,3 \pm 0,9\% \text{ 000}$  болмақ.

#### SUMMARY

Compiled cartogram of malignant tumours of children population in general and for individual ethnic groups revealed different regularities of their existential distribution in separate areas of Kazakhstan. The general average annual indicators of malignant tumour of children population made up  $7,0 \pm 0,3\% \text{ 000}$ . So prognosis indicators of malignant tumour illness among children population of Kazakhstan will make up  $15,3 \pm 0,9\% \text{ 000}$  in 2015.

В России еще с XVIII века начали "медико-топографические описания" отдельных территорий; необходимость этих описаний была обусловлена практическими потребностями в сведениях о санитарном состоянии различных местностей, заболеваемости населения и распространенности болезней. С развитием медицины, достижениями в области географии и биологии менялись содержание, программа, задачи медико-топографических описаний. В последние годы появились специальные или отраслевые региональные, т.е. санитарно-эпидемиологические, санитарно-гигиенические и онкоэпидемиологические медицинские описания болезней на различных материках, в странах, регионах, районах и т.д..

При этом рассматриваются вопросы медико-географического районирования с последующей оценкой природных, социально-экономических факторов применительно к медико-географическим районам и внедрением медико-географических карт. Поэтому медико-географическая карта - перспективный метод для установления взаимосвязи между факторами географической среды и состоянием здоровья человека, возникновением и динамикой различных болезней. При этом объектом изучения должна быть конкретная территория, предметом исследования является выявление определенных закономерностей влияния природных и социально-экономических факторов на здоровье населения, а целью должно быть проведение мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения.

**Комплексное медико-географическое.** районирование дает возможности выявить дифференциацию географической среды на составляющие ее подразделения, в каждом из которых влияние среды на здоровье населения относительно однородно, специфично [1]. При этом различные природные, производственные и социально-бытовые факторы образуют, в пределах объективно существующих производственно-территориальных комплексов, конкретные пространственно-территориальные системы условий жизни и деятельности. Именно медико-географический подход и предусматривает необходимость исследования особенностей распространенности злокачественных опухолей в тесной связи с указанными системами условий жизни и деятельности населения в пределах природно-территориальных и производственно-территориальных комплексов. Причем особенности распространенности опухоли у детей выявляются путем составления и построения карт, а затем их анализа и сравнительного пространственного изучения особенностей распределения злокачественных опухолей детского населения. При картографировании частоты злокачественных опухолей детского населения возникают различные вопросы относительно того, по каким территориальным подразделениям надо составлять карты. По этому вопросу существует два мнения в литературе: одни авторы категорически возражают против картографирования заболеваемости по административно-территориальным единицам [2], другие считают такой подход приемлемым [3], поскольку до устоявшегося времени организация онкологической помощи населению, а также сбор и обобщение официальной статистики проводятся в соответствии с административно-территориальным делением.

В литературе были опубликованы различные карты, в основном отражающие особенности распространенности рака пищевода в различных республиках; большинство их проведено в Казахстане [4,5,6]. При составлении картограммы некоторые исследователи использовали агрегатные индексы, вычисленные на основе интенсивных или стандартизованных показателей заболеваемости раком пищевода [5,6]. Некоторые авторы [4,7] использовали способ картографирования, принцип которого основан на значении среднеквадратического отклонения от среднеарифметических показателей заболеваемости в отдельных районах в разрезе административно-территориального деления. Подобный способ составления картограммы позволяет разграничить шкалу ступеней по уровню заболеваемости (низкий, средний, высокий), а вышеуказанные другие авторы (при делении на уровни показателей заболеваемости по районам) часто использовали различные шкалы картограммы, так что из-за разнородности подходов результаты трудно сопоставлять. Порой шкалу ступеней делили только словесно, не обосновав математическими методами [8,9,10].

**Материалы и методы исследования.** Использованы материалы касающиеся 2951 больных злокачественными опухолями детского населения, зарегистрированных за 1997-2006 гг. При составлении картограммы заболеваемости злокачественных опухолей в Казахстане, вначале вычислялись стандартизованные показатели заболеваемости всего населения и отдельных этнических групп, со использованием следующей методики, где в основе принято данные среднеарифметические величины ( $X$ ) и его среднеквадратическое отклонения ( $\sigma$ -сигма) [11]. После определения указанных математических величин, приняв  $\sigma$  за интервал составляется шкала ступеней картограммы. При этом среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ -сигма) является критерием группировки показателей по уровням заболеваемости, поэтому показатели, заключенные в интервале  $X \pm 0,5\sigma$ , характеризуют средний уровень заболеваемости злокачественными опухолями детского населения в Казахстане, а показатели, отстоящие от среднего уровня заболеваемости на одну сигму ( $\sigma$ ), показывают пониженную и повышенную заболеваемость злокачественных опухолей.

**Результаты и обсуждение.** Составленная нами обобщенная картограмма распространенности злокачественных опухолей всего детского населения Казахстана (рисунок 1), в отдельных областях административно-территориального деления, позволила выявить определенные закономерности пространственно-временного распространения их в отдельных областях республики. Общие среднегодовые показатели заболеваемости злокачественными опухолями детского населения Казахстана составил  $7,0 \pm 0,3\text{‰}$ . При этом установлено и определено «локусы» заболеваемости злокачественными опухолями детского населения с высокими и низкими показателями, расположенных в различных областях Казахстана.

Так, на основе стандартизованных (мировой) показателей заболеваемости злокачественными опухолями всего детского населения республики установлены: - относительно высокие показатели (шкала ступеней с 9,0 до 10,05‰) – в Кызылординской (10,5‰) и Павлодарской (10,8‰) областей. - высокие показатели (шкала ступеней 7,95 до 9,0‰) – в Атырауской (8,0‰) и Восточно-Казахстанской (8,8‰) областей. - средние данные выявлены (шкала ступеней с 6,9 до 7,95‰) – Карагандинской (7,7‰), Костанайской (7,7‰) и Северо-Казахстанской (7,2‰) областей. - низкие и очень низкие выявлены - (шкала ступеней с 4,35 до 6,9‰) – в Жамбылской (4,7‰), Акмолинской (5,3‰), Мангистауской (5,7‰) Актюбинской (5,9‰), Южно-Казахстанской (6,4‰) и Алматинская (6,9‰) областей.

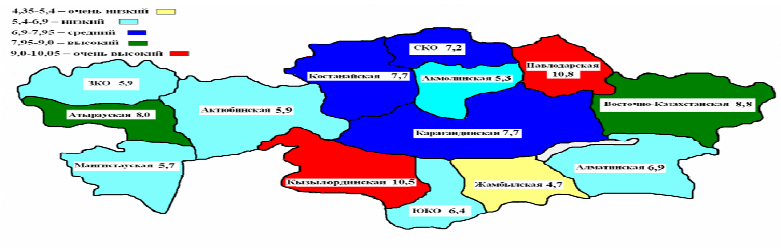


Рисунок 1 - Картограмма распространность злокачественных опухолей- детского населения Казахстана (1997-2006 гг.)

Картограмма показатели заболеваемости злокачественными опухолями детей казахской этнической группы населения республики позволили установить (рисунок 2) следующие: - относительно высокие показатели (шкала ступеней с 13,61 до 20,17‰) – в Кызылординской (18,1‰) области. - высокие показатели (шкала ступеней 13,05 до 16,61‰) – в Северо-Казахстанской (8,8‰) области. - средние данные выявлены (шкала ступеней с 9,49 до 13,05‰) – Атырауской (13,6‰) и Павлодарской (13,9‰) областей. - очень низкие и низкие выявлены - (шкала ступеней с 2,37 до 9,49‰) – в Восточно-Казахстанской (5,3), Южно-Казахстанской (6,0‰), Акмолинской (6,7‰), Алматинская (7,0‰), Жамбылской (8,1‰), Карагандинской (7,8), Костанайской (7,6), Мангистауской (8,9‰) и Западно-Казахстанской (6,9‰) областей.

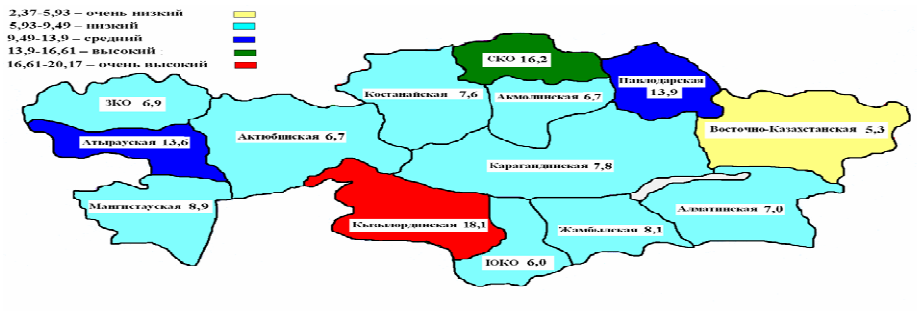


Рисунок 2 - Картограмма распространность злокачественных опухолей- казахов детского населения Казахстана (1997-2006 гг.)

Картограмма показатели заболеваемости злокачественными опухолями детей русской этнической группы населения республики позволили установить (рисунок 3) следующие: - относительно высокие показатели (шкала ступеней с 9,0 до 10,05‰) – в Костанайской (10,5‰), Мангистауской (10,4‰) Южно-Казахстанской (11,4‰) и Жамбылской (11,9‰) областей. - высокие показатели (шкала ступеней 4,95 до 9,0‰) – в Атырауской (8,0‰) и Акмолинской (8,3‰) областей. - средние данные выявлены (шкала ступеней с 6,9 до 7,95‰) – Павлодарской и Северо-Казахстанской (6,7‰) областей.

- очень низкие, и низкие выявлены - (шкала ступеней с 4,35 до 6,9‰) – в Восточно-Казахстанской (4,8‰), Актюбинской (4,8‰), Алматинской (4,6‰), Карагандинской (4,3‰), Кызылординской (5,7‰), и Западно-Казахстанской (5,9‰) областей.

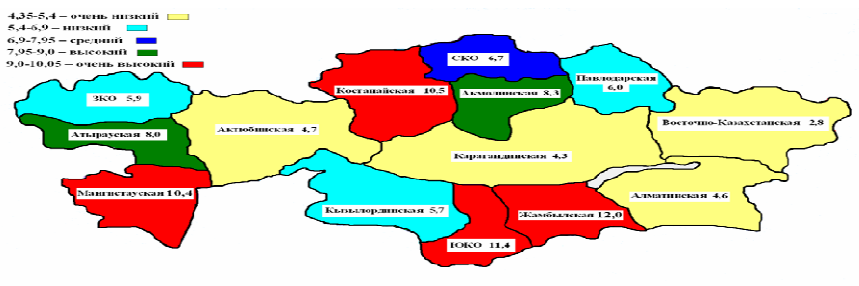


Рисунок 3 - Картограмма распространность злокачественных опухолей русских детского населения Казахстана (1997-2006 гг.)

Таким образом, составленная картограмма злокачественных опухолей детского населения в целом и по отдельным этническим группам выявила отдельные закономерности их на территории Казахстана, отражая пространственно-временное распределение. При этом теоретическое и фактическое распределение злокачественных опухолей у детей на отдельных областях республики расхождение невелики. Так как критерий Пирсона ( $\chi^2$ ) равен 6,45, что больше табличного значения 0,43 (при  $k=14$ ), т.е. близко к нормальному распределению ( $P \leq 0,05$ ), несмотря на имеющиеся недоучеты больных злокачественными опухолями на территориях республики.

**Прогнозные показатели.** На основе выше полученных результатов нами произведен сравнительный анализ ожидаемого уровня заболеваемости злокачественными опухолями в целом и по основным этническим группам, а также по локализациям опухоли детского населения Казахстана до 2015 года. При экстраполяции трендов заболеваемости злокачественными опухолями детского населения в целом и по этническим группам мы основывались на предположении о том, что для определенного периода времени в прошлом заболеваемость сохранится на ограниченном отрезке времени и в будущем. Но учетом того, что в республике имеет место недоучет больных злокачественной опухолью, полученные нами результаты путем экстраполяции динамического ряда заболеваемости их нужно рассматривать как вероятностные, как своего рода оценки. Поскольку, логическая основа экстраполяции исходит из следующего предположения о неизменности влияющих факторов, то есть зависимые зафиксированные в прошлом значения сохраняют свое значение в будущем. При этом необходимо учитывать что в перспективе возможно улучшение учета в результате своевременной диагностики злокачественных опухолей у детей на территориях республики.

Прогнозные показатели заболеваемости детского населения республики вычислены по усеченно-стандартизованным (мировой) показателям (0-14 лет) заболеваемости злокачественными опухолями детского населения (таблица 1).

Объект	Год			
	2010	ДИ	2015	ДИ
Республика	13,3±1,2	11,0 -15,7	15,3±0,9	13,5 – 17,1
Казахи	15,4±0,9	13,6 -17,2	20,6±1,2	18,2 -23,0
Русские	12,8±0,8	11,2 -14,4	15,8±0,9	14,0 -17,6
Лейкозы	2,1±0,2	1,71 -2,49	2,3±0,2	1,91 -2,69
Опухоли ЦНС	1,74±0,2	1,35 – 2,13	1,95±0,2	156 – 2,34
Лимфомы	1,38±0,1	1,36 – 1,40	1,48±0,2	1,44 -1,87

Таблица 1 - Прогностические показатели заболеваемости злокачественными опухолями детского населения Казахстана на 2015 год (%000)

Так, прогнозные показатели заболеваемости злокачественными опухолями среди всего детского населения Казахстана в 2015 году будут составлять 15,3±0,9‰ (ДИ = 13,5 – 17,1), а по этническим группам: среди детей казахской национальности - 20,6±1,2‰ (ДИ= 18,2 -23,0 ) и у русских лиц - 15,8±0,9‰ (ДИ= 14,0 -17,6 ). По отдельным основным локализациям злокачественной опухоли у детей: лейкозы -- 2,3±0,2‰ (ДИ= 1,91 -2,69), опухоли ЦНС - 1,95±0,2‰ (ДИ= 156 – 2,34 ) и лимфомы - 1,48±0,2‰ (ДИ=1,44 -1,87), но эти данные будут относительно не одинаковыми, но высокой по сравнению с данными 2006 года.

На основе вышеуказанных расчетов, в рисунках № 4-9 представлены графические изображения прогностических показателей заболеваемости детского населения в целом и в зависимости от этнического состава детского населения, а так же по основным нозологическим формам опухоли в Казахстане.

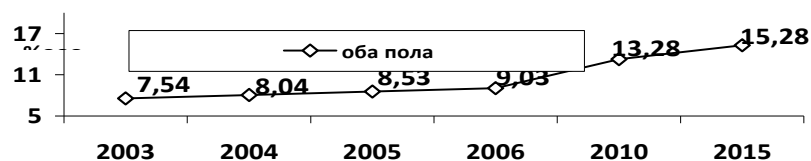


Рисунок 4- Прогнозные показатели заболеваемости злокачественными опухолями обоого пола детского населения Казахстана.



Рисунок 5 - Прогнозные показатели заболеваемости злокачественными опухолями казахской национальности детского населения Казахстана.

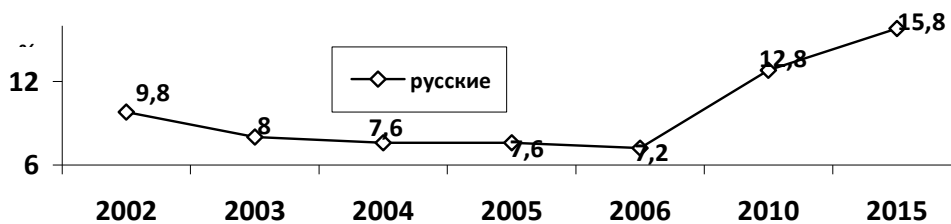


Рисунок 6 - Прогнозные показатели заболеваемости злокачественными опухолями русской национальности детского населения Казахстана.

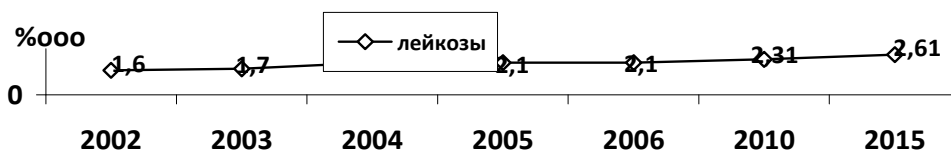


Рисунок 7 - Прогнозные показатели заболеваемости лейкозами детского населения Казахстана.



Рисунок 8 - Прогнозные показатели заболеваемости опухоли ЦНС детского населения Казахстана.

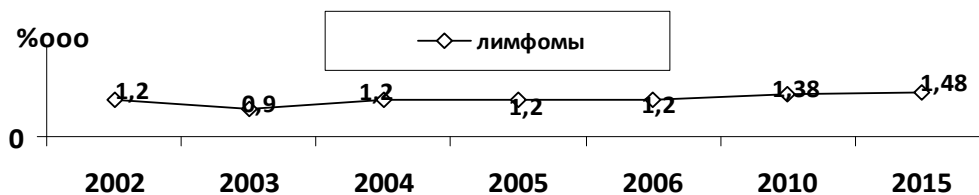


Рисунок 9- Прогнозные показатели заболеваемости лимфомы детского населения Казахстана

Таким образом, ожидаемые показатели заболеваемости злокачественными опухолями детского населения Казахстана в 2015 году среди всего населения и по основным этническим группам населения, а также по отдельным формам опухолей будут близкими к реальным. Это возможно только при условии сохранения прямолинейности динамики заболеваемости злокачественной опухолью среди детей. Однако, темпы прироста у них могут быть разные. Поэтому возможны и другие варианты, которые будут связаны с отдельными показателями критериев онкологической службы в республике в целом и ее отдельных областях. Вычисленные прогнозные показатели уровня заболеваемости злокачественными опухолями детского населения позволяют органам здравоохранения республики целенаправленно организовать противораковую борьбу в отдельных регионах Казахстана.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Масюкова Е.М., Тун В.Г. Актуальные проблемы советской онкологии. Томск, 1984. – Вып. 3. – с. 90-93.
2. Двойрин В.В. Методы эпидемиологических исследований при злокачественных опухолях. М: Медицина, 1975.-75с.
3. Гуслицер Л.Н. Эпидемиология злокачественных опухолей на Украине. Киев: Наукова Думка, 1988.- 181 с.
4. Кайракбаев М.К. Актуальные вопросы онкологии и радиологии. –Алма-Ата, 1977. – Т. 15. – с. 14-18.
5. Колычева Н.И., Александрова Н.М. и др. Эпидемиология злокачественных опухолей. Алма-Ата, 1970.- с. 262-268.
6. Нугманов С.Н. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане. - Алма-Ата, 1969.- 280 с.
7. Игисинов С.И. //Здравоохранение Киргизии. - Фрунзе, 1987. - № 6. – с. 7-9
8. Байкенов У.К., Позднякова А.П. и др. Проблемы медицинской географии. Алма-Ата, 1981. – с. 96-98.
9. Жадырсинов А.Ж. Эпидемиология, профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований / Сб.научн.тр. Томск, 1987. – с. 36-38.
10. Сарсебеков Е.К. Автореф. дисс... канд.мед.наук. – Алма- Ата, 1983.-16с.
11. Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике // Здравоохранение Казахстана.-1974.-№2.- С.69-71.

УДК 618.17

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ***Т.И. Варзилов**Клиника международного казахско – турецкого университета им. Х.А. Ясави, г. Шымкент.***ТҮЙІН**

Әдеби мәліметтерге шолуда жыныс жолдарының созылмалы қабыну ауруларының жоғары жиілігі қазіргі замануға сай алдын алу шараларын жүргізуді талап етеді.

**SUMMARY**

On literary data high frequency of chronic inflammatory diseases of genitals in structure of gynecologic disease in modern conditions testify to necessity of preventive actions.

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья и репродуктивной функции женщин является важнейшей задачей медицинской и социальной значимости. Проблема воспалительных процессов женских половых органов всегда актуальна. В настоящее время воспалительные процессы женских половых органов находятся на первом месте среди гинекологических заболеваний, несмотря на широкое использование имеющихся многочисленных противомикробных средств, а также средств, активирующих функции важнейших систем организма, что, в конечном счете, определяет успех борьбы с инфекцией и ее последствиями [1]. Вопросы диагностики и лечения воспалительных органов репродуктивной системы продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем медицины в связи с высокой частотой патологии 60-65% и отсутствием тенденции к снижению [2, 3].

Воспалительные заболевания половых органов могут возникать под действием механических, термических, химических факторов. Наиболее воспалительные заболевания половых органов значимым является инфекционным. В зависимости от вида возбудителя делятся на неспецифические и специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия). Причинами неспецифических воспалительных заболеваний могут быть различные кокки, грибы, кандиды, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, кишечные палочки, клебсиеллы, протей, коринебактерии (гарднереллы), вирусы, трихомонады и другие. Наряду с абсолютными патогенами в возникновении воспалительных заболеваний половых органов важную роль играют и условно – патогенные микроорганизмы, обитающие на определенных участках половых путей, а так же ассоциации микроорганизмов [4]. Нормальная микрофлора влагалища представлена в основном анаэробными или факультативными анаэробными бактериями (обычно около 6 видов), среди которых доминируют продуцирующие перекись водорода *Lactobacillus spp.* Они обеспечивают кислую среду влагалища (рН<4,5) за счет превращения углеводов, содержащих в клетках многослойного плоского эпителия, в молочную кислоту. Содержание глюкозы и ее предшественника – гликоген – в эпителиальных клетках увеличивается под действием эстрогенов. Кислая среда влагалища и перекись водорода – важные неспецифические факторы защиты [5]. К неблагоприятным факторам, ослабляющим сопротивляемость организма инфекции и способствующим возникновению воспаления, следует отнести аборт, роды, после абортный период, менструацию, малокровие, авитаминоз, голодание, переохлаждение, очаги хронической инфекции, длительные и тяжелые общие заболевания [6].

Учитывая особую важность проблемы, отдельно следует остановиться на внутриматочной контрацепции (ВМК) как одной из основных причин развития тяжелых форм воспалительных заболеваний придатков матки и факторов, предрасполагающих к их возникновению. В основе развития любого воспалительного процесса, как острого, так и хронического, лежит взаимодействие этиологического фактора (микроорганизма) и иммунологических сил больного [7]. Кроме того, определяющее влияние на исход воспалительного процесса имеют средовые факторы. Условия, в которых развивается воспаление, зависят от функционального состояния целого рода органов и систем организма женщины, определяющих состояние общего и местного гомеостаза [8].

В настоящее время повысилась не только общая частота случаев данной патологии, но и изменились представления о роли микробного фактора в возникновении воспалительного процесса придатков матки, его хронического течения и рецидивирования. Нет четких критериев, определяющих время, когда микробный фактор исчезает из организма (на фоне или после проведенной терапии), что диктует необходимость более тщательного изучения возбудителей и их ассоциаций при инфекционных процессах в урогенитальном тракте [1]. Хламидийная инфекция может протекать со своеобразными клиническими проявлениями: от легких уретритов и бессимптомного течения у женщин с бесплодием до тяжелых воспалительных процессов придатков матки, особенно в сочетании с гонорейной инфекцией. В последние годы накоплено достаточно сведений о воспалительных заболеваниях гениталий, вызванных представителями семейства *Mycoplasmataceae*, разделяющегося на два рода: род *Mycoplasma* и род *Ureoplasma* [9]. Во всех странах мира наблюдается тенденция к увеличению частоты вирусных заболеваний женских половых органов. Вирус простого герпеса (ВПГ) может быть выделен из цервикального секрета 90% женщин с первичной генитальной инфекцией. Выделения из влагалища обусловлены цервицитом различной степени – от тяжелого некротического цервицита

до эритемы с несколькими мелкими эрозиями. У женщин, из шейки матки которых долгое время выделяется вирус, часто появляются пузырьки, и потому поражение вульвы принимает затяжной характер в процессе первичной инфекции. Есть сообщения о том, что как первичные, так и рецидивирующие генитальные ВПГ-инфекции могут протекать бессимптомно. Многие больные, у которых антитела против ВПГ-2, отрицают наличие в анамнезе генитальной инфекции. У женщин бессимптомное выделение вируса из шейки матки и/или вульвы составляет примерно 5% рецидивов ВПГ-инфекции. Описаны так же случаи хронического выделения ВПГ из шейки матки. При этом существует большой риск неблагоприятного воздействия на развивающуюся беременность [10]. Воспалительные заболевания снижают трудоспособность больной, а иногда могут угрожать жизни. В результате перенесенного воспалительного процесса у больной могут возникать нарушения менструальной функции, бесплодие.

Таким образом, по литературным данным высокая частота хронических воспалительных заболеваний половых органов в структуре гинекологической заболеваемости в современных условиях свидетельствуют о необходимости профилактических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. О специфической диагностике и консервативной терапии воспалительных заболеваний придатки матки // Акушерство и гинекология. – 1991. №4 – С. 62-67.
2. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. Материалы 3-го Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии, и перинатологии». Москва 2001. – С. 365-368.
3. Под редакцией акад. РАМН, проф. Г.М.Савельевой, проф. В.Г.Браусенко // Гинекология, Москва 2007.С. 161.
4. Под редакцией Дж. Берека, И.Адаши и П.Хиллард // Гинекология по Эмилио Новаку, Москва 2002. 269с.
5. Под редакцией Сулопарова Л.А. Гинекология новейший справочник», Санкт-Петербург, 2000г., С. 122.
6. Беклемишев Н.Д., 1986. Иммунопатология и иммунорегуляция (при инфекциях, инвазиях и аллергиях). М. Медицина. 1986.250с.
7. Лебедев К.А., Понякина И.Д., 1990.Иммунограмма в клинической практике. М. Наука.1990.225 с.
8. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. М. Медицина.1991. 271 с.
9. Козлова В.И., Пухнер А.Ф., 1985.Вирусные хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. М. Авицена. 1995. 315с.
10. Малевич Ю.К., 1997.Ведение беременности, родов и периода новорожденности у женщин с герпетической инфекцией // Репродуктивная функция женщин Беларуси в современных экологических условиях (сборник научных работ VI съезда акушеров- гинекологов и неонатологов Беларуси, 27-29 мая 1997.- Гомель). Минск, 1997.Т II. С. 48-49.

УДК 616-053.3: 613.221

#### ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Б.М. Ашыкбаева*

*Роддом клиники Международного казахско-турецкого университета им. Х.А.Ясави, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

1 жасқа дейінгі балаларға оптимальдық тамақ беру қазіргі педиатрлардың маңызды мәселесі. Мақалада 1 жасқа дейінгі балаларды емізу жолымен тамақтандыру туралы айтылады. Балалардың рационалдық тамақтануы олардың гармонялдық өсуінде, физикалық және жүйке-психикалық дамуында, түрлі инфекциялардың және сыртқы ортаның басқа да жағымсыз факторлерінің пайда болуына қарсы тұруда маңызды роль атқарады, сонымен қатар балалардың ерте жастағы және кейінгі жылдардағы мықты денсаулығының негізі қалана бастайды.

#### SUMMARY

Optimization of feeding of the infants up to the first year life is one of the actual tasks of modern pedyiatrics. This article described advantages of infants of the first year life. Rational food for children plays the main role in maintenance of their hormones growth, physical and nervous-psyhic development, resistance to infection and other unfavourible factors to put foundation for the good health at early kids age, and in the bollowing years.

Согласно современным рекомендациям ВОЗ, оптимальным способом вскармливания ребенка на первом году жизни является исключительно грудное вскармливание (ГВ). Оптимизация вскармливания детей первого года жизни является одной из актуальных задач современной педиатрии.

Рациональное питание детей играет ключевую роль в обеспечении их гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, устойчивости к воздействию инфекций и других неблагоприятных факторов внешней среды, а также закладывает фундамент хорошего здоровья как в раннем детском возрасте, так и в последующие годы. Однако питание детей первого года жизни в настоящее время нередко является неадекватным и характеризуется недостаточной распространенностью грудного вскармливания, ранним введением в питание неадаптированных молочных смесей, неоптимальными сроками назначения и использования ассортимента продуктов питания. Это является одной из причин значительной распространенности таких алиментарно-зависимых заболеваний, как анемия, рахит, гипотрофия, пищевая

аллергия, и служит преморбидным фоном для возникновения и хронического течения заболеваний желудочно-кишечного тракта, болезней сердечно-сосудистой системы [1]. В настоящее время педиатрами всего мира признано, что вскармливание материнским молоком было и остается самым полноценным питанием для грудных детей. Материнское молоко содержит в оптимальных количествах и в идеально сбалансированных соотношениях все необходимые для ребенка пищевые вещества, целый комплекс защитных факторов и биологически активных соединений. Оно обладает родственной связью с тканями младенца и полностью обеспечивает пластическую и энергетическую функции его организма. Молочное питание всегда носило и носит сугубо видоспецифический характер, являясь постнатальным эквивалентом пуповинной связи внутриутробного периода развития. Биологическая эволюция человека сложила свой собственный механизм молочного питания, который сугубо приспособлен только для обеспечения роста и развития именно ребенка. Специфичность молочного питания человека проявляется в том, что в первую неделю свойства секрета молочной железы меняются в динамике, в соответствии с динамикой развития новорожденного. Это не случайно. Количественное и качественное изменение состава грудного молока строго приспособлено к динамике потребностей новорожденного. Кроме того, материнское молоко также удивительным образом приспособлено к особенностям пищеварения и обмену веществ ребенка первых месяцев жизни. В первые 3-4 дня после рождения ребенок получает из груди матери молозиво. Затем – переходное молоко. Со 2-3 недели материнское молоко становится зрелым и приобретает свой постоянный состав. Молозиво по составу основных пищевых ингредиентов близко к тканям новорожденного, поэтому легко усваивается. Это густая желтоватая жидкость, содержит по сравнению со зрелым молоком большее количество белка.

Состав белков молозива и зрелого молока различен. В молозиве белковая формула в основном предоставлена альбуминами и глобулинами, т.е. белками, близкими к белкам крови. Казеиновая фракция в молозиве содержится в меньшем количестве. В дальнейшем в зрелом молоке эти соотношения меняются. Аминокислотный состав молозива и зрелого молока также несколько различен. В молозиве, по сравнению со зрелым молоком, почти в 2 раза увеличено содержание таких аминокислот, как метионин, гистидин, лейцин и цистин. В зрелом молоке сохраняется уникальный аминокислотный состав, обеспечивающий интенсивные процессы роста и развития ребенка. Отмечено, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, уровень интеллектуального развития выше. В последние годы в грудном молоке определена свободная аминокислота, таурин, которой придается большое значение как модулятору роста, определяющему структурную и функциональную целостность клеточных мембран. Жир грудного молока покрывает 50% энергетической потребности ребенка. По данным ВОЗ количество жира увеличивается на протяжении лактационного периода и составляет в молозиве 29,5 г/л, в переходном молоке – 35,2 г/л, в зрелом молоке – 45,4 г/л. Жир молозива богат олеиновой кислотой, близкой по составу к жиру тела новорожденного, а также содержит большое количество фосфолипидов, составляющих 6,1%. В переходном и зрелом молоке количество их снижается до 1,7%. Содержание углеводов в молозиве и зрелом молоке представлено в основном молочным сахаром – лактозой, количество которой по мере созревания молока увеличивается. Большая часть лактозы подвергается расщеплению в тонком кишечнике. Однако небольшое количество лактозы в нерасщепленном виде попадает в толстый кишечник, где под действием бифидумбактерий ферментируется в молочную кислоту, обеспечивающую низкую рН кала, способствующую подавлению патогенной флоры кишечника. Содержание минеральных веществ в молозиве выше, чем в зрелом молоке. Молозиво богато солями натрия, железа, цинка, меди, калия и витаминами, в частности, каротином, С, А, Е. Особенности зрелого молока, определяющие преимущества грудного молока, по сравнению с коровьим, следующие: альбумины женского молока мелкодисперсны, поэтому эта фракция белка легче переваривается, не требует большого количества пищеварительных соков и не вызывает напряжения. Установлено также, что частицы казеина женского молока малы и в процессе свертывания в желудке ребенка образуют очень нежные, мелкие хлопья. К особенностям жирового компонента грудного молока относится степень дисперсности и преобладание полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) над насыщенными. ПНЖК необходимы для развития мозга, пролиферации клеток, миелинизации нервных волокон. Выявлено, что жирно-кислотный состав грудного молока во многом зависит от питания матери. Поэтому особенно важно снабжение ее еще в период беременности растительными жирами, являющимися основными источниками ПНЖК. В последние годы в женском молоке обнаружен карнитин – вещество, необходимое для оптимального окисления жирных кислот и осуществления транспорта жирных кислот в митохондрии. Особым преимуществом женского молока является малое содержание в нем летучих жирных кислот, которые могут оказывать раздражающее действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта ребенка.

Кальция и фосфора в грудном молоке мало, но они находятся в легкоусвояемой форме. Уровень кальция и фосфора в процессе лактации изменяется мало, а их соотношение 2:1 является идеальным и остается постоянным, обеспечивая нормальный рост и развитие костной ткани ребенка. Установлена высокая биодоступность большинства минеральных веществ грудного молока. Так, всасывание железа из материнского молока составляет 50-70%, в то же время как из коровьего молока – всего 10-30%. Отмечается зависимость содержания витаминов в молоке от питания матери. Доказано влияние многих витаминов женского молока (А, С, Р, Е) на биоэнергетические и липолитические процессы организма ребенка. К числу уникальных свойств женского молока относится высокое содержание в нем защитных факторов. С грудным молоком, в первую очередь, с молозивом, ребенок получает от матери значительное количество иммунных тел, имеющих большое значение для предохранения его от заболеваний, особенно в первые дни жизни. Прежде



всего, это JgA, JgL, JgM, JgE, JgD, из которых секреторным JgA принадлежит ведущая роль. JgA стабилен при низкой кислотности кишечника и не разрушается протеолитическими ферментами. Наибольшая концентрация JgA в молозиве (400 мг).

Однако, уже к концу 1-го месяца лактации его уровень снижается в 10 раз. JgA грудного молока обеспечивает местную иммунологическую защиту слизистой кишечника от вредных агентов в периоде новорожденности, т.е. в тот ответственный период, когда ребенок особенно подвержен инфекции и когда собственная выработка этого еще недостаточна. К важным защитным компонентам грудного молока относят лактоферрин, бактерицидное действие которого заключается в конкурирующем связывании железа, необходимого для роста микроорганизмов. В довольно высоких концентрациях в грудном молоке содержится лизоцим. Попадая в пищеварительный тракт ребенка, лизоцим оказывает мощное нормализующее влияние на состав микробной флоры полости рта и кишечника. Лизоцим грудного молока в 100 раз активнее лизоцима коровьего молока и в 2 раза активнее лизоцима куриного яйца, принятого за эталон. Лизоцим не только влияет на рост патогенной флоры, но и способствует росту бифидофлоры кишечника грудных детей. Кроме того, в грудном молоке содержатся макрофаги, Т- и В-лимфоциты, плазматические клетки, нейтрофилы, обеспечивающие фагоцитоз микробов и вирусов, а также синтез лизоцима, интерферона и лактоферина. В женском молоке содержится 19 ферментов и простагландинов, которые оказывают влияние на многие физиологические функции, секрецию желудочного сока и слизи, вызывают сокращение гладких мышц, оказывают местное действие на микроциркуляцию, транспорт воды, глюкозы, ионов и т.д., то есть они играют важную роль в адаптации ребенка к вне утробному существованию [2].

Естественное вскармливание оказывает не только непосредственное, но и отдаленное внимание на развитие ребенка. Оно является важным фактором профилактики ряда заболеваний взрослого человека (гипертонии, ИБС, ожирения, онкологических заболеваний). Не менее важное значение имеет психоэмоциональная роль грудного вскармливания. Дети, вскармливаемые грудью матери, вырастают более контактными, доброжелательными, преданными семье и впоследствии сами становятся хорошими родителями. Десять принципов успешного грудного вскармливания (совместное заявление ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1989 г.) Каждому родильному дому и больнице по уходу за новорожденными детьми следует - строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить их до сведения медицинского персонала и рожениц; - обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания; - информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания; - помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов; - показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей; - не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями; - практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате; - поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию; - не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).

Поощрять организацию группы поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо и др. Научно-практическая программа «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации»/Педиатрия.-№4.-2008.-С.75-79
2. Скосарев И.А., Рахметова Г.Ш., Кузгибекова А.Б., Нугманова И.Ф. Методические рекомендации.- Караганда.- 1998.

УДК 616.22:616-053.2:57.083

#### РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В РАЗВИТИИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

*С.К. Оспанова*

*Городская детская поликлиника № 1, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Мақалада балалардың иммундық жүйесіне пробиотиктердің әсерінің клиникасын зерттеулері көрсетілген. Алынған теориялық және клиникалық көрсеткіштер, туылғаннан балалардың тамақтануындағы ана сүтінен айтылған балаларға пробиотиктердің қолданудағы қажеттілігі және эффективтілігі көрсетілген.

#### SUMMARY

The clinic research influence of probiotics on the immune system in children is showed in article. Received theoretical and clinical facts allow to say that effectiveness and necessity of using probiotics in children is linked to breast feeding nutrition.

Профилактическая активность пробиотиков (ПБ) в последние годы привлекают внимание исследователей и педиатров многих европейских научных центров. Интерес к ПБ связан прежде всего с тем фактором, что ученые нашли связь ряда заболеваний, таких как аллергические состояния, хронические

неспецифические заболевания кишечника, ожирение, сахарный диабет 2-го типа и др. с нарушениями кишечной микрофлоры у детей (КМБ) в развитых странах, а именно в развитых странах растет число случаев аллергических заболеваний. Обнаружение бифидобактерий (ББ) в материнском молоке явилось новым фактором, свидетельствующим в пользу включения ПБ в детские молочные смеси (ДМС) для детей, лишенных материнского молока [1].

Впервые живые бактерии были обнаружены в грудном молоке (ГМ) группой испанских исследователей в 2003 г. В 2003 году группа испанских исследователей опубликовала работу, в которой сообщалось о выделении из ГМ здоровых женщин кислomолочных бактерий – в частности *Lactobacillus gasseri*, *Lactobacillus fermentum* и *Enterococcus faecium* [2]. В пользу эндогенного происхождения бактерий, выделенных из ГМ, свидетельствовал тот факт, что эти штаммы по своим генотипическим характеристикам отличались от штаммов, высеянных у этих же женщин с кожи молочной железы. В то же время установлена тождественность штаммов лактобактерий (ЛБ), высеянных из ГМ и с поверхности ореолы, со штаммами ЛБ, выделенных из кала младенца, вскармливающегося данной женщины.

Та же закономерность была получена и для *E. Faecium*. Авторы предполагают, что кислomолочные бактерии, содержащиеся в ГМ, создают своего рода биопленку в протоках молочной железы и на поверхности ореолы. Формирование этой биопленки, содержащей кислomолочные бактерии, может начинаться за несколько недель до родов, когда начинается выработка и выделение небольших количеств молочива. Далее авторы изучали пробиотическую активность штаммов кислomолочных бактерий, выделенных ими из ГМ [3, 4]. В результате исследования было продемонстрировано, что ЛБ, принадлежащие к 3 штаммам, выделенных из ГМ (*L.gasseri* СЕСТ 5714, *L.gasseri* СЕСТ 5715 и *L. Fermentum* СЕСТ 5716), способны сохранять свою жизнеспособность при прохождении через агрессивные среды желудка и 12-перстной кишки.

Показана также их способность продуцировать молочную кислоту, создавая таким образом кислую среду в кишечнике, препятствующую росту патогенной флоры, а также способность к продукции перекиси водорода, обладающей способностью ингибировать рост многих патогенов, в частности *S.aureus*. Высокая способность этих штаммов ЛБ к адгезии к слизистой оболочке на модели клеточных структур САСО-2 и НТ -29 подтверждает их способность выступать в роли пробиотиков для младенца, получающего ГМ.

В работе М. Guimonde и соавт. [5], проводилось определение количества и состава штаммов ББ ГМ методом ПЦР. Наиболее часто встречающимся штаммом были *B. Longum* (98%). Авторы этой публикации высказывают мнение, что ББ ГМ являются важным стимулом развития кишечника и становления иммунитета грудного ребенка.

Исследование М. Grunland и соавт. [6] позволяет связать уровень ББ в материнском молоке с развитием атопии у младенца. Авторы изучали состав КМБ беременных женщин при сроке гестации 35-36 недель (ПЦР), после родов анализировали уровень ББ ГМ и фекалий младенца в возрасте 1 месяца. В исследовании учитывали наличие у матери аллергических заболеваний. При исследовании в результатах отмечено, что в ГМ матерей часто присутствовали *B. longum* (77% образцов), на втором месте были *B.animalis* (58%) и на 3-ем месте – *B.bifidum* (26%). В КМБ детей также преобладали *B. longum* (75%), *B. bifidum* и *B.animalis (lactis)*.

Наличие аллергического заболевания у матери существенным образом влияло на состав бактерий в ГМ: выявлено достоверное снижение количества ББ в молоке матерей с аллергией. Одновременно в кале детей, рожденных от матерей с аллергией, также достоверно снижалось общее количество ББ. Авторы отмечают, что только у детей, рожденных от матерей с атопией, выявлено наличие *B.adolescentis* в кале. Дополнительными находками в этом исследовании явились отсутствие ББ в возрасте 1 месяца жизни в кале у ребенка, рожденного кесаревым сечением, и другого младенца, получавшего антибиотикотерапию с рождения. Авторы исследования делают заключение, что ГМ содержит значительное количество ББ, уровень которых снижен у матерей-аллергиков. Бактерии ГМ являются важным фактором, определяющим колонизацию кишечника у младенцев.

Механизмы действия ПБ во многом аналогичны действию здоровой КМБ. Поэтому основная цель включения ПБ в детские молочные смеси – это увеличение уровня ББ в кишечнике младенца до уровня бактерий в кишечнике детей, получающих грудное вскармливание, так как именно эти бактерии обеспечивают максимальную защиту организма младенца при неблагоприятных ситуациях. При выборе ПБ для продуктов детского питания важно учитывать наличие защитных свойств, т.е. способность ПБ противодействовать внедрению патогенной или условно патогенной флоры. Этому направлению посвящено исследование М. Collado и соавт. [7].

В исследовании оценивались свойства ряда ПБ, отобранных из коллекции штаммов Нестле (*B. Longum*, *Str.thermophilus*, *B.lactis*, *L.rhamnosus* и *L.paracasei*), их способности влиять на снижение риска инфицирования *E.sakazaki*. В настоящее время хорошо известно, что *E.sakazaki* является условно-патогенной бактерией, способной вызывать тяжелое заболевание у детей со сниженным иммунитетом при ряде заболеваний периода новорожденности или у недоношенных детей. Для оценки свойств ПБ в экспериментальных условиях слепым методом каждая бактерия + *E.sakazaki* инкубировалась с рецензированным участком толстой кишки. Результаты исследования показали способы влияния ПБ на патогенные микроорганизмы.

Каждая из пробиотическим бактерий ингибировала рост *E.sakazaki*, обладала способностью смещать патоген с места адгезии и конкурировать с *E.sakazaki*. *E.sakazaki* и соавт. [8] в своих исследованиях рассматривали вопрос влияние ПБ на проницаемость кишечника у недоношенных детей. Известно, что

недоношенные новорожденные характеризуются повышенной проницаемостью кишечной стенки, что свидетельствует о нарушении барьерной функции кишечника. Автором проведено проспективное рандомизированное исследование 41 недоношенного ребенка, получивших смесь, содержащую *B.lactis*, в сравнении с группой недоношенных детей, получивших смесь без ПБ.

Проницаемость кишечника измерялась на 2-й, 7-й, 30-й дни жизни с использованием теста абсорбции сахаров. Все дети хорошо переносили смесь. На 2-й день жизни показатели уровня ББ и теста лактулоза/маннитол не отличались у детей обеих групп. На 7-й и 30-й день исследования количество ББ в кале было достоверно выше в группе детей, получавших ПБ. Соотношение лактулоза/маннитол было достоверно ниже на 30-й день жизни в группе детей, получавших смесь с ПБ. Автор делает заключение, что использование смесей с ПБ улучшает барьерную функцию кишечника и восстанавливает сниженную кишечную проницаемость.

Глубокая оценка роли ПБ у детей первого года жизни проведена в обзоре J.Saavedra. [9]. В обзоре автор суммирует современные данные роли КМФ в сохранении целостности кишечной стенки и развития иммунитета у младенца, отмечает изменение состава КМБ у детей, получающих ГМ или ДМС. Нарушения КМФ, в частности снижение уровня ББ, выявлено в группе детей, склонных в дальнейшем к развитию атопии, других заболеваний, сопровождающихся процессами хронического воспаления. ПБ главным образом влияют на состояние кишечного барьера и иммунные функции.

У новорожденных детей, получавших ПБ, увеличивалось количество Scd 14-маркера иммунологического созревания. *B.lactis* и некоторые другие виды ПБ увеличивают фагоцитарную активность, направленную на штаммы *E.coli*, ПБ увеличивают уровень иммуноглобулина А (JgA) и других иммуноглобулинов, а также количество клеток, секретирующих специфические JgA к ротавирусам. Особое внимание автор уделяет вопросам безопасности ПБ, дозировке и регуляторным аспектам. Отмечено, что некоторые ПБ, в частности *B.lactis*, имеют очень высокий потенциал безопасности.

Клинические исследования влияния пробиотиков на КМБ грудного ребенка показали прежде всего возможность предупредить глубокие нарушения состава КМФ. В работе Mohan и соавт. [10] в питании недоношенных детей, получавших антибиотики, были введены *B.lactis*. Через 3 недели от начала пробиотикотерапии отмечен достоверно более высокий по сравнению с контрольной группой уровень ББ в стуле у детей, снижение количества условно-патогенной флоры, повышение уровня JgA в копрофильтратах и снижение уровня калпротектина, как показателя воспаления кишечной стенки. Доминирование ББ в КМБ доношенных детей является важным фактором предупреждения развития атопии.

В работе J.Penders и соавт. [11], проводилось наблюдение за здоровыми доношенными детьми на протяжении 2 лет. При этом в возрасте 1 месяца был проведен анализ КМБ, а в возрасте 2 лет проводили забор крови для определения JgE. Результаты исследования показали, что высокий уровень *E.coli* являлся достоверным прогностическим фактором развития экземы, а младенцы, колонизированные *S.difficile*, имели более высокий риск развития экземы, аллергической сенсibilизации и аллергического ринита. В исследованиях Kalliomaki и соавт. [12] было показано, что использовании пробиотиков (*L.rhamnosus*) у детей с рождения на протяжении первых 6 месяцев жизни на 50% снижает частоту развития атопии у этих детей.

Утверждение о безопасности *B.lactis* базируется на всестороннем исследовании ее свойств. К настоящему времени выделен и хорошо изучен геном *B.lactis*, в котором отсутствуют неблагоприятные метаболические характеристики и потенциал вирулентности.

*B.lactis* (Bb12) не оказывает никакого негативного влияния на пристеночный слой слизи, сохраняя высокую способность к адгезии. Имеются многочисленные и хорошо документированные исследования, подтверждающие благоприятное влияние *B.lactis* на состояние кишечного барьера и иммунитет.

В последние 15 лет ДМС с *B.lactis* широко используется в питании грудных детей более чем в 30 странах, и не обнаружено ни одного побочного эффекта при ее использовании. Не зарегистрировано никаких побочных эффектов в ходе более чем 60 клинических испытаний продуктов, содержащих *B.lactis*, включая исследование доношенных и недоношенных новорожденных, а также детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Таким образом, использование пробиотиков в ДМС с рождения в случае отсутствия возможности грудного вскармливания поможет формированию здоровой иммунной системы младенца и снижению риска развития хронических воспалительных заболеваний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. О.К. Нетребенко. Обзор новых статей и материалов по механизмам действия и роли пробиотиков у детей (2007-2008 гг) - Педиатрия.-2009.-Том 87.- № 2.- С.130-135.
2. Martin R., Landa S., Reviriego C. et al Human milk is a source of lactic acid bacteria for the infant gut. The Journal of Pediatrics, 2003; 143(6): 754-758.
3. О.К. Нетребенко. Грудное молоко: пребиотик, пробиотик или синбиотик/Педиатрия. - 2008. Т.87. № 1. – С.95-98.
4. Martin R., Olivares M., Martin M. Probiotic Potential of 3 Lactobacilli Strains Isolated From Breast Milk. J.Hum.Lact.2005; 21(1): 8-17.
5. Guimonde M., Laitinen K., Salminen S. et al. Breast milk a source of bifidobacteria for infant gut development and maturation. Neonatology. 2007; 92: 64-66.

6. Grunland M., Guimonde M., Laitinen K et al. Maternal breast-milk and intestinal bifidobacteria guide the compositional development of the Bifidobacterium microbiota in infats at risk of allergic disease. Clin.and Experimental Allergy. 2007; 111:1-9.
7. Collado M., Isolauri E., Salminen S. Specific probiotic strains counteract adhesion of Enterobacter sakazaki to intestinal mucus FEMS Microbiol. Letter. 2008; 1-7.
8. Stratiki Z., Costalos C., Sevastiadou Setal. The effect of a bifidobacter supplemented bovine milk onintestinal permeability of preterm infants. Early Human Development. 2007; 83: 575-579.
9. Saavedra J. Use of Probiotics in Pediatrics Rationale, Mechanisms of Action, and Practical application. Nutr.Clin.Pract.2007; 22: 351-365.
10. Mohan R., Koebnick C., Schildt J. Effectsof Bifidobacterium lactis Bb 12 supplementation on intestinal microbiota of preterm infants: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. J Clin Microbiol,2006; 44 (11): 4025-4031.
11. Penders J., Thijs C., van den Brandt PA, et al. Gut microbiota composition and development of atopic manifestations in infancy the KOALA birth cohort study. Gut,2007; 56: 661-667.
12. Kalliomaki M., Salminen S., Arvilommi H. al. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomused placebocontrolled study. Lancet, 2001; 357: 1076-1079.

УДК: 616.7 – 07 – 053.5

### АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*К.К. Салхожаева, А.М. Айтбекова, С.М. Мамаева, К.С. Ахметова, Ш.Т.Оналбеков  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Городская детская поликлиника №5, г.Шымкент  
Городская детская поликлиника №2, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Сүйек-тірек аппаратының функциональды бұзылыстары ішкі мүшелер мен жүйелерде көптеген аурулардың дамуына алып келеді. Бұл жұмыста мүсінділіктің әр түрлі бұзылыстары мен майтабанның мектеп жасындағы балалар арасында таралуы берілген.

#### SUMMARY

Functional disorders of support – motor apparatus develop diseases in the internal systems. The data of widespread bearing disorders and platypodia at school children are shown in the given article.

Нарушение осанки является одним из наиболее встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата школьников. Многие специалисты рассматривают состояние опорно-двигательного аппарата как критерий показателя здоровья в целом, поскольку эта патология оказывает воздействие на органы и системы всего организма. (1) Количество детей с нарушениями осанки за последние 30 лет увеличилось в 3 раза и составляет, по данным разных исследований, от 60 до 80%, то есть в среднем, четыре ребенка из пяти имеют видимые деформации опорно-двигательного аппарата.

Распространенность плоскостопия также увеличилась и составляет сегодня в некоторых регионах до 40%. (2, 3) Одной из наиболее распространенных причин нарушения осанки у детей, особенно в период усиленного роста, некоторые исследователи считают недостаточное развитие мускулатуры и длительную статическую нагрузку в условиях неправильного положения тела. (3) Длительное сидение при выполнении школьных и домашних заданий способствует этому.

При неправильной позе во время сидения увеличивается грудной кифоз или возникает боковое искривление позвоночника. Из-за несоответствия высоты парты длине тела увеличивается поясничный лордоз (4). В школе ребенок находится в положении сидя в 4–5 раз больше физиологической нормы. При этом фиксация центра тяжести уже через 10–20 минут приводит к рефлекторному снижению тонуса мышц разгибателей спины, формированию кифотической и сутуловатой осанки (4). Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата создают условия для развития заболеваний многих внутренних органов и систем.

Так, например, у детей и подростков с сутулой осанкой снижена жизненная емкость легких, уменьшена экскурсия грудной клетки и диафрагмы, что неблагоприятно сказывается на деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушается деятельность органов брюшной полости. Снижение рессорной функции позвоночника и стоп в связи с их деформацией способствует постоянным микротравмам сосудов головного мозга во время движений, что отрицательно влияет на нервно-психическую деятельность, сопровождается быстрым утомлением, головными болями и эмоциональной лабильностью. Нарушения опорно-двигательного аппарата часто становятся причиной ограничения в выборе профессии, противопоказаниями для службы в армии, негативно сказываются на репродуктивном здоровье, ведут к

инвалидности в социально активном возрасте, требуют больших финансовых затрат на лечение, существенно снижают качество жизни пациента и его окружения.(5)Исходя из этого, проблема состояния опорно-двигательного аппарата у школьников выходит за рамки не только медицинской и приобретает высокую медико-социальную значимость. Целью исследования является определение распространения разных видов нарушений осанки и плоскостопия у школьников.

**Материалы и методы исследования:** Проведено исследование осанки у 67 девочек и 59 мальчиков от 7 до 15 лет. Виды осанки оценивались визуально.

**Результаты и их обсуждение.** Большая часть всех нарушений опорно-двигательного аппарата приходится на возраст 7–14 лет 37,3% – 40,5%, практически в одинаковом соотношении в 7–10 лет и 11–14 лет. Из всех нарушений опорно-двигательного аппарата преобладают нарушения осанки: сутулая, кифотическая, лордотическая, сколиотическая и их сочетания: 62% в 7 – 10 лет, 57% — в 11–14 лет и 52% после 14 лет. Наибольшее число сколиозов регистрируется после 14 лет, что обусловлено увеличением диспластических изменений позвоночника в пубертатном периоде. По результатам проводимого опроса известно, что абсолютное большинство учащихся в 1 – 4 классах носят ранцы и рюкзаки, имеющие равномерное распределение тяжести по плечевому поясу. В 5 – 9 классах – 30 % носят рюкзаки, 35 % — кульки, а остальные 35 % носят сумки на длинных широких ремнях, то есть идет перераспределение тяжести на одно плечо, что способствует нарушению осанки. Обувь учащихся 1 – 4 классов соответствует анатомическому строению ноги в этом возрасте. Модели обуви и высота каблука находятся в пределах нормы. Так, высота каблука составляет 1 – 3 см абсолютно у всех. Оценка школьной обуви в старшем звене (11–15 лет) показала, что в течение всего учебного года 30 % девочек носят школьную обувь, не соответствующую гигиеническим требованиям возраста: либо это обувь на негнушейся подошве, либо слишком высокий (в 2 – 3 раза) каблук, что является одним из условий развития неправильной осанки.

**Выводы** 1. Нарушения опорно-двигательного аппарата оказывают воздействие на органы и системы всего организма: неблагоприятно сказываются на деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, способствуют микротравмам сосудов головного мозга во время движений, что отрицательно влияет на нервно-психическую деятельность.

2. Нарушения опорно-двигательного аппарата часто становятся причиной ограничения в выборе профессии, противопоказаниями для службы в армии, негативно сказываются на репродуктивном здоровье, ведут к инвалидности в социально активном возрасте, требуют больших финансовых затрат на лечение, существенно снижают качество жизни пациента и его окружения.

3. Статическая поза за партой уже через 10–20 минут приводит к рефлекторному снижению тонуса мышц разгибателей спины, формированию кифотической и сутуловатой осанки.

4. У девочек, начиная с 11 лет увеличивается риск дальнейшего развития нарушений опорно-двигательного аппарата из-за использования обуви на высоких каблуках. Наибольшее число сколиозов регистрируется после 14 лет, вследствие увеличения дисплазий позвоночника.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Материалы международного конгресса.- М., 2004.- Ч. 1–3.
2. Барладян О. М. Гигиеническая оценка уровня физического здоровья детей с нарушениями осанки/ О. М. Барладян // Валеология: научно-практический журнал. -Ростов н/Дону, 2002. -N1. -. 61-62
3. Потапчук А. А. Осанка и физическое развитие детей / А. А. Потапчук, М. Д. Дидур / С.- Петербург: Речь, 2001, 163с.
4. Хрущев С. В. – Врачебный контроль за физическим воспитанием школьников, М., Медицина, 1980г. Стр. 10-11.
5. Цибижапова М. В.// Информационный бюллетень «Здоровье населения и среда обитания».- М., 2004

УДК № 615.917: 615.099-056.2

#### ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У РАБОТНИКОВ ШУ-САРЫСУЙСКОЙ УРАНОВОРУДНОЙ ПРОВИНЦИИ

*Р.А. Шакиева, А.Х. Оспанова, У.А. Жумабаев, Г.С.Туктибаева*  
*Казахская академия питания, г. Алматы*  
*Учебно-клиническая база МКТУ им. Х.А. Ясави, г. Шымкент*  
*Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы ЮКО, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада уран өндірісіндегі жұмысшылардың денсаулығына қатысты бірқатар мәселелер мен ағзадағы гемоглабин, холестерин, триглицеридтердің деңгейі мен йодтың тепе-теңдігінің бұзылғандығы жайында сипатталып, ас қорыту жүйесі мен зәр шығару жүйесінің ауруларымен дәлелденеді.

#### SUMMARY

The investigation of given results allowed us to conclude, that contingent of workers keeping somatic health has problems with the hemoglobin level characterized in hypercholesterin case in hypertriglyceridimy. The imbalance of iodine in organism confirmed mucous gastro-intestinal system and excretory system.

Метаболический синдром при постоянной и длительной нагрузке малыми дозами токсинов и ионизирующего излучения в современных условиях техногенного, антропогенного воздействия на организм человека очень широко распространенная патология [1]. Воздействию малых доз токсикантов длительно подвергается весь организм, все регуляторные системы – центральная и периферическая нервная, эндокринная, иммунная, и, естественно хромосомный аппарат организма. Генетический полиморфизм и цитогенетические нарушения у лиц при длительном и постоянном воздействии вредных факторов приводят к расстройствам систем детоксикации и накоплению ксенобиотиков в организме, создавая предпосылки для возникновения различных патологий [2].

Целью работы являлись анализ последствий воздействия комплекса физико-химических факторов на организм человека на урановом руднике.

**Материалы и методы.** Исследование проведено среди 91 работника промышленного объекта ТОО «Совместное предприятие Инкай», среди которых было 59 мужчин и 32 женщины. Средний возраст обследованных работников составил 35,0±1,1 лет, в том числе возраст мужчин 37,1±1,8 лет, женщин – 31,5±1,8 лет. Контингент рабочих был интернациональным и на 47,3% состоял из представителей казахской национальности (26 мужчин, 17 женщин).

Методами исследования явились лабораторные исследования некоторых биохимических констант внутренних сред организма (сахар, холестерин, триглицериды, гемоглобин крови, йод). Гемоглобин (Hb) в капиллярной крови определялся прибором Немосие (цианметгемоглобиновый метод) до и после шестимесячного курса ферротерапии. За нормативы принимались данные ВОЗ. Сахар крови (СК) определялся прибором Accutrend GC с использованием специальных тест-полосок Accutrend Glucose [3]. Референтными значениями по данной методике являются 4,1 – 5,6 мМоль/л. Общий холестерин (Х) и триглицериды (ТГ) крови определялись у обследованных с помощью прибора Accutrend GC и специальных тест полосок Accutrend Cholesterol, Accutrend Triglycerides [4]. Референтными значениями по данным методикам являются для холестерина 3,1-5,2 мМоль/л, для триглицеридов 0,5-1,5 мМоль/л. Йод мочи (ЙМ) определялись по ионометрическим методом [5]. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ.

**Результаты и обсуждения.** В соответствии с целевой установкой работы нами проведено исследование биохимических констант внутренних сред организма (сахар, холестерин, триглицериды, гемоглобин крови, йод). Как видно из таблицы 1 результаты исследования показали, что все показатели средних величин изученных констант были в пределах физиологической нормы. Для исключения перекрытия противоположных изменений констант были проведены расчеты по распределению индивидуальных показателей работников по разбросу показателей.

Кол-во обслед-х	Гемоглобин г/л	Глюкоза мМоль/л	Холестерин мМоль/л	Триглицериды мМоль/л	Йод мочи МКГ/л
Референт. значения	ж 120,0-140,0 м 120,0-160,0	4,1-5,6	3,1-5,2	0,5-1,5	<300
Общая группа, n-91	144,3±2,3	5,18±0,16	5,04±0,1	1,85±0,1	230,7±42,1
Мужчины, n-59	153,7±1,4	4,9±0,2	5±0,14	1,9±0,13	229,7±18,3
Женщины, n-32	118,5±3	4,8±0,2	4,5±0,2	1,55±0,13	232,7±23,5

Таблица 1 – Гемоглобин, глюкоза, холестерин, триглицериды крови и йод мочи у обследованного контингента

В нашем наблюдении снижение гемоглобина (Hb) отмечено, как видно из таблицы 2, лишь у 10 женщин репродуктивного возраста, что составляет 31,2% обследованных женщин. 5 женщин имели длительный анамнез железодефицитной анемии (ЖДА) и ранее получали соответствующее лечение, 5 женщин не знали о наличии заболевания и анемический синдром был выявлен у них при нашем исследовании. Снижение уровня Hb не отмечено ни одного мужчины. У обследованных мужчин выявлено противоположное направление изменений - повышение уровня Hb у 19 человек (32,2% обследованных).

	<120 г/л	120-160 г/л	>140 г/л	>160 г/л
Общая группа n-91	10 (11,0%)	57 (62,6%)	5 (5,5%)	19 (20,9%)
Мужчины n-59	-	40 (67,8%)	-	19 (32,2%)
Женщины n-32	10 (31,2%)	17(53,1%)	5 (15,6%)	-

Таблица 2 – Распределение обследованных по уровням гемоглобина

Примечание: нормативными для женщин являются пределы 120-140 г/дл. Для мужчин 120-160 г/дл.

При нашем исследовании выявлены 4 человека с гипергликемией, что составило 4,4% обследованных. Эти люди не знали о высоком уровне сахара крови, у них и были зарегистрированы как впервые выявленные при направлении на консультацию к эндокринологу.

Как видно из таблицы 3, у одной трети обследованных выявлено повышение уровня холестерина (Х) в крови 27 человек – 29,7%. Причем повышение значений Х отмечено в основном в возрастных группах 20-49 лет – 20 человек, а старше 50 лет, может быть связано с возрастными изменениями липидного обмена, - только 7 человек. Изменение уровня холестерина в основном касались мужчин (21 человек), и только отчасти женщин старших возрастных групп (6 человек).

Возраст	Кол-во	<5,20	5,21-6,50	6,51-7,80
		Абс.(%)	Абс.(%)	Абс.(%)
Общая группа				
18-19	n-1	1	-	-
20-29	n-36	31	5	-
30-39	n-26	18	7	1
40-49	n-14	7	5	2
50-59	n-13	6	4	3
60-69	n-1	1	-	-
Всего	n-91	64 (70,3%)	21 (23,1%)	6 (6,6%)
Мужчины				
20-29	n-25	20	5	-
30-39	n-13	7	4	2
40-49	n-10	6	3	1
50-59	n-10	4	3	3
60-69	n-1	1	-	-
Всего	n-59	38 (64,4%)	15 (25,4%)	6 (10,2%)
Женщины				
18-19	n-1	1	-	-
20-29	n-11	11	-	-
30-39	n-14	11	3	-
40-49	n-3	1	2	-
50-59	n-3	2	1	-
Всего	n-32	26 (81,3%)	6 (18,7%)	-

Таблица 3 – Распределение обследованных по уровням холестерина

Примечание: пределы 5,21-6,50 ммоль/л соответствуют незначительной гиперхолестеринемии, 6,51-7,80 ммоль/л – умеренной гиперхолестеринемии, выше 7,80ммоль/л – тяжелой степени гиперхолестеринемии.

Согласно полученным результатам показатели триглицериды (ТГ) в крови 57,1% обследованных определялись на уровне нормативных величин. У 42,9% обследованной группы величины ТГ находились выше пределов нормы. Эти данные также свидетельствуют о липемии на фоне воздействия малых доз ионизирующего излучения.

У мужчин гипертриглицеридемия отмечалась в 49,2% случаев, чаще, чем у женщин – 31,2% случаев. При распределении по возрастному признаку особых различий между младшими и старшими возрастными группами не выявлено (таблица 4).

Возраст	Кол-во	<1,5	>1,51
		Абс.(%)	Абс.(%)
Общая группа			
18-19	n-1	1	-
20-29	n-36	24	12
30-39	n-26	17	10
40-49	n-14	4	9
50-59	n-13	6	7
60-69	n-1	-	1
Всего	n-91	52 (57,1%)	39 (42,9%)
Мужчины			
20-29	n-25	18	7
30-39	n-13	6	7
40-49	n-10	2	8
50-59	n-10	4	6
60-69	n-1	-	1

Всего	n-59	30 (50,8%)	29 (49,2%)
Женщины			
18-19	n-1	1	-
20-29	n-11	6	5
30-39	n-14	11	3
40-49	n-3	2	1
50-59	n-3	2	1
Всего	n-32	22 (68,8%)	10 (31,2%)

Таблица 4 – Распределение обследованных по уровням триглицеридов

Примечание: пределы ТГ выше 1,5 ммоль/л свидетельствуют о липемии

При обследованиях уровня выделения йода с мочой (ЙМ) у 18,7% контингента обнаружено повышение содержания йода в моче (таблица 5). Частота случаев повышенного выброса йода у женщин и мужчин практически была одинаковой, и мало отличалась по возрастному признаку.

	<300 мкг/л	>300 мкг/л
Общая группа n-91	74 (81,3%)	17 (18,7%)
Мужчины n-59	48 (81,4%)	11 (18,6%)
Женщины n-59	26 (81,2%)	6 (18,8%)

Таблица 5 – Распределение обследованных по уровням йода мочи

Примечание: пределы ЙМ выше 300 мкг/л свидетельствует о патологии, низком усвоении йода, выбросе его во внешнюю среду.

Таким образом, проведенные нами исследования позволили установить, что контингент работников предприятия, несмотря на относительную сохранность соматического здоровья, имеет ряд проблем с уровнем гемоглобина (31,9%), характеризуется в части случаев наличием гиперхолестеринемии (29,7%) и гипертриглицеридемией (42,9% случаев), нарушением баланса йода в организме (18,7%), подтвержден заболеваниями слизистых желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и мочевыделительной систем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гастева Г.Н., Мордашева В.В., Гуськова А.К. и др. Работа с соединениями урана. // В сб.: Руководство по организации медицинского обслуживания лиц, подвергшихся действию ионизирующего излучения под ред. Акад. АМН СССР Ильина Л.А. – М.: Энергоатомиздат. -1986. С. 90-107.
2. Овчаров В.К., Максимова Т.М., Кокорина Е.П. Группировка болезней и оценка на их основе потерь в программах социально-экономического характера // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. - № 7. – С. 26-28.
3. А.А. Кишкун, Руководство по лабораторным методам диагностики.– М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.– 194-214 с.
4. Т.Ф. Цылко, Анализы говорят о вашем здоровье. Изд. 4-е. Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 48-51 с.
5. Николаев Б.А., Примакова Л.Н., Рахманько Е.М. Ионметрическое определение йодид-ионов в моче. // Журн.аналит.химии.-1996.-Т.51.-№10.- С.1110-1112.

УДК: 616.831-001.31: 615.38

#### ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*А.А. Алдешев, С.А. Намазбекова, С.Т.Рахматов, П.Садуакасов, Б.Б.Махатова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Ауыр бас ми жаракатты 16 науқасқа Гемофеникс аппаратымен плазмаферез жүргізілуі барысындағы эндогендік интоксикация деңгейі зерттелген. Оның ми жаракаты сырқатындағы тиімділігі көрсетілген. Метаболикалық процесстерінің қалыптасуы және де қабынулық асқынуларының азаюы мен бірге қан формуласы, орта молекула, лейкоцитарлық интоксикация индексі мөлшерінің төмендеуі байқалған.

#### SUMMARY

The application of plasmapheresis with HemoPhoenix in 16 patients with brain traumas is considered in this article. The intensity of endogenic intoxication has determined. It has been also revealed that the usage of



plasmapheresis influences traumatic disease of the brain, reduces endogenic intoxication by regulating the metabolic and laboratory processes. Plasmapheresis reduces the clinical findings in inflammatory complications.

Проблема патогенеза и соответственно патогенетической терапии повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме (ЧМТ) многообразен. Доказано, что одним из определяющих патогенетических моментов является эндогенная интоксикация (ЭИ), из-за резорбции продуктов тканевого распада как из контузионных очагов головного мозга [3,5], так и нарушения обменных процессов в организме в целом. Установлено, что тяжесть повреждения мозговой ткани и течение патологического процесса при ЧМТ совпадает с ростом пептидов средней молекулярной массы или средних молекул (СМ) являющихся вторичными эндогенными токсинами [4]. Обусловленные этим веществом нарушения гомеостаза усугубляют течение ЧМТ [5]. Поэтому у больных ЧМТ одним из методов интенсивной терапии являются применение одного из методов детоксикации – мембранного плазмафереза [1,2].

**Цель исследования.** Изучение действия плазмафереза (ПФ) в отношении эндогенной интоксикации у больных с ЧМТ.

**Материал и методы.** Исследовано у 16 больных с ушибами мозга средней и тяжелой степени, в возрасте 19-68 лет. В неврологическом плане у всех больных на фоне общемозговой симптоматики имелась менингеальная и отчетливая очаговая симптоматика в виде парезов, параличей, речевых расстройств. Сознания оценивалось как сопор или кома, у 2х больных имелось глубокое оглушение.

Показанием к ПФ являлось тяжелое состояние больных с признаками нарастающей ЭИ. Наличие ЭИ определяли по клинической картине и лабораторными анализами: определяли лейкоцитоз, уровня СМ (норма -  $240 \pm 20$  усл.ед.) лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ, норма  $-1,2 \pm 0,18$ ). Признаки нарастающей ЭИ появлялись, начиная 4-5 суток на фоне бронхолегочных осложнений. СМ до  $580 \pm 30,1$ , ЛИИ до  $4,2 \pm 0,5$ . Сеанс ПФ проводили с 5 суток когда увеличения ЭИ имела тенденция нарастающего характера. Неврологический статус и ЭИ изучались в динамике до и после ПФ.

ПФ был осуществлен с помощью аппарата Гемофеникс плазмфильтром --- Объем эксфузированной плазмы 700-800 мл на каждый сеанс. Скорость эксфузии в зависимости от состояния гемодинамики регулировался в пределах 50-60 мл/мин. Курс лечения составил 2-3 сеанса с 2-х дневными интервалами. С целью профилактики тромбообразования в контуре системы одновременно проводилась цитрат натрия.

**Результаты и обсуждения.** Установлено, что у 12 больных в постфильтрационном периоде имелось клиническое улучшение. В неврологическом плане отмечено стабилизация уровня сознания и степени тяжести состояния больных. В первые сутки у 6 больных после ПФ наблюдалось прояснения степени сознания, а у 4 больных выявлен частичный регресс двигательных нарушений. Отмечен регресс менингеальных симптомов у 10 больных после первого сеанса ПФ. Наряду с положительной динамикой неврологического статуса, улучшалась дренажная функция легких, лучше отходила мокрота, приобретающая слизистый характер и разрешения явления пневмонии.

Детоксирующий эффект ПФ выражался с первых сеансов со снижением явлений ЭИ. Снизились показатели СМ в два раза, ЛИИ на 17,2%. В дальнейшем к 5-7 суткам СМ и ЛИИ снижался в незначительном темпе. В постфильтрационном периоде умерли 2 больных. У данной группы больных ПФ проводился в стадии клинической декомпенсации, углублением степени комы, возрастанием уровня СМ до 750-780 усл.ед. и снижением ЛИИ.

Таким образом, исследования показали, что использования ПФ отчетливо влияет на течение травматической болезни головного мозга, снижая ЭИ проявляющаяся нормализацией метаболических процессов. Установлено, что ПФ способствует уменьшению клинической проявлений воспалительных осложнений, чему свидетельствовали улучшение клинической картины, данные лабораторных показателей: формулы крови, снижение СМ, ЛИИ.

**Выводы:** 1. Плазмаферез в комплексной терапии у больных с ЧМТ, является одним из эффективных эфферентных методов.

2. Плазмаферез способствует уменьшению степени эндогенной интоксикации.

3. В состоянии клинической декомпенсации применение плазмафереза не эффективно.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.И. Прерывистый лечебный плазмаферез М: «Ньюдиамед-А-О»,1998. –с.204
2. Воинов В.А. Эфферентная терапия, мембранный плазмаферез. – СПб.:Эскулап, 1999. –с.44.
3. Васильева Т.Г., Алексеева Л.А., Вальберг А.Ю. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных с черепно-мозговой травмой. –Л.1984. -53-59.
4. Ушанский М.А., Пинчук Л.Б., Пинчук В.Г. Синдром эндогенной интоксикации. –Киев, 1979.
5. Bertrand Y.M., Hermant T.R., Mahien P., Roels J. Intensive Care Med 1993. –P. 321-323.

УДК:616-085:663.443.3

## ОПТИМИЗАЦИИ ТЕХНИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

В.Э. Цай

Областная клиническая больница. г Шымкент

## ТҮЙІН

Реанимация және интенсивті терапия бөлімшесінде инфузиялық – трансфузиялық терапияны жүргізу барысында диаметры 18-20G перифериялық катетерлерді көк тамырдың диаметрына,құйылатын ерітінділердің сапасына, құю жылдамдығына қарай қолданылды. Осы катетерлерді қолдану барысында инвазиялық іріңді-септикалық және басқада асқинулардың азайғаны байқалып,экономиялық онды нәтижеге алып келді.

## SUMMARY

It is known that anesthesiologist corrects such syndromes as intoxication, hypovolemia and etc. And it is very important to apply correct infusion tucrary in this case. This is the main pathogenetic method of treatment. While using this therapy it is necessary to use peripheral catheters because of the low percent of complications and the high percent of economic effect.

Общепризнано, что в ежедневной работе врачу анестезиологу – реаниматологу приходится проводить коррекцию таких ведущих синдромов как интоксикация и гиповолемия, нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия. В этих состояниях главное место отводится проведению адекватной и корректной инфузионно-трансфузионной терапии, как основному патогенетическому методу лечения.

Для обеспечения длительного доступа к венозной системе наиболее часто используется чрезкожная пункция периферических вен или катетеризация центральных вен в бассейне верхней полой вены по методу Сельдингера. Но по данным литературы осложнений от этой манипуляции очень частые, так как выполняется анестезиологом-реаниматологом практически «вслепую», т.е. только с использованием анатомических ориентиров. Как следствие этого, отмечается достаточно большое число серьезных осложнений, связанных с техническим исполнением пункции и катетеризации магистральных венозных сосудов–пневмоторакс,гидроторакс,повреждение диафрагмального нерва,повреждение грудного лимфатического протока, бедренных артерий и нервов и др. А также нарушение целостности кожных покровов, введение катетера и его длительное нахождение в венозном русле, могут способствовать развитию гнойно- септических осложнений и тромбоза центральных сосудов. По литературным данным отмечены случаи отрыва фрагмента центрального катетера с последующей эмболизацией магистральных сосудов и полостей сердца. В связи с этим как в зарубежной, так и в отечественной медицинской практике выставлены строгие показания к выполнению данной манипуляции и наблюдается тенденция к максимально возможному отходу от катетеризации центральных венозных сосудов.

Появление разнообразных одноразовых катетеров для катетеризации периферических вен является адекватной альтернативой катетеризации центральных сосудов, что позволяет значительно снизить количество осложнений. Для медицинской сестры катетеризация периферических вен стала рутинной работой, ежегодно устанавливается более 500 миллионов периферических венозных катетеров. Однако относительно высокая цена разового катетера и недостаточного опыта применения периферических венозных катетеров и ухода за ними, а также вследствие отсутствия на рынке медицинского оборудования периферических катетеров из высококачественных материалов ограничивало их применение в широких пределах в наших условиях.

Большинство лечебных учреждений и сейчас используют чрезкожную пункцию периферических вен иглами, который не очень надежен: выход иглы из вены, прокалывание вен несколько раз,иногда в сутки 2-3 раза приходится. Как показывает современная практика большинство видов инфузионно - трансфузионной терапии проводимых ранее через центральные катетеры, более целесообразно и безопасно проводить через периферические внутривенные катетеры.

**Материалы и методы.** За 2 года в условиях областной клинической больницы в отделении реанимации и интенсивной терапии катетеризация периферических вен проведена у 470 больных, находящихся на лечении в палате интенсивной терапии и 322 больных при проведении оперативных вмешательств, в возрасте от 18-86 лет.

Показателем для катетеризации периферических вен являлись необходимость длительного проведения инфузионной терапии, гемотрансфузий и внутривенного введения антибиотиков и других препаратов в послеоперационном периоде.

В качестве доступа чаще всего использовались латеральные и медиальные подкожные вены руки, промежуточные вены локтя и промежуточные вены предплечья или тыльной поверхности кисти. Чаще всего использовали вены кисти и предплечья правой руки, как более полнокровные. При выборе катетера в основном ориентировались на диаметре вены, необходимая скорость введения раствора,потенциальное время нахождения катетера в вене,свойства вводимого раствора. Главный принцип выбора катетера: использовать наименьший из размеров,мы чаще всего использовали катетры размерами 18,20 G обеспечивающий необходимую скорость введения, в самой крупной из доступных периферических вен.

**Результаты исследований.** Проведение внутривенной терапии через периферический венозный катетер практически не вызывает осложнений при соблюдении основных условий правила асептики, и должен быть обеспечен безупречный уход за катетером. Из моего опыта наблюдений следует что материал, из которого изготовлен катетер, имеет существенное значение при внутривенной терапии. Отечественные катетеры изготовлены, в основном, из полиэтилена. Это самый простой в обработке материал, однако, он обладает повышенной тромбогенностью, вызывает раздражение внутренней оболочки сосудов, из-за своей жесткости способен перфорировать сосудистую стенку. При выборе катетра для катетеризации вен предпочтение отдавали современным тефлоновым и полиуретановым катетерам. Их применение существенно снижал частоту осложнений и при качественном уходе срок эксплуатации катетера значительно выше. Выраженный положительный экономический эффект отмечался при использовании полиуретановых и тефлоновых катетеров, несмотря на их относительно высокую стоимость, который достигался за счет снижения расходов на лечение осложнений, возникающих при катетеризации вены и проведении внутривенной терапии. Наиболее частыми причинами неудач и возникновения осложнений при катетеризации периферических вен являлся отсутствие практических навыков у медицинского персонала, а также нарушение методики постановки венозного катетера и ухода за ним. Это во многом объясняется отсутствием у нас общепринятых стандартов катетеризации периферических вен и ухода за катетером. Я, в своей ежедневной работе обучаю медицинских сестер по постановке периферических катетров по стандарту России алгоритма Осиповой И.А. «Катетеризация периферических вен». Провожу практические занятия и семинары тренинги по постановке и уходу за периферическим катетером.

**Вывод:** В отделении реанимации и интенсивной терапии с целью проведения инфузионно-трансфузионной терапии целесообразно использовать периферические катетры так как процент гнойно-септических и других осложнений меньше и выраженный положительный экономический эффект. Большинство осложнений можно избежать, только благодаря хорошей манипуляционной технике медсестры, строгому соблюдению правил асептики и антисептики и правильному уходу за катетером.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Окунская Т.В. Сестринское вмешательство на центральной вене. Медицинская помощь, 1996. - №9. – стр. 33-35.
2. Крапивина Г.А., Пуяткина О. Б. Постановка и использование силиконовых катетеров при лечении новорожденных. Медицинская помощь, 1998. - №5.-стр.32-33.
3. Осипова И.А. и соавт. Внутривенная антибактериальная терапия у детей, больных муковисцидозом. Медицинская сестра, 1999. - №3. – стр. 10-12.
4. Роузен М., Латто Я.П., Шенг Нг У. Чрезкожная катетеризация центральных вен. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986. – 160с.

УДК:616-005.1-08:616.831-001.31-06.

#### ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С ЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

*А.А. Алдешев, С.Т. Рахматов, Ж.Ж.Артыкбаев, П.Садуакасов, Б.Б.Махатова.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
Областная клиническая больница, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Өкпе сырқаттарымен асқынған ауыр бас ми жаракатты 49 науқастың гемостаздың коагуляциялық факторларының өзгерістері зерттелген. Бұндай ауруларда фибриноген мөлшерінің көбеюі байқалған және де ол тамыр ішілік шашыранды қан ұю синдромы дамуына соқтырады. Ал ерігіш фибрин-мономер кешенінің және фибриноген бұзылыстары өнімінің көбеюі оның өршуін көрсетеді.

#### SUMMARY

Dangerous cranial-brain trauma is one of the actual problems of present-day medicine. One of the reasons of this problem is hemostatic disorders due to pulmonary complications. Patients with this disease have high level of fibrinogen which conducts to development of DVS-syndrome.

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из актуальных проблем современной медицины, что связано большой летальностью и инвалидизацией [1,3]. Одной из причин этого являются нарушения гемостаза, развивающиеся при ТЧМТ за счет легочных осложнений. По данным литературы при ТЧМТ, наряду с углублением основной патологии, экстракраниальные осложнения, возникающие со стороны легких (острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), аспирационный синдром, пневмония), также способствуют нарушению функции жизненно важных органов и развитию полиорганной недостаточности [1]. Доказаны, что у этой категории больных развиваются признаки нарушения гемостаза [2], усугубляющие

течение основного заболевания, однако об изменениях, возникающих при различных стадиях гемостаза у больных с легочными осложнениями при ТЧМТ мало сведений.

**Цель работы** – изучить динамику показателей коагуляционного звена гемостаза у больных с легочными осложнениями при ТЧМТ.

**Материал и методы исследования.** Работа проведена в отделении реанимации и интенсивной терапии БСМП г.Шымкента в период 2006-2009 г.г. Обследованы 45 больных в возрасте 16-73 лет, средний возраст  $43 \pm 4,7$  лет. Были распределены больные на 2 группы в зависимости от наличия у них легочных осложнений. В первую группу вошли 22 с легочными осложнениями, во вторую группу - 23 больных, без легочных осложнений которые составили контрольную группу. Степень тяжести больных по шкале ком – Глазго – 5- 12 баллов (табл 1).

Признаки	I группа	II группа
Возраст, лет	$39 \pm 4,2$	$44 \pm 3,8$
По шкале ком Глазго, балл	$6,1 \pm 4,9$	$6,6 \pm 5,5$

Таблица 1 Характеристика степени тяжести

В исследовании были включены клиническая оценка неврологического статуса, КТ, биохимический анализ крови, анализ показателей коагуляционного звена гемостаза в венозной крови. Анализы проводили на 1 –е, 3 –е, 5-е, 7-е сутки. Из показателей гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновый индекс, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), продукты деградации фибриногена (ПДФ).

**Результаты и обсуждение.** У больных с легочными осложнениями при ТЧМТ динамика коагуляционных показателей крови показаны в таблице №2. Как видно из таблицы отмечается относительное удлинение АЧТВ, увеличение фибриногена, снижение протромбинового индекса, и высокими РФМК, ПДФ.

Показатели	Стадии ОРДС				
	Без осложнения	ОРДС-I	ОРДС-II	ОРДС-III	ОРДС-IV
АЧТВ, с	$41,6 \pm 0,6$	$45,6 \pm 0,9$	$46,2 \pm 1,1$	$57,2 \pm 2,1$	$65,4 \pm 2,3$
Фибриноген, г/л	$3,01 \pm 0,15$	$3,85 \pm 0,2$	$4,41 \pm 0,24$	$4,49 \pm 0,23$	$5,7 \pm 0,38$
ПТИ, %	$97,1 \pm 0,8$	$93,3 \pm 1,1$	$89,2 \pm 1,3$	$86,3 \pm 1,4$	$81,7 \pm 1,5$
РФМК, г/л	$12,3 \pm 0,9$	$19,9 \pm 1,05$	$23,8 \pm 1,1$	$24,1 \pm 1,3$	$26,4 \pm 1,2$
ПДФ, мкг/л	$27,1 \pm 2,5$	$78,7 \pm 7,8$	$69,9 \pm 8,9$	$64,8 \pm 6,4$	$63,9 \pm 6,1$

Таблица 2 Динамика показателей гемостаза у больных с ОРДС при ТЧМТ

Уровень фибриногена у больных ТЧМТ с ОРДС –IV определялся повышенным, а ОРДС I-III значительных различий не отмечено, хотя имелась тенденция к увеличению.

ПТИ в сравнении с больными без осложнений оставались сниженными на всех стадиях ОРДС.

Содержание РФМК в сравнении с контролем, значительно повышалась с развитием тяжести ОРДС. Необходимо заметить, что возникновение пневмоний на фоне ОРДС сопровождалось повторным увеличением РФМК. Также имелась увеличение ПДФ, особенно с развитием пневмонии на фоне ОРДС.

Динамика таких изменений коагуляционного звена гемостаза нами расценены защитной реакцией организма в виде увеличения фибриногена - белка острой фазы воспаления с развитием ДВС в микроциркуляторных руслах легких с последующей генерализацией. Повышенный уровень фибриногена в сочетании с гипокоагуляцией у больных ТЧМТ с ОРДС может быть обусловлен синтезом патологического фибриногена.

Таким образом, повышенный уровень фибриногена является одним из предрасполагающих факторов развития ДВС. Повышение содержания РФМК свидетельствовало об увеличении интенсивности течения ДВС – синдрома у больных ТЧМТ с легочными осложнениями.

**Выводы.** У больных с легочными осложнениями при ТЧМТ содержание фибриногена повышается и начинается развития ДВС -синдрома.

У больных с ТЧМТ и наличием легочных осложнений повышение содержания РФМК и ПДФ способствует нарастанию интенсивности ДВС- синдрома.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме /под ред. А.Н.Коновалова, Л.Б.Лихтермана, А.А.Потапова. М.,1998.Т.1. 550 с.
2. Лычев В.Г. Диагностика и лечение диссеминированного свертывания крови. М.:Медицина,1993. 160 с.
3. Рагимов В.С., Маггерамбейли И.Ш., Мирзоева В.С. Профилактика бронхообструктивного синдрома у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой // Хирургия. 2006. №3 с.43-46.

УДК-616.12-008.-008.331.1:622.012.2.

**НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Л.А. Галиева

ГККП СВА «Бейбит», г. Шымкент

**ТҮЙІН**

Әдебиеттік шолуда жүрек – тамыр аурулары дамуы мен өршуіне жауапты альдестерон әсерлерінің экспериментальды және клиникалық зерттеулер нәтижелері қарастырылады. Альдестеронның әртүрлі мүшелер мен тіндер эндотелиінің фиброзы мен дисфункциясына әсері көрсетіледі. Мақалада аштықпен емдеу әдісінің ғылыми түрде дәлелденгендігі, және оны клиникада қолдануға көрсеткіштерімен қарсы көрсеткіштері жарияланған.

**SUMMARY**

Data of experimental and clinical researches on studying of aldosterone effects, responsible for development and progress of cardiovascular diseases are described in this article. Influence of aldosterone.

Немедикаментозные меры (диета, физические нагрузки, борьба с табакокурением и злоупотреблением алкоголем) являются составной частью стратегии борьбы с артериальной гипертензией (АГ). Всем пациентам с АГ должно быть рекомендовано: отказ от курения; снижение массы тела; уменьшение злоупотребления алкоголем; уменьшение потребления поваренной соли; увеличение в рационе фруктов и овощей и уменьшение насыщенных жиров и жира в целом. Эти факторы входят в число тех, с которыми можно и нужно бороться, чтобы предотвратить прогрессирование АГ, потерю трудоспособности, снижение качества жизни, развитие атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) с их возможными осложнениями.

Отказ от курения. Отказ от курения, является единственной мерой изменения образа жизни, которая может предотвращать сердечно-сосудистые и другие заболевания, включая инсульты и ИБС. Курящие больные АГ должны быть мотивированы на отказ от этой привычки. Кроме этого, курение может влиять на эффективность ряда антигипертензивных препаратов, в частности бета-адреноблокаторов, а также устранять положительные эффекты лечения.

Уменьшение потребления алкоголя. Больным с АГ следует рекомендовать сокращение потребления алкоголя до 20-30 г чистого этанола в сутки для мужчин и 10-20 г для женщин. Следует также предупредить об увеличении риска инсульта при запойном пьянстве.

Снижение массы тела и физические нагрузки. Избыточная масса тела сопровождается повышением АД. Снижение массы тела способствует снижению АД и благоприятно влияет на сопутствующие факторы риска, такие как инсулинорезистентность, диабет, гиперлипидемия и гипертрофия левого желудочка. Физическая тренированность является важным предиктором сердечно-сосудистых осложнений, независимо от уровня АД и других факторов риска. В связи с этим, больным с сидячим образом жизни следует рекомендовать регулярные умеренные аэробные физические нагрузки, такие как ходьба, бег трусцой, плавание по 30-45 минут 3-4 раза в неделю. Даже небольшие физические нагрузки могут снизить АД на 4-8 мм рт. ст. При этом изометрические нагрузки, такие как поднятие тяжестей, могут способствовать повышению АД и не рекомендуются.

Уменьшение потребления соли и изменения в составе пищи. Уменьшение потребления соли до 80-100 ммоль (4,7-5,7 г) в день с изначального уровня в 180 ммоль (10,5 г) в день приводит к среднему снижению АД на 4-6 мм рт. ст., а также усиливает антигипертензивный эффект лекарственной терапии. Больным следует рекомендовать избегать «досаливания» пищи, сильно соленых продуктов питания, особенно консервированных, и употреблять пищу, приготовленную непосредственно из натуральных продуктов, содержащую много калия.

Известно, что избыточная масса тела и ожирение являются важными алиментарными корригируемыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Наличие избыточной массы тела и ее степень можно определить по индексу массы тела (ИМТ), величина которого рассчитывается по формуле: масса тела (кг) / рост (м<sup>2</sup>). Играет роль и характер распределения жировых отложений. Более неблагоприятное значение относительно риска ССЗ имеет «мужской», или абдоминальный, тип ожирения, характеризующийся преимущественным отложением жира в области живота. Калорийность диеты, нарушение энергетического баланса организма оказывают выраженное влияние на уровень АД.

Повышение калорийности питания сопровождается увеличением синтеза эндогенного холестерина (ХС), повышением в плазме крови уровней триглицеридов, ХС, липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийной диеты, сбалансированной по основным пищевым веществам. У людей с ИМТ =25-30 степень редукции калорийности может быть сведена к 1700-2000 ккал/сут за счет сокращения потребления легкоусвояемых углеводов (сахар и сладости) с назначением разгрузочных дней 1 раз в неделю. При этом целесообразно повышение физической активности (бег, ходьба, плавание и т.д.). У людей с ожирением (ИМТ>30) целесообразна редукция калорийности до 1500-1700 ккал/сут с назначением разгрузочных дней 1-3 раза в неделю.

Варианты разгрузочных дней: яблочный – 1,5 кг яблок на 5 приемов пищи; творожный – 500г нежирного творога + 450-500 г нежирного кефира (или молока) на 5 приемов пищи; кефирный (молочный) – 1,5 л нежирного кефира (молока) на 5 приемов пищи; мясной – 300 г постного отварного мяса без соли с гарниром из капусты или других овощей + 250-750 мл жидкости без сахара на 5 приёмом пищи; салатный – 1,2-1,5 кг свежих фруктов или овощей с добавлением растительного масла (без поваренной соли) на 5 приемов пищи.

При избыточной массе тела, сопутствующей АГ, в рационе должно быть увеличено количество продуктов, содержащих соли калия (урюк, фасоль, морская капуста, чернослив, изюм, горох, картофель) и магния (отруби, морская капуста, овсяная крупа, урюк, фасоль, чернослив, пшено, орехи). У пациентов с АГ, имеющих нормальную массу тела, калорийность рациона должна соответствовать физиологическим потребностям с учетом возраста, пола, уровня энерготрат и составлять в среднем 2000-2400 ккал/сут. Очень важно обеспечить больным АГ правильный режим питания. Рекомендуется 4-6 разовый прием пищи небольшими по объему порциями, с правильным распределением пищевых веществ и калорийности в течение дня, с последним приемом пищи за 2-3 ч до сна. Длительное, в течение многих лет, соблюдение больными АГ основных принципов диетического питания значительно улучшает прогноз болезни и повышает их трудовую активность, уменьшает риск повторных ССЗ, заметно улучшает качество жизни и общее самочувствие, а применение медикаментозной терапии на фоне диетического лечения повышает её эффективность.

К сожалению, практически врачи и пациенты недооценивают потенциал немедикаментозных мер в терапии и профилактике АГ, хотя в условиях социально-экономических трудностей этот метод (экономичный и безопасный) мог бы преобладать в лечении больных АГ в виде монотерапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Погожаева А.В., «Современные представления о диетотерапии артериальной гипертонии. Качество жизни».
2. Медицина. «Сердечно-сосудистые заболевания: Артериальная гипертензия» №3, 2005г.
3. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Европейское общество по артериальной гипертензии. Европейское общество кардиологов. 2003г. J. Hypertens 2003; 21:1011-53.
4. Протоколы диагностики и лечения заболеваний. Алматы, 2007г.

УДК 616.438: 546.15

#### ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ЗАРДАБЫ

*М.Е.Тлеубаев*

*Казыгуртская центральная районная больница, с. Казыгурт ЮКО*

#### РЕЗЮМЕ

В Казахстане более 50% территорий эндемично по зобу. У детей из эндемичных регионов страны заболеваемость в целом выше в 1,5 раза. Легкий йододефицит в первой половине беременности отрицательно сказывается на развитии мозга плода. Влияние низкого содержания микроэлементов в среде на особенности заболеваемости в сельской местности в условиях Казахстана мало изучены.

#### SUMMARY

More than 50% of territory of Kazakhstan is endemic of goitre. In endemic disease regions children has it than 1.5 times higher. During the first trimester of pregnancy the slight iodinedeficient negatively is reported sick to the development fertility blain. The cause of that problem is the influence of low microelements consistence on disease peenliaritiens in rural places of Kazakhstan condition is not so much studied.

Қазіргі уақытта денсаулықты сақтау мен тамақтанудың ең маңызды әлеуметтік – медициналық мәселелерінің бірі – Қазақстан Республикасының халықтарының йоджетіспеушіліктен туындайтын сырқаттарға ұшырауы, йод жетіспеушілік проблемасы әлемнің 153 елін елестетуде.

Организмде йоджетіспеушілікті планетамыздың 1,5 млрд. халқы бастан кешуде. Біздің елімізде де бұл мәселе актуальды болып отыр. Қазақстанның таулы аймақтарында, әсіресе Оңтүстік Қазақстан облысында йоджетіспеушілік жоғарғы деңгейде болып отыр. Егеменді еліміздің өркендеуі үшін Президенттің 2030 бағдарламасында көрсетілген Қазақстан халқының денсаулығын сақтау және оны қорғау мәселесі айтылған. Еліміздің халқы, әсіресе жас ұрпақтың денсаулығы еліміздің өркендеуі үшін қажет екені бәрімізге мәлім.

Біздің облысымызда йоджетіспеушілікті болдырмау шаралары мектеп оқушылары арасында алдын алу шаралары қолға алынуда, дегенмен йоджетіспеушіліктің зардаптарын бәрі біле бермейді. Адам денесіндегі мүшелердің және мүшелер жүйелерінің жұмысы жүйке арқылы және гуморальды жолмен реттеледі. Жүйкенің реттелуі рефлексар арқылы өтеді. Жүйке жүйесі мүшелерді және мүшелер жүйесін өзара байланыстырып, жұмыс әрекеттеріне дер кезінде үйлесімділік әсерін тигізіп отырады.

Гуморальды реттелу қан құрамындағы заттардың әсерінен болады. Қанның құрамына денеде пайда болатын күрделі биологиялық пәрменділігі жоғары қосылыстар қанның ағымы мен ішкі мүшелерге және

мүшелер жүйесіне келіп, олардың жұмысына әсер етеді. Бірақ бұлардың әсері жүйкенің әсеріне қарағанда баяу болады. Адам ағзасында ішкі және сыртқы секрециялық бездер болады. Сыртқы секрециялық бездері деп сөл бөліп шығаратын өзектері бар бездерді айтады. Ал ішкі секреция бездерінің сөл бөліп шығаратын өзектері болмайды. Сондықтан, олар сөлді тікелей қанға бөледі. Адамның жануарлардың тіршілік етіп, өсіп, дамуына ішкі секреция бездерінің маңызы ерекше. Себебі бұл жүйеге жататын бездер бөліп шығарады. Гармон деп ішкі секрециялық бездердің қанға бөліп шығаратын және дененің түрлі әрекетін реттейтін күшті биологиялық заттарды айтады. Гармондар қан арқылы бүкіл денеге таралады және барлық мүшелер мен ұлпалардың қызметін реттеуге әсер етеді. Ішкі секреция бездерінің атқаратын қызметі баланың өсіп, оның денесінің дамып, жетілуіне маңызды әсер етеді. Балалар ағзасының өсуіне ішкі секреция бездері әр түрлі әсер етеді, ал гормондардың әсері салыстырмалы түрде ғана.

Қалқанша безі: тироксин, судың құрамындағы, тамақтағы йодты сіңіреді. 1) өсу, 2) зат алмасуды реттейді, 3) жүйке жүйесінің қозуына әсер етеді. 1. Аз бөлінсе йод жетіспесе, өсу, даму баяулайды, ақыл-есі кеміп кретинизм ауруы пайда болады. 2. Аз бөлінсе микседема ауруы – еске ұстау қозғалыс, көңіл-күйі нашарлайды. Йод осы қалқанша безі гармонның құрамына енеді: тироксин – қалқанша безінің гормоны. Қалқанша безінің қызметі бәсеңдеген жағдайда балалардың өсуі мен дамуы баяулайды, дене бітімі дұрыс қалыптаспайды, бойы аласа, ақыл-есі кемиді. Мұндай кемістікті кретинизм дейді. Керісінше, қалқанша безі қызмет мөлшерден жоғары болса, онда бақшаңкөз ауруы пайда болады. Бақшаңкөз ауруына шалдыққан адам қара жұмыспен шұғылданғанда жүрек соғысы өте жылдамдап, тыныс алуы жиілейді, дене қызуы жоғарлайды. Қалқанша безі зат алмасуы, адамның өсуіне дене салмағына және ақыл-ойының дамуына үлкен әсер етеді.

Йоджетіспеушіліктен болған гормональды ауытқулар сырт көзге байқалмауы да мүмкін, дәрігерлер мұны «бүркенішті йоджетіспеушілік» («скрытый голод йоддефицита») дейді. Негізінен йоджетіспеушілікпен жас балалар мен жүкті әйелдер зардап шегеді. Йоджетіспеушілікпен ауырған адамның иммунитеті төмендейді, жиі жұқпалы аурулармен ауырады.

Біздің Оңтүстік Қазақстан облысы йоджетіспейтін аймаққа жататынын жоғарыда айтқанмын. Мектеп оқушылар ішінде бүркенішті йоджетіспеушілік көптеп кездеседі. Қазір қаламызда йод қосылған нанدار шығып жатыр, бірақ нанды пісіру процесінде құрамында йод мөлшері азайып қалады екен. Күнделікті тағамға йодталған астық пайдалану мен қатар теңіз өнімдерін пайдаланған жөн болар еді. Құрамында йоды бар анықталған теңіз қапұстасы ламинария, басқа да теңіз өнімдерін пайдалануға болады.

Йоджетіспеушілік жылдан-жылға етек алып бара жатыр, сондықтан жас-ұрпақтың болашағы үшін йоджетіспеушіліктің зардаптарын әр ата-ана үшін тиіс деп ойлаймын. Ламинариядан басқа құрамында йоды бар тағам құрма. Құрманың құрамындағы йод ламинарияға қарағанда төмендеу, бірақ қазақ халқы құрманың пайдасын әуелден біледі де, адам ағзасы қалыпты жұмыс істеуі үшін тәулігіне неше мкг йод қабылдауы керек? Бүкіләлемдік денсаулық ұйымы (ВОЗ) мен Халықаралық йоджетіспеушілікті қадағалау ұйымының шешімі бойынша тәуліктік йодтың мөлшері: 50 мкг – 12 айға дейінгі нәрестеге, 90 мкг – 7 жасқа дейін; 120 мкг – 7-12 жасқа дейін; 150 мкг – 12 жастан жоғары, ересектерге; 200 мкг – жүкті әйелдер мен баласын емізетін аналар үшін;

Дүниежүзінің 130-дан астам елінің 1,6 млрд. (яғни, жер шары халқының 1/3 бөлігі дерлік) тұрғындары үшін йодты аз қолдану салдарынан туған бірқатар йоджетіспеушілік сырқаттарымен ауру қаупі өте жоғары. 740 млн. Адамның қалқан безі үлкейген (эндемиялық жемсау), ал 45 млн адамның йоджетіспеуі нәтижесінде ақыл-есі кем, 6 млн. адам кретинизммен ауырады. Дүниежүзінде халықтардың 54%-ын құрайтын, тұрғыны ең көп сегіз елде (Бангладеш, Бразилия, Қытай Үндістан, Индонезия, Нигерия, Пәкістан және Ресей Федерациясы) йодтың жетіспеу проблемасы бар. Йодтың жетіспеуінен туындаған түрлі сырқаты бар адамдардың 72% -ы осы елдерде тұрады. Йодтың жетіспеуінің ең айқын сипаты – эндемиялық жемсау. «Эндемиялық» деген термин «белгілі бір аймаққа тән» деген мағынаны білдіреді. Бұрындары эндемиялық жемсау таулы және тау маңыдағы жерлерде, өзен аңғарларында кездеседі деп есептелген. Өкінішке орай, ол бұдан гөрі кең тараған және ол өзен аңғарларында ғана ұшырамайды. Біздің республикасызда топырақта суда және тағам өнімдерінде йодтың жетіспеушілігі оның аумағының жартысында анықталады, ал эндемиялық жемсау ошақтары 14 облыстық 11-інде тіркеледі. Жемсау эпидемиясы Қазақстанның оңтүстік және шығысында көп кездеседі. Алайда, аймақтарды бөлуде негізге алынған зерттеулер 70-ші жылдардағы мағлұматтар екенін атап өткен жөн.

**Ламинария** – йодты бар тағам, бірақ тәуліктің норманы қамтамасыз ету үшін оның күніне 100-200 г. жеу керек. Бұл тағам тек Жапондықтарға оңайға түскенімен, бізде де базарда бар. Еліміздегі йоджетіспеушілікті болдырмау үшін біршама шараларды қолға алып жатыр. Наубайханаларда йодқосылған нандар, макарон фабрикасында йодқосылған кеспелер шығару қолға алынуда. Йодталған сүт, жұмыртқаларды көрші Ресей мемлекетінде де шығаруда, бірақ бұл өнімдерде йод мөлшерінің азайып кетуіне байланысты (сақтау мерзіміне байланысты) тиімсіз болып отыр.

**Йод** – барлық ағзалар мен жүйелердің дұрыс дамып жетілуіне және жұмыс істеуіне өте қажет заттек. Йод ағзаға тағам арқылы жеткілікті мөлшерде түсіп тұрмаса йодтапшылық бұзылыстары пайда болады. Йодтапшылыққа шалдыққан мектеп оқушыларында: Жадына сақтау қабілетінің нашарлауы. Ойлау процесінің нашарлауы. Көргенін немесе естігенін айтып беру қабілетінің бұзылуы. Сабақ үлгерімінің нашарлығы байқалады. Өзіңіз және жақындарыңыз йодтапшылық бұзылыстарынан қалай сақтанасыз?

Адамдар өздерінің ағзасында йоджетіспеушіліктің барын көпшілік жағдайда сезіне бермейді. Ең қарапайым және ұтымды жолы – йодталған ас тұзын қолдану. Адамға тәулігіне тұзды 6 г. артық тұтыну ұсынылмайды. Алайда осы мөлшердегі тұздың құрамына йодтапшылығы бұзылыстарының алдын алуға жеткілікті көлемде йод кіреді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Медициналық энциклопедия. Н.2001
2. Оспанова Ф.Е. Йоджетіспеушіліктен туатын сырқаттар. Алматы, 2006 ж
3. Толысбаева Ж.Т. Организмге йод неге керек ? Алматы, 2004ж
4. Чусов Ю.Н. Физиология человека. Москва, 2005г.
5. Хрипкова А.Г. Возрастная физиология. Москва, 2010г.
6. Сидоркин А.В. Эндокринология. Москва, 2002г.

УДК 616-073.43-1

#### ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ С ПОМОЩЬЮ ДОППЛЕРОГРАФИИ

*С.Б Енсепов*

*Областной консультативно-диагностический центр, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Адам қаның құрамына эритроциттерде ең басты бейне болып қалыпты элементтер және плазма түзеді. Адам денсаулығының жағдайына және емделушінің қант тамырларын қарауды доплерографиялық бағалау анықтайды. Бұл әдіс-туа біткен ауруларға және аурудың ең алғашқы сатысында көп мүмкіндіктер береді.

#### SUMMARY

In a man's blood circulate the plasma and formal elements. Dopplerographical appreciation of blood bleeding allows to consider the paulet vessels and evaluate its condition. Such kind of method gives opportunity to patiens discerus rare pathology and inborn defect (valvular disease of heart) on the first stage of disease.

Регулирует всеми процессами в организме кровотока, который взаимодействует со стенками сосудов и преодолевает препятствия на своем пути. Организм человека способен выдерживать нагрузки. Чрезмерные перегрузками сказываются на тех или иных органах, где уже происходят незначительные изменения. Сосуды не выдерживают напряжений, начинают менять устоявшийся ход, сопровождающийся инфарктами, инсультами, нарушениями кровообращения. В крови у человека (главным образом в эритроцитах) циркулирует плазма и форменные элементы. Допплерографическая оценка кровотока позволяет рассмотреть сосуды пациента и дать оценку их состоянию. Данный метод неинвазивного характера широко применяется в кардиологии и сосудистой диагностике. Еще раз хочу подчеркнуть, что этот метод позволяет получить информацию об изменениях скорости кровотока в сечении сосуда или части сечения сердца, сосуда; оценить частоту сердечных сокращений (ЧСС); оценить спектр скоростей кровотока в сердце и сосудах в процессе его изменения во времени; получить результат через цветовую доплеровскую эхографию[1].

Сердечно-сосудистая система состоит из сердца и сосудов-артерий, капилляров и вен, которые последовательно соединены в два отдела – большой и малый круг кровообращения. Транспортная функция сердечно-сосудистой системы заключается в том, что сердце (насос) обеспечивает продвижение крови (транспортируемой среды) по замкнутой цепи сосудов (эластичных трубок).

Большой круг кровообращения начинается из левого желудочка, выбрасывающего во время систолы кровь в аорту. От аорты отходят многочисленные артерии, и в результате кровотока распределяется по нескольким параллельным региональным сосудистым сетям, каждая из которых снабжает кровью отдельный орган: сердце, головной мозг, печень, почки, мышцы, кожу и т.д. Артерии делятся дихотомически, и поэтому по мере уменьшения диаметра отдельных сосудов общее их число растет. В результате разветвления мельчайших артерий (артериол) образуется капиллярная сеть – густое переплетение мелких сосудов с очень тонкими стенками. Именно в капиллярах происходят процессы, обеспечивающие специфические функции системы кровообращения, т.е. двухсторонний обмен различными веществами между кровью и клетками. При слиянии капилляров образуются вены; последние собираются в вены – верхняя полая и нижняя полая.

Малый круг кровообращения начинается с правого желудочка, выбрасывающего кровь в легочный ствол. Заем кровь поступает в сосудистую систему легких, имеющую в общих чертах то же строение, что и большой круг кровообращения. Кровь по четырем крупным легочным венам оттекает к левому предсердию, а затем поступает в левый желудочек. Данная система кровообращения иногда дает собой видимый и невидимый глазом. То есть по внешнему виду больного можно определить его состояние, а на УЗИ-сердца четко видны границы живого органа[2].

Все сосуды в зависимости от выполняемой ими функции можно подразделить на шесть групп: амортизирующие сосуды; резистивные сосуды; сосуды-сфинктеры; обменные сосуды; емкостные сосуды; шунтирующие сосуды.

Движущая сила кровотока служит разница давлений между различными отделами сосудистого русла, кровь течет от области высокого давления к области низкого давления. Соппротивление в аорте, больших



артериях и относительно длинных артериальных ответвлениях составляет лишь около 19% общего сосудистого сопротивления. На долю конечных артерий к артериол приходится почти 50% этого сопротивления. То есть половина периферического сопротивления создается сосудами длиной всего несколько миллиметров. Это колоссальное сопротивление связано с тем, что диаметр концевых артерий и артериол относительно мал. И это уменьшение просвета не компенсируется полностью ростом числа параллельных сосудов. Сопротивление в капиллярах также достаточно велико – около 25 % общего сопротивления. В венозном русле наибольшее сопротивление приходится на долю венул (;%), вклад всех остальных сосудов составляет лишь 3%.

Под общим периферическим сопротивлением понимают суммарное сопротивление всех сосудов большого круга кровообращения, то есть общее сопротивление всех параллельных областей. Поскольку сопротивление в сосудах разных органов различно, каждый орган получает разную долю от общего сердечного выброса. Приспособленные изменения кровоснабжения органов в соответствие с их потребностями осуществляются как путем изменения сердечного выброса, так и посредством изменения сопротивления различных сосудистых сетей, параллельных друг другу.

В Южно-Казахстанском областном консультативно-диагностическом центре ежегодно проводятся тысячи УЗИ, ЭКГ, РЭГ. Так, за последние два года УЗИ-обследование прошли около четырех тысяч южноказахстанцев, до одной тысячи человек провели УДГ сосудов нижних и верхних конечностей, Исследования проведены как мужчинам, так и женщинам в равных пропорциях, есть, правда, небольшое превышение по обращаемости у мужчин, Это еще раз подчеркивает, что женщины больше следят за своим здоровьем и не имеют вредных привычек. У мужчин преобладают злоупотребления алкоголем, табакокурением, лишним весом и малоподвижный образ жизни. Мужчины чаще жалуются на условия работы, большие физические нагрузки, погодные условия. Обращаемость в Южно-Казахстанский областной консультативно-диагностический центр для проведения тех или иных исследований, в том числе УЗИ-сердца, на распознавание редких патологий, врожденных пороков, аномалий, при заболеваниях кардиомиопатией, при коарктации аорты, транспозиции магистральных сосудов и др. помогают как на начальной стадии заболеваний, так и в результате уже появившихся изменений в том или ином органе. Все это дает возможность сосудистой системе восстановиться на основе применения лекарственных препаратов и стационарного лечения. Сегодня все большую популярность приобретают дневные стационары в лечебных учреждениях города. Исследования, проводимые в диагностическом центре, ложатся в основу принятия решений участковыми врачами-терапевтами, узкими специалистами.

Медицинские клиники и диагностические центры республики сегодня оснащаются самой современной техникой, оборудованием, что позволяет врачам на местах осуществлять лечение пациентов. Нет сегодня особой нужды отправлять больных для консультаций в южную и северную столицы. Шаг за шагом идет процесс модернизации лечебных учреждений. В будущем на наш взгляд станут применять в медицине и нанотехнологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Осипов Л.В. Физика и техника ультразвуковых диагностических систем // Медицинская визуализация. 1997. №1. С.6-14; №2. С.18-9-37; №3. С.38-46; №4. С. 42-53.
2. Митьков В.В., Зыкин Б.И., Буланов М.Н. Ультразвуковая ангиография// Медицинская визуализация. 1996.№2. С.4-13.

## ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК: 615.454.2:615.32:665.334.4

## КҮНЖІТ МАЙЫ НЕГІЗІНДЕ ЖАСАЛҒАН СУППОЗИТОРИЙЛЕРДІҢ ҚҰРАМЫ ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

Г.А. Жузенова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

## РЕЗЮМЕ

Определены физико-химические и структурно-механические показатели суппозитория. Разработан состав и технология ректальных суппозитория, содержащих кунжутное масло и лидокаин.

## SUMMARY

The physical – chemical and the structurally – mechanical indexes of the suppositories were determined. The structure and technology of the rectal suppositories containing the sesame oil and lydocain were worked out.

Дәрілік препараттарды алудың негізгі көзі дәрілік өсімдік шикізаты болып саналады. Қазақстан Республикасында дәрілік өсімдіктердің шикізат қорының молдығы және кең түрі осы бағытта ғылыми ізденістер жүргізу және фитопрепараттар алуға үлкен мүмкіндіктер ашады [1].

Синтетикалық жолмен алынған препараттардың жоғары биологиялық белсенділігімен бірге, олардың жанама әсерлері де өседі, сонымен қатар олардың өндірісіне байланысты құны да жоғары болады. Сондықтан синтетикалық препараттар, өсімдік шикізатынан алынған препараттар алдында біршама ұтылады [2].

Күнжіт майы медицинада жараны жазатын, қабынуды басатын әсерлерімен белгілі [3]. Біздің зерттеулеріміздің мақсаты – күнжіт майын пайдалана отырып, проктологияда қолдану үшін қабынуды басатын әсері бар суппозиторийлер жасау.

**Ауырсынуды басу** – проктологияның негізгі мәселесі, себебі, кез келген қабыну процесі ауырсынумен қабат жүреді. Проктологияда жергілікті ауырсынуды басу оның салыстырмалы қауіпсіздігі мен тез орындалуы қажет.

Сондықтан, қабыну процесінің ауырсынумен қатар жүретінін ескере отырып, ауырсынуды басу үшін амидті препарат лидокаин гидрохлориді таңдалды. Новакаинмен салыстырғанда, лидокаин гидрохлориді күрделі эфирге жатпайды, ағзада жай метаболизденеді және ұзағырақ әсер көрсетеді. Лидокаин гидрохлориді жергілікті тітіркендіргіш әсер көрсетпейді [4,5].

Суппозиторийлердің сапасы мен әсер ету дәрежесі, олардың құрамына кіретін қосымша заттарға айтарлықтай тәуелді болып келеді. Дәрілік заттардың терапевтік әсері, жанама әсер тудыру мүмкіндігі оның тек фармакологиялық белсенділігі мен химиялық құрылысына ғана емес, сонымен қатар, көмекші заттардың физико-химиялық қасиеттеріне тікелей байланысты.

Суппозиторийлер дайындауда негіз таңдау маңызды роль атқарады. Біздің зерттеулерімізде негізгі әсер етуші зат – күнжіт майы болғандықтан, суппозиторийлік негіздер ретінде липофильді негіздер қолданылды. Суппозиторийлер дайындау үшін витепсол Н-15, Витепсол W-35, какао майы негіздері таңдалды.

Алдымен таза суппозиторийлік негіздердің нормативті құжаттарға сәйкес физико-химиялық және құрылымдық-механикалық көрсеткіштері анықталды. Зерттеу нәтижелері 1 кестеде келтірілген.

Көрсеткіштері	Суппозиторийлік негіздер		
	Какао майы	витепсол Н-15	Витепсол W-35
Балқу температурасы, °С	31,3	35,1	35,5
Қату температурасы, °С	25,1	29,2	28,8
Толық деформациялану уақыты, с	315	284	360
Қышқылдық саны	2,02	0,26	0,25
Асқын тотық саны	0,006	0,003	0,028
Йодтық саны	37,50	2,61	2,84

**Кесте 1 Суппозиторийлік негіздердің физико-химиялық және құрылымдық-механикалық көрсеткіштері**

Зерттеу нәтижелері таңдалған суппозиторийлік негіздердің сапалық көрсеткіштері МФ XI басылымы талаптарына сай екенін көрсетті. Осы негіздерде күнжіт майымен суппозиторийлер дайындау мақсатында олардың құрамы таңдалды. №1 және №2 құрамдарға витепсол Н-15 және витепсол W-35 негіздерінің каттылығын көтеру үшін парафин қосылды. Суппозиторийлердің құрамы 2 кестеде берілген

Дәрілік және қосымша заттардың атауы	Дәрілік және қосымша заттардың мөлшері				
	1	2	3	4	5

Күнжіт майы	0,60	0,60	0,60	0,6	0,6
Лидокаин гидрохлориді	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Витепсол Н-15		1,25		1,39	
Витепсол W-35	1,29				1,39
Парафин	0,10	0,14			
Какао майы			1,39		

**Кесте 2 Суппозиторийлердің құрамы**

Әрбір суппозиторийде күнжіт майының құрамы 30 % құрады, суппозиторийлердің массасы – 2,0 г. Күнжіт майы және лидокаин гидрохлориді негізіндегі суппозиторийлер таңдалған негіздерде 38-40°С температурада құю әдісі бойынша жүргізілді. Технологиясын жасауда липофильді негіздердің мөлшері, күнжіт майын және лидокаин гидрохлоридін енгізу әдісі, құрылымдалу және гомогендеу жағдайлары ескерілді.

Ректальді суппозиторийлерді алу технологиясы келесі сатылардан тұрады: күнжіт майы және негіз қоспасын дайындау, лидокаин гидрохлориді ұнтағын ерітілген массаға енгізу, гомогендеу, қайта гомогендеу, дозалау және салқындату.

Алдымен лидокаин гидрохлориді ұнтағы майдаланып және № 61 сито арқылы еленді. Суппозиторийлік негіздер үгіткіштен өткізілді. Лидокаин гидрохлориді суспензиялық әдіс бойынша енгізілді.

1 және 2 құрам бойынша күнжіт майы мен парафин 55-60°С температурада су моншасында ерітілді. Еріген массаға негіз (витепсол Н-15, витепсол W-35, ) қосып және ол толық ерігенше араластырылды. Келіде 0,1 г лидокаин гидрохлориді, 2-3 г жылытылған негіз қоспаға араластырылып және біртекті масса алынғанша ысқыланды. Алынған қоспаны (концентрат) ерітілген негіздің қалған бөлігіне қосып және температураны 39-40°С қа дейін жайлап азайта отырып, біртекті масса алынғанша гомогенделді.

3, 4 және 5 құрам бойынша негіздер (какао майы, витепсол Н-15, витепсол W-35) су моншасында 40-45°С ерітілді. Еріген массаға күнжіт майы қосылып толық ерігенше араластырылды. Келіде 0,1 г лидокаин гидрохлоридіне алынған қоспаны бөлшектеп қосып біртекті масса алынғанша ысқыланды. Сонан соң негіздің қалған бөлігін түгел қосып, біртекті масса алғанша гомогенделді.

Суппозиторийлік массалар көлемі 2,0 г ұяшықтарға дозаланып, толық қатқанша мұздатқышқа салқындатылды. Дайын суппозиторийлердің орташа салмағы 2,0 г. Алынған суппозиторийлер торпедалы формалы, ақ түсті, күнжіт майына тән иісі бар болып келеді.

Алынған суппозиторийлердің МФ XI басылымы (151-бет ) бойынша сапасы бағаланды. Мұнда олардың негізгі құрылымдық –механикалық және физико-химиялық көрсеткіштері анықталды. Нәтижелері 3 кестеде берілген.

Көрсеткіштері	Суппозиторийлік негіздер				
	1	2	3	4	5
	Витепсол W-35 + парафин	Витепсол Н-15 + парафин	Какао майы	Витепсол Н-15	Витепсол W-35
Балку температурасы, °С	32,5	33,1	30,3	25,1	25,5
Қату температурасы, °С	18	17	19,1	29,2	28,8
Толық деформациялану уақыты, с	720	650	315	284	298
Қышқылдық саны	1,67	2,07	2,34	1,18	1,13
Асқын тотық саны	0,0025	0,023	0,07	0,0039	0,035
Йодтық саны	3,09	3,34	37,45	2,87	2,94

**Кесте 3 Суппозиторийлердің сапалық көрсеткіштері**

Зерттеу нәтижелері бойынша 3,4,5 құрамдағы суппозиторийлердің қату температурасы (№ 3 құрамнан басқа) жоғары, толық деформациялану уақыты МФ XI талабына сәйкес болғанымен, № 1,2 құрамдардан төмен, балку температуралары да төмен. Қышқылдық, йодтық және асқын тотық сандары тиісті талаптар иегіне сәйкес келеді. Сондықтан, келесі зерттеулер үшін № 1,2,3 құрамдар таңдап алынды.

**ӘДЕБИЕТТЕР**

1. Ергожин Е.Е., Пралиев К.Д. Проблемы поиска создания и промышленного производства новых отечественных лекарственных средств // Актуальные проблемы технологии производства, переработки лекарственного растительного сырья и получение фитопрепаратов/ Материалы международной научно-практической конференции. – Караганда. – 1994ж. – 23 б.
2. Куkenова М.Н. и др., Лекарственные растения Казахстана и их использование, “Ғылым”, Алматы, 1996ж.
3. Сагиндыкова Б.А., Жузенова Г.А., Накыпбаев М.Н. Кунжутное масло и его применение в медицине. //Фармацевтический бюллетень. –2008ж. –№ 8-9.–13-16 б.
4. Машковский М.Д., Лекарственные средства, 2 том, “Медицина”, Москва 2006 ж., 310-312 б.
5. Pedersen H., Santos A., Morishimo H.O., Finster M. // Anesthesiology.-1998.-Y.69.-N3.-P.344.

УДК: 616.24 – 002 -053.2 – 039.57:615.281.9

**ПРИМЕНЕНИЕ СУМАМЕДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

А.И. Нуранова

Городская детская поликлиника №5 г.Шымкент

**ТҮЙІН**

Біздің бұл жұмысымызда пневмония кезінде сумамедті қолданудың тиімділігі айтылған.

**SUMMARY**

The effective usage of sumamed in pneumonia is considered in this article.

Заболевания органов дыхания широко распространены среди детского населения и имеют большой удельный вес в структуре заболеваемости. Довольно частой формой поражения органов дыхания у детей являются пневмонии. Полагают, что заболеваемость острой пневмонией составляет от 4 до 20 случаев на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. [1]

Частым возбудителем внебольничных пневмоний у детей раннего и дошкольного возраста является *Streptococcus pneumoniae*. Вторым по частоте возбудителем считают *Haemophilus influenzae* (около 10-15% больных). Но в последние отмечается рост распространенности атипичных внутриклеточных микроорганизмов при заболеваниях органов дыхания у детей. Атипические возбудители пневмонии у детей в возрасте 1–6 месяцев выявляются более чем у 10–20%, чаще это *chlamydia trachomatis*[2, 3]. *Mycoplasma pneumoniae* определяется у 10–15% больных в возрасте от 1 года до 6 лет. В школьном возрасте (7–15 лет) увеличивается частота атипичных пневмоний, особенно вызванных *Mycoplasma pneumoniae* (20–40%) и *chlamydia pneumoniae* (7–24%).

**Антибиотикотерапия** — один из важнейших компонентов комплексного лечения пневмонии у детей. Выбор антибактериального препарата и пути его введения до сих пор представляют сложную задачу для врача. Антибиотики в амбулаторных условиях назначаются эмпирически и это таит в себе опасность несоответствия выбранного препарата этиологии заболевания, и, как следствие, высокого процента неудач терапии, распространения штаммов устойчивых возбудителей.

Клинико-бактериологический мониторинг определения чувствительности основных пневмотропных бактерий, проведенный в НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, позволил выявить, что при заболеваниях органов дыхания у детей *St. pneumoniae* сохраняет высокую чувствительность к препаратам аминопенициллинового ряда и макролидам.

*H. influenzae* также сохраняет высокую чувствительность к азитромицину, амоксициллину, амоксициллину — клавуланату, хлорамфениколу (Левомецитину), аминогликозидам и цефалоспорином II–III поколений. Штаммы *Br. catarrhalis* обладают резистентностью к пенициллину (70–80%), но сохраняют высокую чувствительность к амоксициллину — клавуланату, макролидам, азитромицину, цефалоспорином II и III поколений [2].

Приведенные выше данные по этиологии и чувствительности основных пневмотропных бактерий и распространенности атипичных внутриклеточных возбудителей инфекций при пневмониях у детей обосновывают применение макролидов, одним из которых является азитромицин (Сумамед).

Азитромицин (Сумамед) является полусинтетическим антибиотиком широкого спектра действия, отличающимся от других макролидов по своей структуре, фармакологическим свойствам и длительности периода полувыведения от других макролидов. Стабильность в кислой среде, абсолютная биодоступность, целенаправленный транспорт в очаг инфекции, длительный период полувыведения обеспечивают его высокую эффективность при коротком курсе применения (3–5 дней) с кратностью введения один раз в сутки. Спектр действия этого пролонгированного антибиотика значительно шире других макролидов. Преимуществом азитромицина являются: удобные формы дозирования для раннего и старшего возраста детей; прием препарата один раз в сутки; удобные короткие курсы: три дня, пять дней, пульстерапия; возможность использования препарата при ступенчатой терапии.

Важным свойством является способность азитромицина максимально проникать и накапливаться в бронхиальном секрете и легочной ткани, что способствует оптимизации антибактериальной терапии при заболеваниях органов дыхания [4].

**Цель исследования.** В проведенном исследовании попыталась оценить эффективность Сумамеда, у детей с пневмониями.

**Материалы и методы.** Проводилось наблюдение за 28 больными с внебольничной пневмонией, среди них – 15 мальчиков и 13 девочек в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Из них 21 (75 %) больных с внебольничной пневмонией легкой степени и 7 (25%) с среднетяжелыми пневмониями. Причем, 6 из 28 детей были с положительным анализом крови на ИФА к возбудителям *chlamydia trachomatis*, *chlamydia pneumoniae*,

*mycoplasma pneumoniae*. Для постановки диагноза пневмонии использовались клинико-рентгенологические, лабораторные данные.

**Результаты и их обсуждение.** Все пациенты получали сумамед в суточной дозе 10 мг/кг в течение 5 дней. Уже на 3 сутки у 88 % больных отмечалась положительная динамика разрешения заболевания, а именно, - снижение температуры тела, улучшение самочувствия и общего состояния, разрешение физикальных проявлений заболевания. Полное выздоровление у всех пациентов имелось на 8-10 день от начала лечения, о чем свидетельствуют подтверждения клинико – лабораторных, рентгенологических данных и общее соматическое состояние пациентов. Во время приема сумамеда пациенты не отметили каких-либо побочных проявлений.

**Выводы:** Анализ литературы и собственных наблюдений позволяет прийти к заключению, что азитромицин (Сумамед) является эффективным антибактериальным препаратом при лечении внебольничных неосложненных пневмоний и препаратом выбора при лечении атипичных микоплазменных и хламидийных пневмоний у детей. Высокая чувствительность к азитромицину основных пневмотропных и атипичных возбудителей, удобство в применении, наличие детских лекарственных форм, сокращение кратности приема до одного раза в сутки при коротких курсах, высокая эффективность и отсутствие выраженных нежелательных явлений позволяют рекомендовать этот антибиотик для широкого применения в детской практике при внебольничной пневмонии легких и средней тяжести в поликлинических условиях, у детей раннего и старшего возраста.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шабалов Н.П. Детские болезни-С-П, 2002
2. Wise R. et al. The penetration of azalides and macrolides into the respiratory tract. In: Program and abstracts of 2 International Conference on the Macrolides, Azalides and Streptogramins 1994, 41.
3. Foulda et al. The Pharmacokinetics of azithromycin in human serum and tissues. Journal of Antimicrobial Chemotherapy 1990, 25, suppl. A, 73–82.
4. Е.В.Середа, Л. К. Катосова. Медицинский научно-практический журнал «Лечащий врач», 2009 №8.

УДК: 613.22:641.562:615.874

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗАТА СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ «ХУМАНА ГА-1 И 2» В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА

*Р.О. Абдраманова*

*Городская детская поликлиника №5 г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл жұмыста аллергиялық аурулары бар балалардың диетотерапиясында «Хумана ГА-1 және 2» қоспасын енгізудің тиімділігі айтылған.

#### SUMMARY

The effective usage of the mixture «Humana GA – 1 and 2» in diettherapy in children with allergic diseases is discussed in the article.

В последнее время во всем мире отмечен активный рост числа аллергических заболеваний у детей. Рост числа аллергических заболеваний достигает таких масштабов, что аллергию называют «эпидемией XXI века» [1]. По мнению экспертов ВОЗ, проблема аллергических заболеваний относится к одной из первоочередных задач здравоохранения. Лишь за последние 30 лет, по данным медицинской статистики, в 2–3 раза увеличилась частота бронхиальной астмы (БА), пищевой аллергии (ПА), атопического дерматита. Вследствие пищевой сенсibilизации частота кожных проявлений ПА, по разным данным, достигает у детей первых лет жизни 15–20%.

Впервые пищевую непереносимость описал Гиппократ. Он заметил, что некоторые люди, употребляющие в пищу молоко, страдают диспепсическими расстройствами. Аллергическое заболевание у ребенка ухудшает качество жизни всей семьи, особенно если болезнь приобретает хроническое течение. Не следует забывать, что экономические затраты на лечение аллергических заболеваний, включая диетотерапию, медикаментозную терапию и препараты местного действия, постоянно возрастают [2].

Следовательно, весь этот комплекс медицинских и социальных проблем требует разработки современных эффективных и экономически оправданных профилактических мер [3, 4]. В основе аллергии лежит извращенная реакция иммунной системы, которая гиперергически реагирует на чужеродные белки, хотя в обычных условиях организм к ним иммунологически толерантен. Одним из пусковых механизмов развития аллергических заболеваний служит ранний контакт ребенка с чужеродными белками [5, 6]. В роли белка-антигена для детей 1-го года жизни чаще всего выступают белки коровьего молока. К сожалению, частота и продолжительность грудного вскармливания за последние 20 лет не имеют существенной положительной динамики и, по данным НИИ питания РАМН, составляют от 3 до 6 мес – 40,3%,

от 6 до 12 мес – 36,4% [7]. А ведь именно естественное вскармливание благодаря уникальному белковому составу женского молока и защитным и биологически активным факторам служит «естественной профилактикой» аллергии у новорожденных и грудных детей [8]. Оптимальным является исключительно грудное вскармливание до 4–6 мес, что позволяет отодвинуть контакт организма ребенка с инородными белками, содержащимися в пище, до того возрастного этапа, когда проницаемость эпителиальных барьеров уменьшается, а система пищеварения достигает большей степени зрелости [9, 10].

При этом показано, что минимально количество гетерогенных белков, которое проникает в грудное молоко матери из пищи, естественным образом способствует развитию пищевой толерантности [11, 12]. Для детей, которые по тем или иным причинам не получают грудное молоко, но нуждаются в профилактике ПА, разработаны начальные и последующие гипоаллергенные (ГА) формулы, в которых свойства полноценных детских молочных смесей успешно сочетаются со сниженным аллергенным потенциалом [12]. При создании ГА-смесей используется управляемый гидролиз для получения такого пептидного профиля, который утрачивает сенсibiliзирующую активность, при этом сохраняя свойства, необходимые для выработки иммунологической толерантности. За последние 10–15 лет накоплен большой опыт по использованию ГА-смесей [13]. Установлено, что частичные гидролизаты легче перевариваются, способствуют более мягкому стулу и уменьшают склонность к запорам, сокращают число срыгиваний по сравнению со стандартными детскими молочными смесями [14]. В многочисленных клинических исследованиях показано, что даже при осложненном семейном аллергологическом анамнезе назначение указанных продуктов сокращает риск развития атопического дерматита по сравнению с детьми, получающими стандартные детские молочные смеси.

В этом контексте значительный интерес для педиатров представляет новые гипоаллергенные смеси лечебно-профилактического назначения Хумана ГА 1 и 2 (Германия). **Целью исследования** было изучение эффективности сывороточного гидролизата Хумана ГА1 и 2 у детей первого года жизни, имеющих аллергию к белкам коровьего молока в виде атопического дерматита и поражения желудочно – кишечного тракта. Смеси Хумана ГА 1 и 2 содержат частичный гидролизат 100% сывороточного белка. Данный белковый состав обеспечивает выработку устойчивости к белку коровьего молока и снижение риска развития аллергии. Смесь обогащена таурином. Жировой компонент близок к составу жиров грудного молока. Смесь растительных масел обеспечивает легкое усвоение и высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот. Основная часть углеводов представлена лактозой (64,5%) и легкоперевариваемыми декстринами (17,1%). Витаминно-минеральный состав соответствует всем международным стандартам и рекомендациям.

**Материалы и методы.** Проводилось наблюдение за 10 детьми в возрасте от 3 до 7 мес, имеющих аллергию к белкам коровьего молока в виде атопического дерматита и поражения ЖКТ. Аллергия к белкам коровьего молока установлена на основании клиничко - анамнестических данных (дебют заболевания связан с переходом на смешанное или искусственное вскармливание с использованием адаптированных смесей на основе коровьего молока). Атопический генез заболевания подтвержден отягощенным семейным анамнезом и лабораторными данными. Уровень общего IgE в сыворотке крови у всех детей был повышен и колебался от 45 до 300 МЕ/мл. Из 10 детей, включенных в исследование, 6 имели легкое течение атопического дерматита и 4 — атопический дерматит средней тяжести. У всех детей имелись гастроинтестинальные проявления в виде колик, срыгиваний, диареи. В клинических анализах крови у всех пациентов фиксировалась относительная (от 15 до 46%) и абсолютная (2,25—6,9 · 10<sup>9</sup>/л) эозинофилия.

**Результаты и их обсуждение.** Сывороточный гидролизат Хумана ГА-1 и 2 вводили в течение 5—7 дней, постепенно замещая предшествующую смесь. Параллельно назначались антигистаминные препараты и про и пребиотики, чередующимися курсами, и ферменты. Коровье, козье, соевое молоко и их продукты были исключены из питания. Объем употребляемой в питании смеси к 7-му дню составил от 400 до 800 мл в сутки. Положительная динамика наступала уже на 6-8 сутки, снижались симптомы атопического дерматита, нормализовался стул, исчезли диспептические явления. В течение периода исследования (2 месяца) на фоне вскармливания Хумана ГА-1 и 2 фиксировалось адекватное физическое развитие детей — темпы прибавки массы тела и роста соответствовали возрастным нормам.

**Выводы.** Таким образом, при легкой и средней степени тяжести атопического дерматита и наличии гастроинтестинальных проявлений, обусловленных сенсibiliзацией к белкам коровьего молока, оптимальным продуктом питания для детей первого года жизни является безлактозные смеси на основе глубокого гидролизата сывороточных белков — Хумана ГА-1 и 2. Хумана ГА-1 и 2 обладают хорошей переносимостью и высокой эффективностью.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А.А.Баранова, И.И.Балаболкина. Детская аллергология. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006.
2. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М., 2000.
3. Zeiger RS. Dietary aspects of food allergy prevention in infants and children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 30: S77–86.
4. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М., 2004.

5. Балаболкин И.И. Проблема аллергии в педиатрии. Рос. педиатр. журн. 1998; 2: 49–51.
6. К.С.Ладодо. Непереносимость белков коровьего молока.Руководство по детскому лечебному питанию.М.:Медицина, 2000. 174–8.
7. Конь И.Я., Аболян Л.В., Фатеева Е.М. и др. Новые подходы к статистике распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации. Вопр. дет. диетол. 2004; 4: 38–41.
8. Grulee GG, Sanford NH. The influence of breast and artificial feeding on infantile eczema. J Pediatr 1936; 8: 223–5.
9. Ширина Л.И., Мазо В.К. Система пищеварения ребенка, ее созревание и развитие. Руководство по детскому питанию. В.А.Тутельян, И.Я.Конь. М.: МИА, 2004; 28–51.
10. Боровик Т.Э., Рославцева Е.А., Гмошинский И.В. и др. Использование специализированных продуктов на основе гидролизатов белка в питании детей с пищевой аллергией. Аллергология. 2001; 2: 38–42.
11. В.А.Ревякиной, Т.Э.Боровик .М.Лечебное питание детей с пищевой аллергией. Пособие для врачей: Династия, 2005.
12. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Малова Н.Е. Диетотерапия при непереносимости белков коровьего молока у детей раннего возраста. Вопр. соврем. педиатрии. 2005; 1: 67–70.
13. Использование смеси «Фрисопеп» при аллергии на белки коровьего молока и сои. Детское питание XXI века. М., 2003; 52–3.
14. Терхегген-Ларго С., Хау И.М., Шаафсма А., Воутерс Е. Клиническая оценка новой смеси на основе глубокого гидролизата белка у детей с аллергией к белкам коровьего молока: двойное слепое перекрестное исследование. Вопр. детск. диетол. 2005; 5: 10–4.

УДК 616.233-002:615.235-053.2

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, ОДЫШКУ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

*Л.А. Галиева*

*ГККП СВА «Бейбит», г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы бүкіл әлемге жоғарлаған және соңғы әдебиеттер мәліметі бойынша 47,3 % көбейген. Осы деректерге сүйене отырып практикада бронхитті Тиотропия бромид препаратымен комплексті емдеу әсерлі. Сонымен қатар аталмыш препаратты үй ішілік жағдайда қолдануға қолайлы.

#### SUMMARY

According to the world data there is a steady growth of chronic obstructive pulmonary disease and the death rate was increased on 47,3%. The results of the research work show. That new preparation «Tiotropium bromide» is effective in the treatment of this disease. Besides, it is possible to use it at home, without doctors control.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)- заболевание, в современной трактовке которого исходят из того, что обструкция дыхательных путей имеет прогрессирующий характер, но под воздействием современных методов лечения она может быть частично обратимой. ХОБЛ характеризуется тем, что к кашлю и выделению мокроты присоединяется одышка, появление которой обусловлено обструкцией дыхательных путей. Одышка является кардинальным признаком больных ХОБЛ. Возникновение симптома одышки отражает нарушение во взаимоотношении таких физических величин, как давление и сопротивление, которые определяют скорость воздушного потока по дыхательным путям.

Описываемые патофизиологические процессы, в конечном счёте, приводят к ограничению движения воздушного потока по дыхательным путям. Это происходит или вследствие снижения эластической тяги, что наблюдается у больных с эмфиземой лёгких, или же вследствие сужения дыхательных путей, как это случается у больных с хроническим обструктивным бронхитом. Основной причиной обращения больных ХОБЛ за медицинской помощью является обострение заболевания. Инфекционные заболевания (вирусные и бактериальные) как верхнего, так и нижнего отделов дыхательных путей, играют важную роль в возникновении и развитии обострений ХОБЛ.

Наиболее часто высеваемыми из бронхиального секрета у больных ХОБЛ патогенами являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. Большое значение придаётся респираторным вирусам, которые могут играть ведущую самостоятельную роль в патогенезе ХОБЛ или выступать в ассоциации с микроорганизмами. Последствия обострений ХОБЛ имеют крайне неблагоприятный характер: ускорение прогрессирования заболевания, ухудшение качества жизни больных, значительные экономические потери. Тяжелое обострение заболевания является основной причиной смерти больных ХОБЛ. Тиотропия бромид (Спирива®, Берингер Ингельхайм, Германия) - ингаляционный антихолинэргический препарат, специфический антагонист мускариновых рецепторов, с кинетической селективностью к М3 подтипу, который обеспечивает длительную устойчивую бронходилатацию и улучшает качество жизни у больных ХОБЛ. Улучшение состояния здоровья больных ХОБЛ достигается за счет многих факторов, но наиболее

важными среди них являются уменьшение симптомов болезни и увеличение толерантности к физической нагрузке.

**Цель исследования.** Оценка клинической эффективности тиотропия у больных ХОБЛ, поступивших в стационар с обострением ХОБЛ.

**Материал и методы.** В исследование, которое длилось 14 дней, были включены 96 пациентов, диагноз «ХОБЛ» которым установлен согласно критериям ВОЗ и Американского торакального общества. Возраст больных составил 40 -70 лет, все жители сельской местности: 55 мужчин и 41 женщин. Курение отмечено у всех мужчин, стаж курения составил в среднем более 50,2±22,4 пачко-лет. В исследование не включали больных с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом и атопическими реакциями в анамнезе, эозинофилией крови. Для диагностики обострения ХОБЛ использованы критерии Anthonisen и соавт., 1987г.: усиление одышки, увеличение объема мокроты, повышение степени гнойности мокроты с нарастанием числа свистящих хрипов, усиление кашля, повышение числа дыхательных движений или числа сердечных сокращений по сравнению со стабильным состоянием на 20%. В зависимости от тяжести обострения, больные были разделены на 2 группы: средней (38 мужчин и 23 женщин) и тяжелой степени тяжести. Группу сравнения составили больные ХОБЛ, сопоставимые по полу, возрасту, длительности заболевания, показателям функций легких и толерантности к физической нагрузке, госпитализированные ранее, в терапии которых не было тиотропия (из-за отсутствия его в стационаре).

Во время всего периода пребывания в стационаре больным проводились исследования функций внешнего дыхания. Спирометрию выполняли в день поступления, на 7-й день и в день выписки. Спирометрия каждый раз проводилась, согласно методике трижды, в положении больного сидя. Для анализа использовали максимальные значения ОФВ1 и ФЖЕЛ из трех попыток. Исходная характеристика больных представлена в таблице 1.

Показатель	Тиотропий (n=96)	Плацебо (n=92)
Возраст, лет	61,5±5,9	59,4±8,0
Мужчин, абс.	55	57
Длительность ХОБЛ, лет	9,8	9,6
Длительность одышки, лет	7,81±0,54	7,38±0,62
ОФВ1, л	1,23	1,21
ОФВ1, % от должного	45,7	43,7
ФЖЕЛ, л	2,67	2,25
ОФВ1/ФЖЕЛ	46,8	46,3

Таблица 1. Исходная характеристика больных в группах тиотропия и плацебо

Пациенты в течение 2 недель принимали тиотропий в дозе 18 мкг (одна капсула в день) через дозирующее устройство ХандиХалер (Берингер Ингельхайм), фиксировано во времени. За 1 час и за 15 минут до следующего приема тиотропия, а затем через 30, 60, 180 минут после приема препарата определяли пиковую скорость выдоха (ПСВ) пикфлоуметром. Результаты исследований спирометрических и пикфлоуметрических данных были представлены в виде средних значений в процентах от должного.

Больные вели дневник, где отмечали время ингаляции каждой дозы тиотропия, оценку одышки («тяжелая», «очень тяжелая», «легкая», «очень легкая», «очень, очень легкая», «только при быстрой (обычной) ходьбе», «при подъеме»), повседневную физическую нагрузку и потребность в препаратах «скорой помощи». В комплексной терапии больных ХОБЛ в стационаре применялись системные и ингаляционные глюкокортико-стероиды, системные и пероральные пролонгированные теофиллины, муколитики без бронхорасширяющих свойств. Антибактериальная терапия проводилась всем больным с момента поступления эмпирическая, после взятия анализа мокроты и окраске ее по Граму. В статистической обработке полученных данных использовали простую статистику, t-критерий Стьюдента. Различие между параметрами считали достоверным при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе больных, принимавших тиотропий, отмечено достоверное увеличение спирометрических показателей (ОФВ1, ФЖЕЛ, ПСВ) во все временные точки во все дни исследования по сравнению с плацебо ( $p < 0,001$ ) Улучшение показателей функции внешнего дыхания наблюдалось через 30 минут после ингаляции 1 дозы препарата. Различие наименьшего ОФВ1 между группами тиотропия и плацебо составило в среднем 0,17 л; различие между двумя группами по наименьшему ФЖЕЛ составило в среднем 0,31 л ( $p < 0,001$ ). Пиковые значения ОФВ1, ФЖЕЛ, ПСВ в группе тиотропия были выше во все дни проводимых исследований.

При оценке одышки, по записям в дневниках пациентов, в группе тиотропия отмечается достаточно быстрая динамика: переход от «очень тяжелая» и «тяжелая» на «среднетяжелую» отмечен на 5-й день приема препарата; на 7 и 14 день - в группе больных с тяжелой стадией ХОБЛ – появляются записи об одышке «только при подъеме на 2 лестничных пролета, медленная ходьба не вызывает дискомфорта». У пациентов с среднетяжелой стадией ХОБЛ- обычная ходьба не вызывала одышки. Все пациенты группы тиотропия отмечают заметное увеличение продолжительности физической нагрузки, время достижения предельной одышки, из-за которой пришлось бы прекратить нагрузку, было больше, чем в группе плацебо.



Ежедневная потребность в ингаляциях салбутамола/ беротека для уменьшения симптомов, о применении которых были отметки в дневниках пациентов, также является показателем степени одышки при повседневной активности в условиях стационара. В группе тиотропия суточная потребность в салбутамоле /беротеке была достоверно ниже по сравнению с плацебо, средние различия по усредненным недельным показателям составили -1,0 - -1,3 вдохов в день. За период наблюдения ни один больной не выбыл из исследования из-за каких-либо серьезных осложнений. Переносимость препарата была удовлетворительной.

**Выводы.** Лечение тиотропия бромидом – антихолинергическим препаратом длительного действия - больных ХОБЛ приводит к: 1) достоверному более быстрому улучшению клинического течения ХОБЛ в связи с уменьшением симптомов болезни, то есть одышки и выделения мокроты при сравнении с группой плацебо; 2) данные спирографии (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1) и пикфлоуметрии (ПСВ), проведенные всем больным ХОБЛ при поступлении и в динамике, убедительно показывают увеличение основных показателей функций внешнего дыхания у пациентов, принимавших тиотропий, в сравнении с пациентами группы плацебо; 3) терапия тиотропием приводит к устойчивому увеличению наименьшего ОФВ1 по сравнению с плацебо, причем индекс Тиффно заметно не меняется. Таким образом, изменения ОФВ1 в основном отражают увеличение ФЖЕЛ. Увеличение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) обратно связано со снижением остаточного объема (ОО), что обусловлено более полным освобождением легких от воздуха; 4) отмечено уменьшение одышки и повышение как переносимости, так и времени выполнения физической нагрузки у больных ХОБЛ на фоне лечения тиотропием в сравнении с пациентами группы плацебо; 5) побочных эффектов во время применения препарата не выявлено.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. D.E.O'Donnel, T.Fluge, A. Hamilton, et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004;23: 832-840.
2. Bartolome Celli, MD, FCCR; Richard Zu Wallack, MD; Susan Wang, MD; and Steven Kesten, MD, FCCR. Improvement in Resting Inspiratory Capacity and Hyperinflation With Tiotropium in COPD Patients With Increased Static Lung Volumes. Chest 2003; 124:1743-1748.
3. Celli B.R., MacNee W. et al. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004;23:932-946.
4. Pauwels R.A., Buist A.S., Calverley P.M. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLB/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1256-1276.
5. Siafakas N. M., Vermeire P., Pride N.B. et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Eur Respir J 1995; 8: 1398-1420.

УДК: 616.15 – 085.35

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДЛЯ ТЕРАПИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

*Ж.У. Есжанова, С.У. Базарбаева, С.М. Айдарбекова  
БСМП, ТОО «Сеним» г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Осы хабарлауда вегетативті-тамыр дистониясында дәрілік шөп шикізаттарын пайдаланудың кейбір аспектісі айтылады. Астения, ренжігіштілік, құбылмалы мінезділік, неврологиялық реакциялар және де басқа жағдайлардағы пациенттерге дәрілік өсімдіктерді тағайындау осылайша қаралған. Дәрілік өсімдіктер ашкізатын қолдану тәжірбиесі оларды аталған медициналық проблемалар симптомдарын түзету үшін ұсынуға мүмкіндік береді.

#### SUMMARY

In this release there are some aspects of the use of medicinal plants in the treatment of vegetative-vascular dystonia. This disease has some symptoms on the emotional level: asthenia, irritability, mood variability, apathy, depression, drowsiness and etc. So, phytotherapy is very effective for the correction of these symptoms.

В последние годы отмечается постоянный рост числа пациентов с низкими адаптационными возможностями организма, приводящими к срыву механизмов регуляции функциональных систем. Этому способствуют эмоциональные стрессы, гиподинамия, несбалансированное питание и т.д. По данным многочисленных исследований в стационарах терапевтического профиля ежегодно лечится до 25% пациентов с функциональными расстройствами различных органов.

Признаки болезни можно увидеть при обнаружении сбоев в работе контролирующих функций вегетативной нервной системы, что может произойти в нескольких системах. В сердечно-сосудистой системе это отразится на давлении крови, вызывая либо повышенное, либо пониженное кровяное давление, на частоте сердцебиений, зачастую вызывая усиленное сердцебиение, и приведет к неприятным болевым ощущениям в

левой части груди. В дыхательной системе будут заметны затруднения при дыхании, при вдохе, диспноэ, асфиксия, тахипноэ, произвольная гипервентиляция и дыхание с большим напряжением.

В системе желудочно-кишечной проявление болезни будет сопровождаться тошнотой, позывами на рвоту, скоплением газов, изжогой, отрыжкой, различными нарушениями стула и неприятными ощущениями в области живота. В терморегуляционной системе болезнь проявляется в постоянном лихорадочном состоянии пациента, чрезмерном потении, когда его либо бросает в жар, либо он чувствует озноб. Признаки болезни в вестибулярной системе заключаются в головокружении, предрасположенности к обморокам. Мочеполовая система реагирует на болезнь частыми мочеиспусканиями, неприятными ощущениями в области половых органов.

При этом вегето-сосудистая дистония всегда сопровождается расстройствами на эмоциональном уровне, то есть боязнью, страхом, чувствительностью, раздражимостью, возбудимостью, усталостью, апатией, нежеланием работать, напряжённостью, ухудшением настроения, бессонницей и безразличием к еде. Нами применены рекомендации по фитотерапии вегетативной дисфункции кабинета традиционной медицины в МУЗ ГДП № 3 г. Мытищи [1].

При назначении фитопрепаратов пациентам с вегето-сосудистой дистонией, мы руководствовались следующими принципами: этапность, системность, индивидуальность лечения, временной принцип лечения. Т.е., растительные препараты могут служить дополнительными средствами, способными корректировать нарушенные функции организма. При данной медицинской проблеме во всех процессах, в том числе патологических, участвуют практически все системы организма. Это должно учитываться в процессе лечения и назначения лекарственного растительного сырья (ЛРС): общеукрепляющих, общетонизирующих и других.

При назначении ЛРС, помимо состояния больного следует также учитывать множество индивидуальных факторов, таких, как условия жизни и питания, характера работы, течение болезни. Только при таких условиях можно подобрать индивидуальный состав ЛРС. Практика показала, что действие лекарственных трав на больных очень различно. Всё зависит от конкретной ситуации и конкретных условий. Длительность терапии тоже играет большую роль в назначении и дозировке лекарственных препаратов. Мы предлагаем следующее: длительность курсового лечения одним составом фитосбора — 1-1,5 месяца. Дозировка лечебного сбора: 1 столовая ложка на 0,2 литра воды (доза на 1 день) [1, 2]. Также нами были зафиксированы и сезонные колебания в эффективности растительных лекарственных средств. К примеру, женьшень, элеутерококк, золотой корень не стоит назначать в жаркое время года, ЛРС со снотворным эффектом более эффективно осенью и зимой.

Основным фармакологическим действием растений и тем более их сочетаний является следующее действие: они способны уменьшать объем и тяжесть повреждений различных органов и тканей, а в целом - повышать резистентность организма к повреждающим воздействиям [2, 3].

Тактика ведения больного и специфика составления сбора определяется симптомокомплексом. Для симпатикотоников характерна астения, раздражительность, изменчивость настроения и невротические реакции. Поэтому основу их сбора должны составлять травы с седативными эффектами (пустырник, валериана, пион, боярышник, липа, донник, омела белая, хмель, чабрец, таволга, лаванда, Melissa, шлемник), спазмолитические (мята, Melissa, ромашка, укроп, кориандр, душица), общеукрепляющие травы (аир, девясил, зверобой, шиповник, рябина, крапива) [4]. При постоянной вспыльчивости со склонностью к плаксивости в составе сбора увеличивают долю лаванды и зверобоя. Гармонизирует эмоции, в частности при аффективной лабильности и колебаниях настроения, сабельник [4].

Ваготоники чаще апатичны, склонны к депрессивным состоянием, с низкой работоспособностью, предъявляют множество ипохондрических жалоб. При выраженной астении лечение начинается с витаминных, общеукрепляющих чаев (шиповник, рябина, крапива, спорыш, подорожник, береза, девясил, зверобой, аир, лист малины). Сочетают в себе успокаивающие и тонизирующие свойства пион, аир, малина, одуванчик, пастернак, трифоль, липа. Зверобой проявляет выраженные антидепрессивные свойства только в виде спиртовой настойки. Хорошо помогают холодные настои корневищ валерианы с девясилем [4].

Нарушение терморегуляции может быть обусловлено не только нарушением в работе центра терморегуляции, но и усилением основного обмена на фоне симпатикотонии и снижением теплоотдачи из-за выраженного спазма периферических сосудов. Поэтому эффективным является назначение успокаивающих и спазмолитических трав на фоне общеукрепляющей и витаминотерапии. Например, рябина, шиповник, валериана, анис, аир, пион, девясил, дягиль, боярышник, пустырник.

Расстройство сосудистого тонуса может выражаться как в виде спазмов сосудов и повышении периферического сопротивления, так и в неадекватности их расширения. Высокий уровень невротизации определяет высокую частоту и выраженность болевого синдрома за счет снижения порога болевой чувствительности. Ведущим симптомом нередко выступает головная боль. Часто она сопровождается астенизацией, синкопальными состояниями и вертебральным синдромом, похолоданием конечностей, ортостатической гипотонией. При головных болях назначаются таволга, ромашка, первоцвет, пижма, анис, календула, душица, кипрей, цветки жасмина, пол-пола (эрва шерстистая). Пол-пола, которая известна как «почечная» трава, очень эффективна при мигренях и головных болях. Спазмы мозговых сосудов устраняют

барвинок, боярышник, мелисса, мята, хмель, семя укропа. При обмороках и головокружениях назначается лаванда.

Важной составной частью сбора являются растения антигипоксанты, повышающие устойчивость мозговой ткани к кислородному голоданию и восстанавливающие энергодефицитные состояния тканей. К числу сильных антигипоксантов относятся лист березы, крапивы, цветки арники, боярышника, липы, пижмы, таволги, календулы, трава сушеницы, донника, хвоща, плоды и листья облепихи, рябины, чистец буквицецветный (трава) и др. Одной из причин развития приступов головных болей может быть недостаток магния в организме. Поэтому показаны травы, концентрирующие его, — мята, мелисса, пустырник, хмель, ромашка, пижма, боярышник, донник, сушеница.

Дисдинамическая форма дистонии проявляется колебаниями артериального давления. При повышенном артериальном давлении на 1–2 месяца назначаются сборы, включающие в себя травы, оказывающие успокаивающее и снижающее давление действие: пустырник, боярышник, валериана, мята (мелисса), сушеница, таволга, ромашка, хмель, тмин, укроп, душица, тысячелистник, дербенник, черноплодная рябина и легкие мочегонные — лист березы, трава хвоща, вереска, почечного чая, корень айра, одуванчика, цветки клевера. Особого внимания заслуживает таволга — она сочетает в себе общеукрепляющее, успокаивающее, противосудорожное и стресс-протекторное действие. Разжижает кровь, снижает в ней уровень сахара и холестерина, снижает давление. Является легким мочегонным средством, сильным антигипоксантом и антиоксидантом. На фоне приема таволги улучшается память, внимание, уменьшаются головные боли, подъемы давления.

При пониженном давлении назначают адаптогены. Принимают их два раза в день - утром и днем (желательно не позже 16–17 часов). Курс — 10–14 дней ежемесячно с середины сентября до середины апреля. Свои адаптогенные качества они проявляют при коротком световом дне (с середины сентября до середины апреля). По мере роста светового дня их адаптогенные свойства снижаются, а тонизирующие, стимулирующие возрастают. Параллельно назначаются бессмертник, зверобой, дягиль, кора ивы, иссоп, льнянка, розмарин, черника, сабельник, шиповник, рябина, крапива.

В системе органов пищеварения синдром вегетативной дисфункции может проявляться диспептическими или дискинетическими нарушениями. При дискинезиях желчевыводящих путей по гипертоническому типу и дискинезиях кишечника отбираются лекарственные растения, обладающие спазмолитическим, обезболивающим и успокаивающим действием (мята, мелисса, хмель, валериана, пустырник, девясил, фенхель, укроп, тысячелистник, ромашка, зверобой). Одновременно в сборы включают желчегонные травы, которые не оказывают существенного влияния на тонус желчного пузыря, — пижму, шиповник, березу, кукурузные рыльца, календулу, листья черноплодной рябины. Желательно добавлять в сборы противовоспалительные и противомикробные травы (календула, тысячелистник, зверобой) [5].

При дискинезиях желчевыводящих путей по гипотоническому типу предпочтение отдается травам, устраняющим застой желчи, усиливающим сокращения желчного пузыря (айр, барбарис, бессмертник, брусника, душица, дымянка, кориандр, можжевельник, одуванчик, рябина, спорыш, тимьян, тмин, цикорий, шиповник), и травам, повышающим тонус желчного пузыря и желчевыводящих путей (бессмертник, рябина, крапива, душица, дымянка, айр), а также желчегонным травам, не оказывающим выраженного спазмолитического действия (золототысячник, трифоль, кукурузные рыльца, шиповник, цикорий, береза). Обязательно использование компрессов и микроклизм из настоя [5].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Данилюк О.А. Опыт фитотерапии вегетативной дисфункции в практике детской поликлиники// Лечащий врач, 2010, №4, С. 32-35.
2. Данилюк О. А. Фитотерапия вегетативной дисфункции у подростков // Материалы I Съезда натуротерапевтов России. Сборник научных трудов. М., 25 октября 2009 г. С. 46–48.
3. Данилюк О. А. Практическая иридодиагностика и фитотерапия. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. 573 с.
4. Барнаулов О. Д., Пospelова М. Л. Фитотерапия в неврологии. С.-Пб: Изд-во Н-Л, 2009. С. 320.
5. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МИА, 2002. С. 752.

ӘЖ 616.12 – 008.318: 615.03

#### ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ БАР НАУҚАСТАРДА МАГНЕ В6 ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІГІ

*Л.Б. Байтемирова*

*Облыстық консультативті-диагностикалық медициналық орталық, Шымкент қаласы*

#### РЕЗЮМЕ

В статье отражено лечение больных с нарушениями ритма сердца препаратом Магне В6. В частности, была отмечена высокая эффективность в лечении желудочковой экстрасистолии. Переносимость препарата

была хорошей, побочных эффектов не отмечалось. Положительная динамика на ЭКГ отмечена у 70% больных, у остальных 30% клиническое улучшение.

#### SUMMARY

In this article there is the information about treatment of heart rhythm disturbance by the preparation magne B6. Besides, high efficiency in the treatment of ventricular extrasystoles was marked. Tolerability of the preparation was good and there were no side effects. Positive dynamics on ECG is marked at 70% of the patients, clinical improvement is marked at 30%.

Магнийдің жетіспеушілігі кардиолог жұмысын қиындататын мәселенің бірі. Бұл жағдай келесі аспектілерге көңіл бөлуін талап етеді:

1. Жүрек қан-тамырларының ауыр органикалық патологиясының дамуында магнийдің жетіспеушілігі маңызды роль атқарады.
2. Бұл-ең алдымен жүрек ырғағының бұлыстарымен, жүректің қоранарлық ауруымен, АГ, жүрек жетіспеушілігімен қауіпті.
3. Жүрек пен қан-тамырлардың функциональдық ауруларының патогенезінде магнийдің жетіспеушілігі көбіне стресстік жағдайларға байланысты. Мысалы ретінде нейроциркуляторлық дистонияда, «спорттық жүректе», ПМК-ауруларында кездеседі.
4. III-топтағы аритмияға қарсы препараттардың, жүрек гликозидтерінің кері әсері магнийдің жетіспеушілігінен айқын анық өтеді, ал зәр айдайтын препарат қолданған кезде магний көп мөлшерде жоғалады. Бұл жағдай арнайы коррекцияны керек етеді.

Жүкті әйелдердегі АГ-ны, жүрек ырғағының бұзылуының емдеу кардиолог дәрігерді тұғырыққа тірейді. Өйткені емдеу үшін дәрі-дәрмектердің таңдауы өте аз. Жүрек ырғағының бұзылысында магний жетіспеушілігінің маңыздылығы- ағзадағы магний ионының физиологиялық роліне байланысты.

Mg біріншіден кардиомиоциттердегі клетканың козу қабілетін азайтады. Қозу және тежеу процесстерін реттейді. Одан K, Na, Ca иондарын тасымалдап, клетка ішіне Na мен Ca-дың өтуін азайтып, K енуін көбейтеді (антиаритмиялық).

Сонымен бірге тотығу, тотықсындану процесстерін активтендіріп, миокардтың перфузиясын жақсартады. Mg лактаты мен B6 витаминінің ролі катехоламиндердің активтілігін тежеп, аритмогендік факторды жоғарылатады.

Сау адамдарда Mg 25 граммды құрайды. Ол 99 % клеткада, 60 % сүйек кемігінде, 1 % клетка сыртында, қан сарсуында 0,3 % кездеседі.

Mg көмірсу витамин, май алмасу метаболизмінде 300-ге жуық ферменттік реакцияға қатысады. Сондықтан да қазіргі таңда магний жетіспеушілігін емдеуде Mg B6 препараты «алтын стандартқа» сәйкес жоғары технологиялық препарат болып саналады.

**Мақсаты:** «Санофи-Авентис» (Франция) компаниясының өнімі Магне В6 ( магний лактаты және пиридоксин) препаратының, жүрек ырғағының бұзылуымен ауыратын науқастарда аритмияға қарсы клиникалық әсерін бақылау.

**Материалдары мен әдістері:** 27 науқас ЖЫБ-мен, орташа жасы 25,2 + 0,5 ж; (18-ден 35 жас аралығындағы науқастар). ЖЫБ-да Магне В6 препараты көбіне жиі қарыншалық экстрасистолияларда қолданады. Олардың 16-да НЦД, 4-де эндокриндік кардиомиопатия, 4-де миокардиттік кардиосклероз, 3-де темір жетіспеушілік анемия.

Барлық науқастарға клиникалық тексерулер өткізілді.

1. Тыныштық күйіндегі ЭКГ, ЭКГ мониторы, ЖҚА, электролиттер, K, Mg
2. Эндокринолог, невропатолог кеңестері.

**Нәтижелері:** Магне В6 препаратымен емдеу 2-айға созылды.

Экстрасистолияардың саны 70 % азаюы оң нәтижелі деп есептелінді. Толық нәтиже экстрасистолиялардың толық жойылуы. Бақылау кезінде ағзада магнийдің жетіспеушілігінен болатын симптомдар кездесті.

Тез шаршау -71%, жүректің жиі қағысы-60%, ауаның жетіспеуі-50%, бастың айналуы-45%, парастезия-16%.

Магне В6 препаратын- күнделікті 2-таб/дан 3рет берілді 2- айға. Магне В6 препараты қабылданған кезде жүректің жиі қағысы, жүрек ырғағының бұзылуы, науқастардың жартысында- ( 9 науқаста) толық кетті, еңтігу-7 науқаста, бастың айналуы-11-де, әлсіздік парастезия барлығында кездеспеді. Тексеру ЭКГ нәтижесі 17-де қарыншалық жүрек ырғағының бұзылуы тексерілсе, 4-де қарынша үстілік, 5-де синусты тахикардия тіркелді.

Магне В6 препаратымен емдеу науқастарда оң нәтиже көрсетті. Тексеру кезінде АД - өзгермеген, САД – ДАД – 102,2 ± 2,5 + 70,4 ± 3,5 сынап бағанасымен.

**Қорытынды:** Жүрек ырғағының бұзылуы бар науқастарда Магне В6 препаратын қолдану, науқастардың клиникалық белгілерін жақсартып, қарыншаның эктопиялық белсенділігін тежеді. Қабылданған мөлшердегі препаратты қолданған кезде, кері әсері байқалмады.

УДК 616.12 – 008.331.1: 615.03

## ЛЕРКАНИДИПИННІҢ ЭФФЕКТІЛІГІ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІ ТУРАЛЫ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗІ

Л.Б. Байтемирова

Облыстық консультативті-диагностикалық медициналық орталық, Шымкент қаласы

## РЕЗЮМЕ

В статье отражены результаты лечения больных с АГ I-II степени препаратом Леркамен. Отмечена положительная динамика у больных на фоне применения Леркамена по сравнению с другими аналогами (Амлодипинами). Наблюдалась положительная динамика в 92% случаев, при этом отмечена хорошая переносимость.

## SUMMARY

In this clause the results of treatment of the patients with AG I-II of a degree by a preparation Lerkamen are reflected. Positive dynamics on a background of application of Lerkamen is marked in comparison with other analogues (Amlodipines). Positive dynamics in 92 % of cases was observed, thus high tolerability is marked.

Артериальды Гипертония адамзат тарихында - жүрек қан-тамырлар ауруының құрылымын анықтайтын және өлімге алып келетін жұқпалы емес аса маңызды пандемия. Соңғы 20 жылда АГ-ның асқынуынан (жүректің қоранарлық ауруынан, миға қан құйылудан) өлімге әкелу көбеюде.

АГ-ның көршілес Ресей мемлекетінде кездесу жиілігі (Р.Г. Оганов, С.А. Шальнованың) 2008 жылғы деректерінде ерлер арасында АГ-ның кездесуі 39,2 %, әйелдер арасында 41,1 %, алпыс жастан асқан кісілерде кездесу жиілігі 50 % жоғары. Сондай-ақ әйелдер ер кісілерге қарағанда өзінің қан қысымының жоғары екендігі жөнінде толығырақ хабардар.

Осылардың 58,9 % ерлер, 37,1 % -әйелдер ем қабылдаса, 46,7 %-е, 21,6 %-әйелдерде ем нәтижесі дұрыс эффект беруде. Бұл мәліметтерге көз сала келе АГ-ның жиі кездесуі- науқастардың өз аурулары жөнінде толық мәлімет ала-алмағандығында және де емдік іс-шаралардың қолдануы төмен деңгейде екендігін білдіреді. Сонымен бірге АГ-ның асқынуларының алдын-алу шаралары жеткіліксіз деңгейде өтуде. Сондықтан да, АГ тек кардиология саласында ғана емес барлық ішкі медицина саласында қарқынды зерттелініп жатыр.

АГ-ны емдеудегі дәрігердің мақсаты тек қана қан-қысымын нәтижелі төмендетуде ғана емес, оның асқынуына жол бермей, гипотензивті препараттардың қауіпсіздігін қамтамасыз етуде. Қазіргі таңда гипотензивті препараттардың қауіпсіздігі 2 маңызды себепке байланысты:

1. Дәрінің өзінің фармакологиялық құрамына байланысты монотерапия ретінде пайдалануында.
2. Амбулаторлық практикада дәріні ұзақ уақыт үздіксіз қолдануында. Оған мынадай факторлар әсер етеді: дәрі-дәрмектің тәулігіне бір рет қолдануы (монотерапия ретінде) және дәрінің кері әсерінің аздығы мен арзандығы.

Осы көрсетілген талаптарға Германия Berlii-chemie компаниясының өнімі Леркамен препараты сай. ДДҰ (ВОЗ) эксперттерінің жорамы бойынша АГ-ны емдеудегі Са антагонистері 1 топтағы таңдаулы препарат болып саналады. Сонымен бірге Са антагонистері жөнінде үлкен ауқымды зерттеулер жүргізілген. Олар: NOT, INSILHT, NORDIE, TOMHS, STONS, SYST, ALLHAT зерттеулері. Бұл зерттеулер нәтижесі Са антагонистерін ұзақ уақыт қабылдағанда жүрек қан-тамырлар ауруларын төмендетіп, өлімге алып келуді азайтқандығын дәлелдеді.

Қазіргі таңда әр түрлі фармакодинамикалық көптеген кальций каналдарының тежеуіш топтары бар. ККТ Лерканидипин (Леркамен, Berlin-chemie Германия) – осы топтағы препараттың ерекшелігі; липофильді қасиеті өте жоғары; қан тамырларға әсер етуі аса таңдаулы.

Бұл препараттың гипотензивті әсері тәулік бойы сақталады. Плазмадан бөліну қасиеті 2-сағатқа созылып экскреторлық органдарға ауырлық түсірмейді, ал ағзаға кері әсері азаяды. Басқа препаратқа қарағанда кері әсері төмен.

**Мысалы:** леркамен қабылдау кезінде амлодипинге қарағанда перифериялық ісіктер 10 есе аз. Лерканидипиннің қан тамырлық әсері басқа кальций антагонистеріне қарағанда жоғары, сондықтан да қоранарлық қан тамырларына таңдаулы әсері етеді. Леркамен жүрек қағысын тездетпестен қан қысымын төмендетеді. (АД), симпатоадреналдық жүйенің қызметін күшейтпейді.

**Тәжірибе мақсаты:** Бір ғана препаратпен емдеу мақсатында (монотерапия) лерканидипиннің амлодипинмен салыстырғандағы емнің ұтымдылығы. Бұл I-топтаға тәжірибеге АГ-мен 32 науқасқа сатысты АГ-нің I-II-ші сатысы, жас ерекшелігі 45-65 жас аралығы. Сонымен бұл препараттың амлодипинге қарағандағы ағзаға әсер етуі қауіпсіз екендігін байқадық.

II топтағы бақылауда 32 науқас болды. Диагноз: АГ I-II сатысы II том Риск -3. Олардың 11-і ер кісі, 21-ә әйелдер, жас аралығы 35-65 АГ диагнозы 1999 жылғы БОАГ жіктелуіне сәйкес қойылды.

Науқастар 2 топқа бөлінеді: жас ерекшелігіне байланысты, жынысына байланысты, бастапқы АД-ға байланысты.

I-топтағылар тәулігіне 10 мг лерканидипин қабылдаса, 2-топтағылар 5 мг амлодипин қабылдады.

**Зерттеу әдістері:** қан қысымының тәуліктік тексеруі (СМАД). Келесі көрсеткіштерге анализ жасалынды:

а) орташа тәуліктік систоликалық қан қысымы және диастоликалық қан қысымы, орташа түнгі және орташа күндізгі САД, ДАД көрсеткіштері қарастырылды. Қалыпты қан қысымы 130/80 сынап бағанасымен қабылданды.

**Нәтижесі:** 3 айлық уақытта леркамен қабылдаған науқастардың клиникалық белгілері жақсарып препаратты үзбей қабылдады. Максаттық деңгейі 3 айдың соңында 92% жетті.

I топта бастапқы қан қысымының көрсеткіштері САД-135,  $2 \pm 13,5$  сынап бағанасымен ДАД –  $83,0 \pm 15,2$  II топта САД  $136,3 \pm 12,7$  сынап бағанасымен ДАД  $83,1 \pm 12,9$  сынап бағанасымен

Ем нәтижесінде 2 топтағы науқастардың тәуліктік САД, ДАД түссе леркамен тобындағы бұл көрсеткіштер айқынырақ болды. Амлодипин тобындағыларда препараттың кері әсерлері бас ауруы 3-науқаста кездесті. II топтағы науқастарды жүрек соғысының көбеюі 36% кездесті, бастың айналуы 25%, табан ісінуі 15% беттің қызаруы 25%.

**Қорытынды:** АГ I-II сатысында өте тиімді САД; ДАД түсіре отырып науқастардың өмірін ұзартады. Леркамен жеңіл қабылданып кері әсері байқалмайды. Тәулік бойы қан қысымын реттейді.

УДК 616.24 – 086.248 – 053.2

### ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Д.Т. Мухитдинова*

*1-ая городская детская поликлиника, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Әдебиеттердің және жеке тәжірибе нәтижесінің көрсеткіштеріне сүйеніп балалардың ауруханадан тыс пневмониясының антибактериальқ емдеу негіздері көрсетілген. Бұл ауру кәзіргі кезге дейін актуальды болып саналады.

#### SUMMARY

In this article there is the analysis of physicians practical errors in reference to community- acquired pneumonia. Some princinles of the treatment on different age stages are formulated.

Одними из наиболее частых и актуальных заболеваний респираторного тракта у детей и подростков являются внебольничные пневмонии. Несмотря на большое число исследований, посвященных диагностике и лечению пневмоний, подбор рациональной антибактериальной терапии внебольничной пневмонии у детей остается актуальным, так как это во многом определяет исход заболевания. Поздняя диагностика, неадекватное и запоздалое лечение до настоящего времени обуславливают смертность детей от пневмонии [1].

Определения этиологии и резистентности возбудителей, правильный выбор стартовой антибактериальной терапии являются основными проблемами, с которыми сталкивается лечащий врач пациента с внебольничной пневмонией. Стартовая (начальная) терапия всегда является эмпирической и базируется на данных микробиологических, фармакодинамических исследований, учете уровня региональной резистентности основных возбудителей внебольничной пневмонии [2].

В целом основных возбудителей внебольничной пневмонии разделяют на «типичные» и «атипичные». К первой группе относятся: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*. Представители второй группы: *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*. Результаты исследований показывают, что наиболее часто возбудителями внебольничных pneumonia, *Staph. aureus*. Среди вирусов наибольшее значение в возникновении пневмонии имеет респираторно-синцитиальный вирус, вирусы парагриппа, гриппа и аденовирусы. Но в то же время в 20-30 % случаев установить этиологию пневмоний не удается.

В последнее время значительно возросла этиологическая значимость внутриклеточных возбудителей – микоплазм и хламидий. Данные о частоте пневмоний, вызванных этими агентами, противоречивы, что обусловлено эпидемическими колебаниями заболеваемости и трудностями этиологической диагностики, связанными прежде всего с ограниченными лабораторными возможностями.

У детей различного возраста в этиологии внебольничных пневмоний имеются следующие отличия: в период новорожденности возбудителями являются вирусы (краснухи, простого герпеса, цитомегаловирус), *Staph. aureus*, *S. agalactiae*, *P. aeruginosa*. Вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, *S. trachomatis*, *S. pneumoniae* - возбудители болезни у детей 1-3 мес. Ведущими возбудителями в возрастной группе 4 мес. – 5 лет являются вирусы, *S. pneumoniae*, *H. Influenza* и *M. Tuberculosis*. В возрасте от 5 до 15 лет – *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae* и *M. Tuberculosis*.

Рациональная антибактериальная терапия, предусматривающая обоснованный стартовый выбор антибиотиков, путей их введения и режимов дозирования, своевременную смену препаратов, составляет основу лечения внебольничной пневмонии. Практикующему врачу, несмотря на то, что в клинической практике стартовую антибактериальную терапию в подавляющем большинстве случаев назначают эмпирически,

необходимо помнить, что выбор антибиотика должен базироваться на предполагаемой этиологии возбудителя с обязательным учетом уровня региональной резистентности, фармакодинамических данных и результатов контролируемых клинических исследований [3].

Наряду с доказанной клинической и микробиологической эффективностью к критериям выбора антибиотика в детском возрасте следует отнести безопасность, наличие удобной лекарственной формы, стоимость курса терапии, монотерапия или комбинация нескольких антибактериальных препаратов. Внебольничные пневмонии могут иметь легкое, среднетяжелое и тяжелое течение. Детей с легким и среднетяжелым течением пневмонии возможно лечить в амбулаторных условиях. Для госпитализации абсолютными показаниями являются наличие выраженного инфекционного токсикоза, возраст до 6 мес жизни и неблагоприятные социально-бытовые условия, когда невозможно организовать стационар на дому.

При легком и среднетяжелом течении пневмонии показан прием антибактериального препарата внутрь, тогда как при тяжелом течении предпочтительна парентеральная терапия. Следует отметить возможность использования ступенчатой терапии, когда антибиотик назначается вначале парентерально в течение 3-5 дней, а затем, при улучшении состояния и положительной клинической динамике, - внутрь. Смена антибиотика производится при отсутствии клинической эффективности в течение 48-72 ч. Продолжительность лечения при неосложненной внебольничной пневмонии составляет 7-10 дней. В лечении пневмонии у детей в амбулаторных условиях применяются следующие антибиотики: аминопенициллины, ингибиторозащищенные пенициллины, цефалоспорины II-III поколения, макролиды [1,3]. Спектр действия ингибиторозащищенных пенициллинов позволяет применять эти препараты при лечении внебольничной пневмонии у детей в качестве как стартовой, так и альтернативной терапии.

Активность против основных возбудителей внебольничной пневмонии (пневмококков, микоплазм, хламидий и др.), низкий уровень приобретенной резистентности, хорошая переносимость, удобство применения (1-3 раза в сутки), наличие неантимикробных эффектов (иммуномодулирующего, противовоспалительного, муколитического) позволяют рассматривать макролиды как препараты выбора при эмпирической амбулаторной терапии внебольничных пневмоний [4]. Макролиды показаны также при лечении внебольничных пневмоний в стационаре, часто в сочетании с  $\beta$ -лактамами, если доказана или предполагается микоплазменная, хламидийная или легионеллезная природа заболевания, и в случае неэффективности  $\beta$ -лактамов [5].

Собственная многолетняя клиническая практика и проведенный анализ применения антибактериальной терапии при лечении внебольничных пневмоний у детей и подростков позволили выявить наиболее частые врачебные ошибки. На основании экспертной оценки 67 историй болезни стационара и 110 историй развития детей в возрасте от 20 дней до 16 лет, больных пневмониями, нами систематизированы медицинские ошибки при лечении внебольничных пневмоний. Наиболее часто (у 30% детей) наблюдалось необоснованное назначение антибиотиков, причиной которого служила гипердиагностика пневмонии. Трудности клинической диагностики этого заболевания и прежде всего дифференцирования с ОРВИ могут быть разрешены проведением рентгенологического исследования, являющегося обязательным для подтверждения пневмонии. Необоснованно назначение антибиотиков было обусловлено неправильной трактовкой симптоматики, а стремление предотвратить бактериальные осложнения (согласно записям в анализируемых документах) чревато в последующем формированием резистентности микроорганизма и сенсибилизации макроорганизма. При этом одновременно у 15,1% детей были необоснованно назначены противогрибковые средства («с целью профилактики грибковых осложнений»).

Ошибки выбора врачом лекарственного препарата и его дозы отмечены в 26,4% случаев. В частности, назначались такие антибиотики, как гентамицин, практически не активный в отношении возбудителей инфекций дыхательных путей, ко-тримосазол с высоким уровнем (>30%) приобретенной резистентности *S. Pneumonia* и цефтибутен с низкой природной антипневмококковой активностью. Одновременное применение двух и более препаратов разных групп без учета их взаимодействия отмечено в терапии 10% пациентов.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что проблема внебольничной пневмонии в педиатрии остается актуальной до настоящего времени, и для ее решения необходимо совершенствование профилактики, диагностики и широкое внедрение современных схем терапии данного заболевания у детей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фармакотерапия в педиатрической пульмонологии. Под ред. С. Ю. Каганова. В кн.: Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. Под ред. А. Д. Царегородцева, В. А. Таболина. М.: Медпрактика –М. 2002; 1 : 512.
2. Самсыгина Г. А. Пневмония у детей. В кн.: Пневмония. М.: Экономика и информатика, 2002; 1: 11-14.
3. Страчунский Л. С., Козлов С. Н. Современная антимикробная химиотерапия (руководство для врачей). М. Боргес 2002; 436.
4. Amsden G. w. Anti-inflammatory effects of macrolides – an underappreciated benefit in the treatment of community-acquired respiratory tract infections and chronic inflammatory pulmonary conditions? J Antimicrob Chemother 2005; 55: 1: 10-21.
5. Antibiotics and the lung (Ed. M .Cazzola, F. Blasi, S.Ewig). Eur Resp Monogr 2004; 28: 9: 268.

УДК 616.71-007.234:615.038

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БОНВИВА» ПРИ РЕНАЛЬНОЙ ОСТЕОПАТИИ***Г.И.Кадеева**Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Ренальды остеопатия – гемодиализ емін қабылдайтын науқастардың өте күрделі патологиясы болып табылады. Әртүрлі остеопорозды емдеуге құрамында азот бисфосфонаты бар дәрілер қолданылады, олардың қатарына ибандронды қышқыл енеді. Гемодиализ емін қабылдайтын науқасқа уремиялық остеопатияға қарсы 12 ай бойы берілген 150 мг Бонвива дәрісі оң нәтиже көрсетті.

**SUMMARY**

One of the serious problems of the patients on hemodialysis is renal osteopathy. Preparations of the first line with determined suppression of the bone resorption and activation of the formation of new bone of patients with different forms of osteoporosis are nitrogen contained bisphosphonates, one of which is Ibandronate acid. In the treatment of uraemic osteopathy preparation Bonviva had been used to the patient on hemodialysis. Usage of the preparation Bonviva within 12 months in dose of 150 mg per month gave good clinical effect.

Одним из «проблемных» вопросов гемодиализа является ренальная остеопатия – нарушение метаболизма костной ткани при хронической почечной недостаточности. При снижении скорости клубочковой фильтрации ниже 25% от физиологического уровня начинает возрастать фосфатемия, снижаться концентрация ионизированного кальция, что стимулирует гиперсекрецию паратгормона. Гипокальциемия является также результатом снижения почечного этапа активации витамина Д с последующим падением абсорбции кальция в кишечнике. Вторичный гиперпаратиреоз, нарушение образования кальцитриола, хронический метаболический ацидоз, чрезмерные потери кальция с калом вызывают поражение костной ткани диализных пациентов с развитием почечной остеодистрофии.

При остеомалации уменьшение плотности кости связано обычно с потерей трабекул и некоторым истончением корковых частей. Рентгенологически трабекулярный характер кости иногда смазан, что придает ей гомогенный «стеклянный» вид. Специфический признак, позволяющий заподозрить остеомалацию, – это наличие рентгенопроницаемых полос длиной от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, идущих обычно в направлении, перпендикулярном поверхности кости. Они особенно часто видны в бедренных костях вблизи шейки бедра, в тазовых костях, на наружном крае лопаток, верхней части малоберцовой кости и в костях плюсны. Эти рентгенопроницаемые полосы, называемые псевдопереломами, или зонами Лоозера, встречаются в участках пересечения костей крупными артериями; считается, что они являются следствием механического воздействия пульсации этих сосудов.

Они напоминают на рентгенограммах травматические переломы и нередко за них принимаются. Однако при этом нет истинного разъединения костей на обособленные фрагменты, которые в действительности соединены рентгенопрозрачной остеонной мозолью. Их важные отличия от переломов – отсутствие травмы и клинических признаков перелома (гематомы, крепитации, смещения отломков и др.), в большинстве случаев множественность, тенденция к симметричной локализации в скелете и типичные локализации.

Клинически почечная остеодистрофия проявляется болью в костях, которая чаще всего начинается с поясницы и тазового пояса. На этой стадии ее часто принимают за пояснично-крестцовый радикулит и коксартроз. Важная особенность боли – стихание в покое, появление или усиление при движениях. Кости болезненны при давлении и перкуссии. Боль в костях дополняется проксимальной мышечной слабостью в нижних конечностях. Раньше всего возникают затруднения при вставании со стула, приседании на корточки, ходьбе по лестнице (характерно при спуске). Больные прибегают при этих движениях к опоре на руки. Походка становится «утиной», реже шаркающей. Боль распространяется на грудную клетку, позвоночник, затем в связи с переносом опоры на руки захватывает плечевой пояс, верхние конечности. Больные все больше обездвиживаются и, в конце концов, оказываются прикованными к постели.

Препаратами первой линии с установленным подавлением костной резорбции и активацией образования новой кости у пациентов с различными формами остеопороза являются азотосодержащие бисфосфонаты, к числу которых относится ибандроновая кислота.

Как препараты базовой терапии у диализных пациентов, с целью предупреждения и лечения различных форм поражения скелета при уремии, используются соли кальция, активные метаболиты витамина Д. Имеются единичные сообщения о хорошем терапевтическом эффекте применения ибандроновой кислоты в интермиттирующем режиме у больных, находящихся на гемодиализном лечении [1] с трансплантированной почкой [2] и характере распределения в крови, связывания с костной тканью и ее клиренса при внутривенном введении больным на диализе [3].



С информированного согласия было проведено лечение препаратом “Бонвива” (фирма “Хофман-Ля Рош Лтд”, Швейцария), принимаемого в дозе 150 мг per os один раз в месяц в течение 12 месяцев больной, находящейся на программном гемодиализе.

Больная М., 25 лет, получает программный гемодиализ в течение 9 лет. Ежедневно принимает препарат Кальций-Д3 Никомед в дозе 1250 мг. Последние 3 года стала отмечать появление болей в пояснице, тазобедренных суставах, нарушение походки из-за болей, немение ног. Пациентка была осмотрена невропатологом, принимала лечение по поводу пояснично-крестцового радикулита с кратковременным эффектом. В связи с усилением болевого синдрома назначена рентгенография бедренных и тазовых костей. Заключение: Остеопороз (индекс бедренной кости 33%, индекс Singh – 3-4 стадия).

Перелом нижней трети бедренной кости справа. Рекомендован осмотр травматолога. Травматологом выявлена зона Лоозера, имитировавшая перелом. Было рекомендовано лечение по поводу остеопороза и остеомалации. Уровень паратгормона не определялся. На фоне продолжающегося приема карбоната кальция и витамина Д3 назначен миакальцик (интраназально, в дозе 200МЕ/сутки), применявшийся в течение двух месяцев. Субъективно отмечалось незначительное улучшение. В связи с низкой эффективностью миакальцика был назначен препарат Бонвива в дозе 150 мг в месяц.

В течение двух месяцев лечение оказало положительное влияние на субъективные ощущения больной, в связи с чем прием препарата был продолжен. Лечение препарата Бонвива в течение 12 месяцев привел к практически полному исчезновению жалоб.

С целью динамического наблюдения и решения вопроса дальнейшего приема препарата проведена ультразвуковая денситометрия. Заключение: Т-критерий соответствует норме (0,5). Рекомендовано продолжить прием препарата кальций Д3 Никомед-форте по 1 таблетке 2 раза в день, прервать прием Бонвива на 3 месяца с обследованием в динамике.

В течение всего времени наблюдения каких-либо жалоб, связанных с побочным эффектом или непереносимостью препарата, не было.

Таким образом, применение Бонвива в режиме 150 мг per os ежемесячно в течение 12 месяцев дало положительный результат, свидетельствующий о необходимости проведения дальнейших исследований с целью использования азотосодержащих бифосфонатов третьего поколения в регуляции интенсивности костного метаболизма при ренальной остеодистрофии и улучшения качества жизни у больных на хроническом гемодиализе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хатмуллина Л.Р. Нарушения метаболизма костной ткани у больных, находящихся на программном гемодиализе, и эффективность их коррекции с применением миакальцика и бонвива: Автореф. ... к.м.н. – Уфа, БГМУ, 2009.
2. Grotz W, Nagel C, Poeschel D et al. Effect of ibandronate on bone loss and renal function after kidney transplantation. J Am Soc Nephrol 2001;12: 1530-1537.
3. Bergner R, Dill K, Boerner D et al. Elimination of intravenously administered ibandronate in patients on haemodialysis: a monocentre open study. Nephrol. Dial. Transplant. 2002; 17: 1281 - 5.
4. Рациональная фармакотерапия в нефрологии. Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтерра, 2006.

УДК 615.33.:616.64

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛОКСОФ» В ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

*Ж. К. Абенов*

*Ордабасинская районная поликлиника, с.Темирлановка ЮКО*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада урогенитальдық хламидиоздың емдеуінде фторхинолондармен пайдалану жолдары келтірілген. Локсофпен 26 наукас қолданылғанда биік емдеулік нәтиже көрсетілген.

#### SUMMARY

Recent data on the of fluoroquinolones for the treatment of urogenital chlamydia are reviewed with special reference to the indications for loxof therapy. High therapeutic of loxof is illustrated by successful treatment of 26 patients with urogenital chlamydia.

Инфекционно-воспалительные заболевания, вызываемые *S. Trachomatis*, в настоящее время являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем во всем мире вследствие их широкого распространения и влияния на репродуктивное здоровье населения. По данным ВОЗ хламидиоз урогенитального тракта в настоящее время является одной из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем. Урогенитальный хламидиоз характеризуется рядом особенностей, определяющих клиническое течение заболевания: преобладание латентных, асимптомных форм течения, частая ассоциация с другими инфекциями, передающимися половым путем. Практически у каждой второй женщины с

хроническим воспалением урогенитальной сферы удается выявить *S. Trachomatis*. Высокими эти показатели остаются у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности. Хламидиоз характеризуется не только поражением мочеполовой системы женщин, но и наличием ряда серьезных перинатальных и экстрагенитальных заболеваний. Установлены внутриутробная передача инфекции, а также высокая частота инфицирования новорожденных. Увеличение неблагоприятных исходов беременности (преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела, послеродовой эндометрит и др.) также связано с хламидийной инфекцией. Так, внутриутробная передача хламидиоза часто приводит к хориоамниониту, преждевременному разрыву плодного пузыря, рождению недоношенного ребенка, снижению массы новорожденного, повышению перинатальной заболеваемости и смертности. Кроме того, инфицирование новорожденных в родах является частой причиной последующего развития конъюнктивита, пневмонии, отита, инфекции носоглотки. Существует вероятность и отсроченных хламидийных поражений у детей, не достигших половой зрелости, вследствие персистентной инфекции, приобретенной в антенатальном периоде или при прохождении через инфицированные половые пути матери. Кроме того, клинический спектр урогенитального хламидиоза включает также уретриты, эпидидимиты, проктиты, цервициты, воспалительные заболевания органов малого таза, конъюнктивиты, болезнь Рейтера.

Сложность терапии хламидиоза обусловлена особенностью морфологии и жизнедеятельности этого микроорганизма. Цикл развития хламидий включает две формы существования: инфекционную (элементарные тельца) и вегетативную (ретикулярные тельца). Элементарные тельца обладают высокой инвазивностью, контагиозностью и адаптированы к внеклеточной жизнедеятельности. Передача возбудителя от больного хламидиозом здоровому лицу осуществляется в виде элементарных телец. Хламидийные клетки находятся под защитой клетки хозяина и способны к длительной персистенции. Поскольку клиническая картина этой инфекции характеризуется нередко вялым или латентным течением, патологический процесс длительное время остается нераспознанным, а запоздалое лечебное вмешательство недостаточно эффективным. Поэтому, несмотря на увеличение количества антибактериальных препаратов, претендующих на роль наиболее эффективного средства в терапии хламидиоза, проблема достаточно быстрого и гарантированного излечения данного заболевания остается актуальной и по сей день.

В последние годы предложено много способов лечения хламидийной инфекции урогенитального тракта. Но несмотря на высокую терапевтическую эффективность данных методов необходимость дальнейшего поиска адекватной антимикробной терапии не потеряла своей актуальности. К числу высокоактивных лекарственных средств относятся фторхинолоны. Молекула фторхинолонов содержит атом фтора, что существенно усилило антибактериальное действие, значительно оптимизировало фармакокинетические свойства. Фторхинолоны нарушают синтез ДНК в микробной клетке и влияют на синтез белков и запуск системы репарации ДНК.

Одним из новых препаратов, который успешно применяется для лечения урогенитального хламидиоза является локсоф – представитель 4-го поколения фторхинолонов. В отношении *S. Trachomatis* локсоф превосходит по активности доксицилин, эритромицин и т.д. Локсоф практически полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта при приеме внутрь.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 26 пациентов (15 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 23 до 36 лет, страдавших различными клиническими проявлениями хламидийной инфекции. У всех 15 женщин отмечалось наличие хронического хламидийного эндоцервицита. У 10 мужчин диагностирован хронический хламидийный уретрит, у 1 – подострый. Диагноз хламидийной инфекции подтверждали с помощью ИФА, ПЦР. Локсоф назначали по 400 мг 1 раз в день в течение 10 дней.

**Результаты.** Во время лечения у 6 пациенток отмечались кратковременные: тошнота, слабость, у 1 больной – головокружение, не требовавшие медикаментозной коррекции и разрешившиеся непосредственно по окончании приема препарата. Серьезных побочных реакций и нежелательных явлений не наблюдалось.

У 24 больных по окончании приема препарата и через 3 недели последующего наблюдения установлено клиническое излечение, сопровождавшееся негативацией обнаружения *S. Trachomatis* методом ПЦР.

**Выводы.** Представленные результаты свидетельствуют об обоснованности применения препарата локсоф при урогенитальном хламидиозе, высоком терапевтическом эффекте препарата, сопровождающемся хорошей переносимостью.

Наиболее частыми побочными эффектами при применении локсофа считаются диарея, тошнота, разрешающиеся после окончания терапии и не требующие дополнительной медикаментозной коррекции.

Полученные результаты позволяют рекомендовать применение препарата в повседневной практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин И.И., Делекторский В.В. Хламидийные и микоплазменные заболевания мочеполовых органов. В кн.: Кожные и венерические болезни. Т. 4. Под ред. Ю.К. Скрипкина. М: Медицина 1996; 219-262.
2. Кубанова А.А. Вестник дерматологии и венерологии 2002; 1:4-8.
3. Глазкова Л.К., Герасимова Н.М. Урогенитальная хламидийная инфекция\ Под ред. Е.В. Соколовского.- СПб, 1998. – С.111-148.

УДК 616.857-08: 614.27

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРВИЧНЫХ ОБРАЩЕНИЙ В АПТЕЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ***Р.А. Шаймерденова**Городская поликлиника №5, г.Тараз***ТҮЙІН**

*Адамның ең алғаш дәріханаға баруы бірінші көзқараста бас ауруы болып табылады. Аурудың табиғатын қалай тануға болады? Ол 45 түрлі ауруда танылады. Бұл мақалада бас ауруғанда қабылданатын дәрілер туралы сөз болады.*

**SUMMARY**

The first chemistry visiting of a man is trifling, on the face when he has a headache. How recognires the pain nature of it? 45 ditferent diseases. Types of headache medicines are talked in this article.

Часто фармацевты и провизоры сталкиваются в своей практике с тем, что первичным обращением человека в аптеку является пустячная на первый взгляд головная боль. Если в странах дальнего зарубежья, как Китай и Турция посоветуют, при посещении врачей на предмет любой боли, выпить стакан воды, то в странах СНГ прибегают в большинстве случаев к выписке рецептов на лекарства. Видимо, сказывается общая идеология тех времен на постсоветском пространстве. Сегодня же с учетом рыночных преобразований в экономиках предпочтение отдают лекарственным препаратам, рекламируемым на телеканалах. Удастся ли всегда нам, провизорам, распознать природу боли.

Чтобы не быть голословными, обратимся к природе головной боли. Она возникает и может быть причиной 45 различных заболеваний: неврозов, депрессивных состояний, гипертонической болезни, артериальной гипотонии, почечной и эндокринной патологии, заболеваний нервной системы, лор-органов и глаз...Кстати, любой патологический процесс может сопровождаться головной болью. Часто хронические головные боли преследуют людей уже многие годы. По данным эпидемиологических исследований в Европе 78% женщин и 64% мужчин, как минимум, один раз в год испытывают головные боли, а 36% женщин и 19% мужчин страдают хроническим болевым синдромом данной локализации. Этому страданию подвержены не только взрослые, но и дети — к 7 годам головная боль, хотя бы один раз возникает у 40% детей, а к 15 годам — у 75% детей. Следует отметить, что эти цифры не отражают истинного положения вещей, ибо многие пациенты не обращаются к врачам, занимаясь самолечением. Не менее 90% населения периодически испытывают головные боли, больше половины из них принимают безрецептурные анальгетики, часто злоупотребляя приемом препаратов этой группы, не соблюдая условий их рационального применения, что приводит к развитию побочного действия препаратов.

Как возникает головная боль? Над этим вопросом стоит призадуматься. Итак, головная боль — болезненное или просто неприятное ощущение, возникающее кверху от бровей и до шейно-затылочной области. Головная боль возникает при раздражении болевых рецепторов в коже, подкожной клетчатке, в сосудах мягких покровов головы, надкостнице черепа, оболочках мозга, внутричерепных артериях, венах и венозных синусах. Кости черепа и вещество мозга болевых рецепторов лишены. Головная боль возникает при растяжении или сдавлении структур, содержащих болевые рецепторы. В зависимости от причины и с учетом характерных признаков выделяют несколько патогенетических типов головной боли. Определение патогенетического типа головной боли имеет практическое значение для ее лекарственной терапии.

Стоит задуматься и над патогенетическими типами головной боли. Сосудистый тип головной боли — боль ломящая, тупая, сопровождается ощущением сдавливания, тошнотой, потемнением в глазах, мельканием «мушек» перед глазами; возможна боль пульсирующего характера, чувство тяжести в голове, ощущение тупого распираания. Сосудистая боль усиливается в положении лежа, при работе с опущенной головой. Этот тип головной боли возникает при нарушении тонуса сосудов головного мозга.

А вот головная боль мышечного напряжения возникает при растяжении или сдавлении мышц мягких покровов головы в результате повышения тонуса симпатической нервной системы (стресс, невроз, инфекционно-токсические заболевания, гормональные сдвиги, гипертоническая болезнь), патологической болезненной импульсации при местных процессах (заболевания глаз, ушей, придаточных пазух носа, шейный остеохондроз). Характеризуется ощущением «стягивания головы обручем», повышенная чувствительность к громким звукам, яркому свету, повышенная раздражительность.

Ликвородинамический тип головной боли возникает при нарушении динамического равновесия между секрецией и оттоком спинномозговой жидкости, в результате чего развивается либо повышение внутричерепного давления (опухоли, абсцесс мозга, отек мозга в результате травмы, воспаления, нарушения мозгового кровообращения), либо его понижение (уменьшение продукции спинномозговой жидкости после перенесенной черепно-мозговой травмы или воспалительного процесса).

Характерными признаками головной боли такого типа является ее распирающий характер, ощущение «давления изнутри-кнаружи», усиление боли при натуживании, кашле, изменении положения головы, усиление боли в вертикальном положении, при ходьбе. Возможны очаговые неврологические симптомы, менингеальные синдромы, нарушение сознания.

При невралгическом типе головной боли очаг патологической болевой импульсации располагается в центральных структурах (чаще всего, тройничного нерва). Характерен приступообразный характер боли (пароксизмы боли), наличие триггерных (пусковых) зон, раздражение которых провоцирует приступ, иррадиация боли в соседние или отдаленные участки. Боль описывается пациентами как «пронизывающая», «стреляющая», «как ток» или «как молния».

Если ни один из «угрожающих симптомов» у посетителя аптеки не выявлен, для купирования головной боли можно принять один из безрецептурных препаратов.

Если головная боль регулярно повторяется, перед употреблением лекарственных препаратов требуется обязательная консультация врача и полное обследование для постановки точного диагноза, так как в основе такой головной боли может лежать серьезное заболевание. Невозможно правильно лечить больного, не поставив правильный диагноз. Лучшими специалистами по проблеме головной боли являются врачи-невропатологи.

Направления симптоматического лечения больных с головной болью. Использование медикаментозных препаратов — анальгетиков-антипиретиков, средств для лечения мигрени.

Немедикаментозные методы лечения, включающие психотерапию, массаж, рефлексотерапию. Общие рекомендации для пациентов. Самая частая причина кратковременной головной боли — острые респираторные инфекции, в этом случае измерьте температуру, примите анальгетик-антипиретик. Во время острого приступа для облегчения головной боли следует полежать в тихом помещении без яркого света.

Для лечения регулярных головных болей, не имеющих характера мигрени и не связанных с общими заболеваниями, рекомендуется: регулярное питание, прием витаминов группы В, препаратов кальция и магния; нормализовать режим сна и бодрствования, регулярно хорошо выспаться; воздерживаться от курения, в том числе от пассивного вдыхания табака; избегать душных, загазованных помещений; постараться определить связь приступов головной боли с приемом определенных продуктов, при наличии такой связи — исключить определенные продукты питания из рациона.

Теперь о детях. Маленькие дети не умеют жаловаться на головную боль, но становятся беспокойными и раздражительными. При частых головных болях у детей обязательно следует установить их причину с помощью врача. У школьников причиной головных болей чаще всего бывает переутомление. Надо спланировать день ребенка так, чтобы у него было свободное время для отдыха (игра на компьютере не в счет), а также чтобы физические и психические нагрузки не превышали его возможностей. Во время приступа боли будьте, по возможности, рядом с ребенком. Однако нельзя допускать, чтобы ребенок из-за головных болей превратился в домашнее «божество», это способствует закреплению патологического болевого рефлекса, особенно в случае психогенной боли.

Лекарственные препараты, применяемые при головной боли и условия их рационального использования. Для симптоматического лечения головной боли фармацевтическая промышленность предлагает значительное количество препаратов безрецептурного отпуска из группы анальгетиков-антипиретиков, в том числе комплексных, в состав которых входят кодеин и/или кофеин.

Анальгетики-антипиретики (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, метамизол) наряду с анальгезирующим действием оказывают умеренно выраженное противовоспалительное, что в свою очередь также способствует уменьшению болевого синдрома.

Кодеин достаточно эффективный анальгетик центрального действия. При его совместном назначении с анальгетиками-антипиретиками возникает фармакологическое потенцирование, когда суммарный обезболивающий эффект оказывается большим, чем простая арифметическая сумма эффектов двух препаратов. Кофеин регулирует процессы возбуждения в головном мозге, усиливает положительные рефлексы, нормализует тонус сосудов головного мозга. Существует точка зрения, что кофеин повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера для применяемых совместно с ним препаратов.

Кроме анальгетиков-антипиретиков для купирования головной боли используются препараты, содержащие алкалоид спорыньи — дигидроэрготамин. Он вызывает расширение спазмированных сосудов, улучшает кровоснабжение головного мозга, оказывает седативное действие.

В последние годы при лечении мигрени хорошо зарекомендовали себя препараты, воздействующие на специфические серотониновые рецепторы головного мозга — препараты группы суматриптана.

Суматриптан является специфическим селективным агонистом 5HT<sub>1</sub>-серотониновых рецепторов. Избирательно сужает просвет сосудов системы сонной артерии, не влияя на мозговой кровоток. Считается, что расширение именно сосудов системы сонной артерии, которые снабжают мозговые оболочки, является сновной причиной развития приступа мигрени у человека.

Суматриптан следует принимать как можно раньше от начала приступа мигрени, но он одинаково эффективен на любой стадии приступа. Для профилактики приступов препарат не применяется. Следует помнить, что препараты группы суматриптана показаны только при установленном диагнозе мигрени — после консультации с врачом и проведения необходимого для постановки диагноза обследования. Анальгетики-антипиретики. Международное название. Торговые названия. Возможность назначения. Характерные особенности и побочные эффекты: беременным, детям.

Парацетамол Альдолор, ацетаминофен, доломол, ифмол, мидипирин, панадол, паралгет, парацетамол, пиранол, тайленол, эффералган с осторожностью после 2 лет. Возможны аллергические реакции, диспептические явления. С осторожностью следует назначать лицам с тяжелыми нарушениями функции печени.

Ацетилсалициловая кислота. Анопирин, асафен, аспрокол, аспилайт, аспирин, ацилпирин, упсарин упса  
Возможны аллергические реакции, диспептические явления. Не следует назначать лицам с  
заболеваниями желудка.

Анальгетики-антипиретики. Комбинированные лекарственные препараты. Торговое название. Состав.  
Возможность назначения. Характерные особенности и побочные эффекты: беременным, детям. Аскопар.  
Парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кофеин противопоказаны после 12 лет. Возможны аллергические  
реакции. Не следует назначать лицам с заболеваниями желудка.

Аскофен. Парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кофеин противопоказаны после 12 лет. Возможны  
аллергические реакции. Не следует назначать лицам с заболеваниями желудка

Аспалгин. Парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кофеин, кодеин, фенobarбитал. Атаралгин.  
Парацетамол, гвайфенезин, кофеин противопоказан после 12 лет. Не следует назначать лицам с  
заболеваниями печени. Не следует сочетать с алкоголем. Мигренол. Парацетамол, кофеин назначают с  
осторожностью после 12 лет. Возможны аллергические реакции. Новалгин Парацетамол, пропифеназон,  
кофеин противопоказан после 12 лет. Возможны аллергические реакции. Не следует назначать лицам с  
заболеваниями печени.

Панадол экстра.Парацетамол, кофеин. Не противопоказан после 3-х месяцев панадол бэби.

Солпадеин. Парацетамол, кофеин, кодеин назначают с осторожностью после 12 лет. Редко возможны  
аллергические реакции. Не следует назначать лицам с тяжелыми заболеваниями печени. При длительном  
приеме возможно развитие привыкания. Цитрамон. Парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кофеин  
противопоказан после 12 лет. Возможны аллергические реакции. Не следует назначать лицам с заболеваниями  
желудка. Цитропак-Дарница.Парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кофеин, кислота лимонная  
противопоказан после 12 лет. Возможны аллергические реакции. Не следует назначать лицам с заболеваниями  
желудка и печени.

Средства для лечения мигрени. Селективные агонисты 5HT<sub>1</sub>-серотониновых рецепторов:

Международное название . Торговые названия. Возможность назначения. Характерные особенности и  
побочные эффекты: беременным, детям. Суматриптан. Имигран, антимигран, с осторожностью (если  
терапевтический эффект для матери превышает риск для здоровья плода) после 12 лет. При применении  
возможны головокружение, слабость, сонливость, тошнота, парестезии. С осторожностью следует назначать  
лицам с нарушенной функцией печени, заболеваниями сердца и сосудов.

Золмитриптан. Зомиг назначают с осторожностью(если терапевтический эффект для матери превышает  
риск для здоровья плода) после 12 лет. При применении возможны головокружение, слабость, сонливость,  
тошнота, парестезии, ощущение тепла. С осторожностью следует назначать лицам с нарушенной функцией  
печени, заболеваниями сердца и сосудов.

Ризатриптан Максалт назначают с осторожностью (если терапевтический эффект для матери  
превышает риск для здоровья плода) после 12 лет. С осторожностью следует назначать лицам с нарушенной  
функцией печени, заболеваниями сердца и сосудов.

Таким образом, что для определенных возрастных групп наиболее типичными являются различные  
причины головной боли, что требует принципиально различных подходов к лечению с помощью медикаментов  
до прогулок на природе, приятного сна, физических нагрузок и занятиями в различных видах спорта. Главное –  
записаться на прием к участковому врачу, который и назначит соответствующее лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Федина Е. А., Таточенко В. К. Фармацевты и самопомощь.— М.: Классик-Консалтинг, 2000.— 116 с.
2. Шаповалова В. М., Даниленко В. С., Шаповалов В. В., Бухтиарова Т. А. Лекарственные средства,  
отпускаемые без рецепта врача.— Х.: Торсинг, 1998.— 528 с.
3. Яхно Н. Н., Алексеев В. В., Полушкина Н. Р. Дифференцированная тактика лечения мигрени // Медицина  
для всех.— 1998.— № 4.— С. 7–9.

УДК 616-001-089.5

#### АНТИПСИХОТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ

*Б.С. Ахметов*

*Шымкентская больница скорой и неотложной медицинской помощи, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Травмалық операциялардың анестезиологиялық іс - тәжірибелерде нейролептика галоперидолдың  
қолданылуы. Осы мақала, аймақтық анестезияны орындайтын, травмалық жаракаттары бар емделушілерде  
психологиялық реакциялардың алдын –ала емдеу тәсілін көрсетеді.Осы тәсіл- аймақтық анестезияны

оңтайландыруға мүмкіндік береді. Интраоперациялық психотерапиялық реакцияларды оқшайлау, операциядан кейінгі кезеңде бірқалыпты ағынды қамтамасыз етеді.

### SUMMARY

The use of neuroleptic drug such as haloperidol and etc in anesthetic practice for trauma operations. This article shows the method of prevention of psychotic reactions in trauma patients. This method allows to optimize the regional anesthesia. Blocking intraoperative psychotic reactions provides optimal postoperative period.

Оптимизация регионарной анестезии, обусловленная широким применением мощных и длительно действующих анестетиков (Бупивакаин, Маркаин, Наропин и тд.), позволяет выполнять длительные и высокотравматичные операции без интраоперационного выключения сознания. Однако, общепринятая методика премедикации (комбинация промедола, атропина и димедрола), не позволяет полноценно купировать состояние психического стресса и сопутствующих психотических реакций. По литературным данным, в успокаивающих медикаментах во время анестезиологического пособия при сохраненном сознании, нуждаются от 50 до 79% больных. Психологическая же подготовка необходима 70-100% из них. По клиническим проявлениям можно выделить три степени выраженности тревоги, а именно: низкую, среднюю, выраженную. У больных с низкой степенью тревожности внешних проявлений ее не обнаруживается, их реакции не препятствуют манипуляциям врача. Применение психотропных препаратов здесь нецелесообразно, достаточно провести разьяснительную психотерапию.

Клиническая картина средней тревожности представлена более разнообразными признаками. Из жалоб характерны: "внутреннее беспокойство" или "напряжение, стеснение". В голову приходят мысли об опасности, подавление страха требует значительных усилий. Отмечается влажность ладоней, расширение или сужение зрачков. У других выявляется двигательное беспокойство, хаотичность движений, изменчивость мимики. Напрягаются жевательные мышцы, кожа шеи и верхней части груди покрывается красными пятнами, которые могут диффузно сливаться. Порой появляется "гусиная кожа", заметны частые движения хрящей гортани (проглатывание слюны из-за "сухости в горле"). Очень показательны движения рук пациентов: они становятся скованными или беспорядочными.

При значительно выраженной тревоге больные, испытывающие сильный страх перед анестезиологическими манипуляциями, жалуются на "томительное замирание в груди, сильный страх, ужас". Они впадают в панику, беднеют, покрываются холодным потом, выражение лица страдальческое. Даже в момент обработки кожных покровов перед регионарной или проводниковой анестезией, эти пациенты напряжены в оживании боли. Могут наблюдаться вздрагивания, мелкие бесцельные сдвигания, выражена суетливость, несобранность. Могут быть прерывистое дыхание, резкий тремор, иногда тошнота.

Стандартное применение препаратов бензодиазепинового ряда, барбитуратов, пропофола на начальном этапе анестезиологического пособия (интратекальная и эпидуральная пункции, идентификация нервного сплетения) нежелательно, так как анестезиологу необходим прямой контакт с пациентом. Необходима оценка начала спинального блока, внезапного высокого распространение анестетика, развития парестезии при блокаде периферического нервного сплетения или нерва. Важна оценка побочных проявлений: симптома Горнера, проявления нафилактических реакций ит.д. Вторым немаловажным фактором в развитии психотических реакций следует считать начало оперативного вмешательства. Ожидание пациентом боли, страх любого прикосновения к коже требует незамедлительного выключения сознания, вплоть до введения наркотических или субнаркотических доз ультракороткого анестетика (Кетамин). В дальнейшем галлюциногенный эффект кетамина, в свою очередь требует введения диазепама или нейролептика.

Многочисленными авторами предлагается индивидуальная дифференцированная психотерапевтическая премедикация в виде однократного назначения одного из ниже перечисленных транквилизаторов: фенибут (0,25), мебикар (0,3), тазепам (0,001), элениум (0,01), диазепам (0,005 - 0,01) или феназепам (0,0005-0,001), психостимулятора сиднокарба (0,0015), ноотропного препарата пирасетама (0,1) или актопротектора бемитила (0,5), за 45 - 60 мин до начала анестезиологических манипуляций. При недостаточной эффективности или резкой выраженности тревоге к ним можно добавлять небольшие дозы нейролептика галоперидола (0,00075 - 0,0015) или антидепрессанта amitriptилина (0,006 - 0,0125).

Исключение составляют больные группы риска с сопутствующей ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, нарушением мозгового кровообращения, эндокринными заболеваниями, резидуальными проявлениями черепно-мозговых травм. Однако, в повседневной практике, в условиях строгого регламентирования и протоколирования оказания медицинской помощи населению, подавляющее большинство психотропных препаратов не включены в протоколы анестезиологических пособий. Широкое применение препаратов НПВС в сочетании с атропином и димедролом не обеспечивает достаточной психотерапевтической премедикации.

Предоставляемое исследование является попыткой оптимизировать психотерапевтический компонент премедикации при выполнении травматологических оперативных вмешательствах. Выбор данного профиля не случаен. Подавляющее число травматологических операций в настоящее время производится под регионарной анестезией. Отсюда и актуальность дифференцированной премедикации. В качестве психотропного

компонента премедикации нами использовался Галоперидол (Галофен, алоперидин, халдол, галофен, серанес и др.) в виде 0.5% раствора, в ампулах по 1,0 мл (5мг)..

Антипсихотическое средство (нейролептик), энергичного действия, по химической структуре относится к группе производных бутирофенона. Обладает выраженным антипсихотическим действием, блокирует постсинаптические дофаминовые рецепторы в мезолимбических и мезокортикальных структурах головного мозга, практически не оказывает холиноблокирующего действия. Высокая антипсихотическая активность сочетается с умеренным седативным эффектом (в небольших дозах оказывает активирующее действие) и выраженным противорвотным действием. Седативное действие обусловлено блокадой альфа-адренорецепторов ретикулярной формации ствола головного мозга; противорвотное действие - блокадой дофаминовых D2-рецепторов триггерной зоны рвотного центра. Галоперидол используется для симптоматического и поддерживающего лечения шизофрении, острых психозов, вызванных приёмом наркотических веществ или лекарственных средств (ЛСД, псилоцибин, амфетамин, кетамин, фенциклидин), бред и галлюцинации различного генеза, соматогенные психозы, психомоторные расстройства различной этиологии, лечение тошноты и рвоты (послеоперационной).

**Материалы и методы.** Среди пациентов, готовящихся к травматологическим вмешательствам, во время анестезиологического предоперационного осмотра отбирались лица со средней и тяжелой степенью тревожности. Всем им, после подачи в оперблок и до момента переключивания на стол, в дополнение стандартной премедикации в отделении, вводили Галоперидол 1% раствор, 2,5 - 5мг в/мышечно. От момента подготовки больного (укладывание, подключение инфузионной системы, обработка зоны анестезии, удаления транспортировочных шин и повязок, установка монитора, урокатетера ит.д.) до начала анестезии походило, в среднем, 17+ 4 минут. При внутримышечном введении Стах достигается через 20 минут. Таким образом, к началу выполнения блокады или пункции, больной практически находился под антипсихотической и седативной защитой.

Данная методика была выполнена за период 2008 – 2009 гг., у 54 пациентов, при различных травматологических операциях. Следует отметить, что наибольшие число пациентов имевших тревожные состояния средней и тяжелой степени выявилось при выполнении перидуральной анестезии (36 больных) и проводниковой анестезии плечевого сплетения по Winnie межлестничным доступом (18 больных). Средний возраст пациентов составил от 16 до 55 лет. Во всех трех группах наблюдались относительно соматически здоровые и сохранные пациенты. Выбор обусловлен возможными нарушениями сердечной деятельности, гипотензиями на фоне приема гипотензивных препаратов, эндокринными расстройствами, резидуальными энцефалопатиями на фоне перенесенных черепно-мозговых травм и нарушений мозгового кровообращения.

Наиболее часто наблюдались: «страх перед уколom в спинной мозг» (при перидуральной анестезии) или «страх перед уколom в горло» (при блокаде по .Winnie). Психотические реакции развивались независимо от возраста. Чаще всего у женщин (39 пациенток), что составляет 72,2 % от общего числа больных. В качестве контрольной группы наблюдались 28 пациентов со средней степенью тревожности, у которых психологическая подготовка до операции и, непосредственно, перед обезболиванием позволило купировать психотическую реакцию без применения медикаментов.

В третью группу вошли 9 пациентов, у которых на фоне применения кетамина развились бурные галлюцинации, психомоторное возбуждение, не купируемые введением бензодиазепаина и пропофола. В данном случае, Галоперидол применялся внутривенно, в дозе 5 мг( с учетом его 100 % биодоступности ≈ в течение 10 мин).

В субтерапевтических дозах галоперидол не вызвал экстрапиримидных расстройств и состояния нейролепсии. Продолжительность действия антипсихотической защиты составляет от 2 до 6 часов. Длительность действия обусловлена взаимно потенцирующим сочетанием галоперидола с бензодиазепинами и пропофолом.

Анестезиологическое пособие выполнялось по стандартной методике. Перидуральная анестезия проводилась иглой Tuohi 18g, интралигаментарным доступом, на уровне I –II поясничных позвонков. Использовался местный анестетик Наропин (Астра Зенеке) в дозировке 150 мг, без дюранных и адьювантных добавок. Длительность анестезии составила 240 + 25 мин.

Блокада плечевого сплетения выполнялась межлестничным способом, по Winnie. стандартной иглой Luer для в/мышечных инъекций (Tupan) Использовался 1% раствор Лидокаин (ШХФЗ) в количестве 400 - 480 мг, без дюранных и адьювантных добавок. Продолжительность анестезии составила 120 + 16 минут.

Послеоперационная аналгезия обеспечивалась введением препаратов НПВС (Кеторолак, Кетонал) по требованию. Наркотические анальгетики не применялись Постнаркозный период протекал без осложнений. Наряду с длительностью аналгезии, обусловленной применением амидных анестетиков (Бупивакаин, наропин), отмечался пролонгированный, положительный седативный и психокорректирующий эффект.

**Выводы:** Применение нейролептического препарата (производного бутирофенона) Галоперидола, в качестве антипсихотического компонента премедикации, позволяет достоверно купировать тревожные психотические реакции средней и тяжелой степени во время анестезиологического пособия.

Использование данной методики позволяет достоверно уменьшить количество вводимых препаратов седативного и гипнотического спектра, вследствие взаимного потенцирования с галоперидолом.

Применение галоперидола позволяет качественно купировать галлюциногенный, побочный эффект кетаминового наркоза.

При отсутствии дроперидола, галоперидол остается препаратом выбора для нейролептического обеспечения регионарной анестезии.

Антипсихотическое и нейролептическое действие Галоперидола позволяет оптимизировать полеоперационную безопиатную аналгезию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Мамонтова О.А.. Профилактика послеоперационной тошноты и рвоты в абдоминальной хирургии. Consilium medicum, 2001, №2, С.11–14.
2. Диагностика лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов Федорова Н.В., Ветохина Т.Н. Учебно-методическое пособие, РМАПО, Москва, 2006.
3. «Профилактика психотических реакций в анестезиологии» Мещеряков А.В., Гришин В.В., Аксельрод Б.А. // Анестезиология и реаниматология. 2000. № 5. С. 31-34.
4. Мизиков В.М Послеоперационная тошнота и рвота: эпидемиология, причины, следствия, профилактика. Альманах МНОАР, 1999, 1, С.53–59. Яворовский А.Г. Концептуальные аспекты психореаниматологии. А. И. Нельсон Доклад на IV международном конгрессе по неотложной психиатрии (Италия, Турин, 1995, перевод с английского).

УДК: 615.015: 614.214:616.12- 008.331.1

### ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

*З.А. Керимбаева  
МКТУ им Х.А. Ясауи, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Амбулатория деңгейінде, жүрек- қантамыр асқынуларының даму жиілігіне антигипертензивті терапияның әсері бағаланды, нәтижесінде АГ қауіп қатер факторларының ішінде семіздік бірінші орынды алады, ал төменгі пайызды тұзды артық мөлшерде қабылдау саналады, ал АГ асқынуларының ішінде ЖМКБ-ның ишемиялық типі, геморрагиялық типіне қарағанда басымырақ екендігі анықталды.

#### SUMMARY

The influence estimation of antihypertensive therapies on frequency of development of cardiovascular complications at out- patient level has been spent. Therefore it was found out that among risk factors of an arterial hypertension adiposity wins first place, and the least percent the excessive use of and among complications of an arterial hypertension acute disturbance of a cerebral circulation on ischemic type prevails over the hemorrhagic.

Артериальная гипертония (АГ) является распространенным сердечно-сосудистым заболеванием. Результаты проведенных эпидемиологических исследований в различных регионах Республики Казахстан показали, что АГ страдают около 25 % населения. Причем АГ и ее осложнения – мозговой инсульт (МИ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимают первое место как по величине, так и по темпам роста инвалидности и смертности [1]. Значимость повышения артериального давления (АД) еще больше возрастает, если учесть, что 20-30 % лиц среднего возраста в России страдают АГ и при этом 30-40 % из них не знают о своем заболевании, а те, кто знают, лечатся не регулярно и плохо контролируют уровень АД. Многими исследованиями убедительно доказано, что путем активного влияния и регулируемого лечения АГ можно приблизительно на 42-50 % снизить смертность от МИ и на 15 %- от ИБС [2].

Несмотря на успехи современной медицины, достигнутые в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, артериальная гипертония остается серьезной проблемой как теоретической, так и практической медицины. Современная концепция лечения артериальной гипертонии предполагает постоянный прием лекарств, что ставит перед врачом задачу оптимального выбора терапии, которая позволила бы снизить артериальное давление, не снижая качества жизни пациента, что обеспечит приверженность пациента к лечению [3].

Для лечения АГ применяется большое количество эффективных лекарственных средств. Этот факт обусловлен тем, что уровень АД далеко не единственный фактор, определяющий прогноз и качество жизни пациентов, страдающих гипертонией. Установлена тесная взаимосвязь индивидуального прогноза и поражения органов-мишеней, наличия сопутствующих факторов риска и сердечно-сосудистых заболеваний. Достигнуты определенные успехи в фармакотерапии АГ. Тем не менее, эффективный контроль АД достигается крайне редко, о чем свидетельствуют высокие показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности у больных АГ в сравнении со здоровыми пациентами. Так, показатели контролируемой гипертонии в США составляют 27%, в Великобритании-6%, в России- 8%, в Казахстане эти цифры неизвестны [4]. Необходимость медикаментозного лечения пациентов с АД выше 180/105 мм рт. ст. не вызывает особого сомнения. Что касается случаев «мягкой» АГ (140-180/90-105 мм рт.ст.), то принятие решения о назначении



длительной медикаментозной терапии может оказаться не совсем простым. В подобных случаях, как и при лечении дислипидемий, можно исходить из оценки общего риска: чем выше риск развития МИ, тем при более низких цифрах повышенного АД следует начинать медикаментозное лечение. Доказана эффективность снижения массы тела, особенно, «верхнего» ожирения, умеренного ограничения потребления ионов натрия (до 2 г), умеренности в потреблении алкоголя, регулярных физических упражнений, увеличения потребления калия. Нет доказательств эффективности повышения потребления ионов кальция, магния, рыбьего жира, а также целесообразности релаксации, умеренности в потреблении кофеина.

В случае медикаментозного лечения АГ обычно используют ступенчатые схемы: начинают с лечения одним препаратом, а в случае его малой эффективности добавляют препараты из другой фармакологической группы. При выборе начальной гипотензивной терапии исходят из наличия сопутствующих состояний и других факторов риска (ФР) [2]. Окончательный выбор существенно зависит от ожидаемой приверженности больных к лечению, которая, в свою очередь, определяется соотношением эффективности, переносимости, удобства применения и стоимости. Критерии эффективности лечения АГ в условиях поликлиники оцениваются, выделяя следующие цели:

- краткосрочная цель лечения - максимальное снижение артериального давления до хорошего переносимого уровня;- среднесрочная- предупреждение появления или прогрессирования поражения органов-мишеней;  
- долгосрочная - предупреждение сердечно-сосудистой заболеваемости и увеличение продолжительности жизни. К антигипертензивным препаратам «первого ряда» относятся бета-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) [5].

**Цель исследования:** оценка влияния антигипертензивной терапии при сердечно-сосудистых осложнениях на амбулаторном уровне клиники МКТУ за 2009 год.

**Материалы и методы:** ретроспективным методом исследования были проанализированы 1142 амбулаторных карт больных АГ, получивших лечение в поликлинике за 2009 год. Из них женщин составляло 629 (55,1%), а мужчин- 513 (44,9%) в возрасте от 25 до 89 лет (в среднем 57,0+ 2,9 года). При этом у 42 (3,7%) пациентов диагностирована АГ I степени (мягкая), у 236 (20,7%) больных - АГ II степени (умеренная), у 864 (75,6%) пациентов - АГ III степени (тяжелая). По группам риска процентное соотношение больных сложилось следующим образом: I группа риска-8,9%, II группа- 11,3%, III группа- 36,6%, IV группа-43,2%.

**Результаты и обсуждения:** в ходе анализа гипотензивной терапии на амбулаторном этапе выяснилось, что в основу назначений вошли 6 классов лекарственных средств (ЛС) (с учетом комбинаций препаратов)- ингибиторов АПФ (40,0%); диуретики (30,0%); бета-адреноблокаторы (19,0%); антагонисты кальция (6,7%) агонисты центрального действия (3,3%); антагонисты ангиотензиновых рецепторов II (1,0%). Среди ингибиторов АПФ наибольший процент занимают эналаприл и каптоприл, 45,5% и 32,7% соответственно, а наименьшую долю разделили моноприл, берлиприл, лизиноприл и фозиноприл, 6,1%, 5,6%, 5,6% и 4,5% соответственно. Среди диуретиков выступает на первое место фуросемид, который составляет 45,7%, а наименьший процент- гипотиазид (7,5%). Среди бета-адреноблокаторов применялся конкор, эгилок и атенолол, 48,7%, 37,8% и 13,6% соответственно. Группу ангиотензиновых рецепторов II составлял единственный препарат- лазортан (100%). Среди антагонистов кальция применялись следующие препараты: верапамил, нипидол, стамло и кардиомипин, 25,3%, 47,2%, 11,6% и 15,7% соответственно. Среди агонистов центрального действия применялись физиотенз и допегит, 56,5% и 24,6% соответственно. Были использованы следующие комбинации гипотензивных средств: ИАПФ +диуретики- 28,6% случаев, бета-адреноблокаторы+диуретики- 2,8%, ИАПФ + диуретики+ агонисты центрального действия-15,6% случаев, бета-адреноблокаторы +диуретики +агонисты центрального действия-3,9%, ИАПФ + диуретики+ блокаторы кальциевых каналов- 3,2%, ИАПФ+ агонисты центрального действия- 23,9% случаев, антагонисты ангиотензиновых рецепторов II + диуретики-22,0%.

**За данный период определились факторы риска АГ:** ожирение-27,0%, курение-20,0%, сахарный диабет-7,0%, алкоголь-5,2%, чрезмерное употребление соли-2,6%. А среди осложнений АГ, которые занимают 3,58%: криз I типа-2,0%, криз II типа-1,06%, ОНМК по геморрагическому типу-0,17%, ОНМК по ишемическому типу-0,35%.

**Вывод:** в ходе проведенной оценки влияния антигипертензивной терапии при сердечно-сосудистых осложнениях на амбулаторном уровне клиники МКТУ им Х.А. Ясави выяснилось, что, как и в стационаре за этот период, среди факторов риска АГ ожирение занимает первое место (27,0%), наименьший процент (2,6%)- чрезмерное употребление соли. Однако, в на амбулаторном этапе использовались 6 антигипертензивных групп, в том числе антагонисты ангиотензиновых рецепторов II-1,0%. Наиболее часто встречаемая комбинация антигипертензивных средств в фармакотерапии АГ является - ИАПФ+ диуретики, что соответствует рекомендациям ВОЗ и Национального комитета по контролю, профилактике и лечению АГ (США), а также алгоритмам по диагностике и лечению АГ(2007 год).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Саврасова Г.А., Переседова Н.И., Журавлева Н.Ю., Саксонов С.Б., Константинова В.А. Опыт применения препарата физиотенз для лечения артериальной гипертензии в условиях кардиологического стационара /Медицина.-2009-№8.- С.40-44.

2. Оганов Р. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в работе врача общей практики / Врач.-2000-№2.- С.16-22.
3. Джусипов А.К., Атарбаева В.Ш., Семгалиев Н.К., Исабекова А.Х. Лечение артериальной гипертонии новым ингибитором ангиотензинпревращающего фермента хартиллом / Медицина.-2007- №8. -С.11-16.
4. Биртанов А.Б., Байзолданова А.Т., Алишева А.О., Туякбаева Л.Д. Комбинированная терапия артериальной гипертензии / Медицина.- 2004- №5.-С. 40-41.
5. Князева Р.Х., Джунусова С.Т., Семидоцкая В.А., Алмолдина С.С. Применение корвитола в амбулаторной практике / Медицина.-2005.-№3.-С. 66-67.

УДК 616.3-008.14: 615.24

### ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПРИ ЗАПОРАХ

*Р.А.Шаймерденова, С.Т. Рахматов, М.А. Аскарбек, Г.М. Есеева*  
Городская поликлиника №5, г.Тараз  
Областная клиническая больница, г.Шымкент  
СВА «Кайтпас», г.Шымкент  
с. Т.Рыскулова, Тюлькубасский район ЮКО

#### ТҮЙІН

*Бұл мақалада асқазан-ішек жолдарының және іш өту ауруларының симптомдық ауру түрлерінде дәрілік құралдардың пайдалану туралы сөз болады. Асқазан-ішек жолдарының аурулары уақытында тамақтанбаудан, жағымды емес экологиялық жағдайда, физикалық белсемділіктің, иммунитеттің төмендеуінен болады.*

#### SUMMARY

This article is about medicinal drugs in symptomatic treatment of gastric – intestinal tract and constipation diseases. GI disease comes up because of irrational nutrition, unfavourable ecological condition, the low physical activity, decreasing of immunity.

В повседневной практике фармацевты и провизоры сталкиваются с покупателями, жалующимися на расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), на незначительные их изменения. Некоторые из посетителей аптек просят посоветовать препараты, которые улучшают пищеварение. Приходят и те, кто страдает запорами. Им предлагают на первых порах самые слабые слабительные средства. Заболеваниями органов пищеварения страдают все слои населения и в разных возрастных группах составляют от 18 до 37%. Столь высокая частота патологии ЖКТ объясняется многими причинами. На первое место выдвигают нерациональное питание, затем неблагоприятные экологические условия, низкую физическую активность, снижение иммунной защиты организма, высокую инфицированность *Helicobacter pylori*. С этим связана большая частота обращаемости пациентов гастроэнтерологического профиля в поликлиники и стационары, а затем и в аптеки с целью приобретения лекарственных средств для симптоматического лечения различных нарушений со стороны ЖКТ.

Основными синдромами при патологии ЖКТ являются болевой, изжога, запор, диарея, метеоризм. Симптоматическое лечение с помощью безрецептурных препаратов при соблюдении соответствующих условий (исключение «угрожающих симптомов») возможно при всех указанных синдромах, кроме болевого. Боль в области живота может являться симптомом патологических состояний и заболеваний, представляющих угрозу не только для состояния здоровья, но и для жизни пациента. Поэтому болевой синдром до постановки точного диагноза купировать не следует во избежание «смазывания картины заболевания».

Запор (*obstipatio*) считается нарушением функций кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации (более чем на 48 ч) по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в систематическом недостаточном опорожнении кишечника. Регулярное опорожнение кишечника 1 раз в 2–3 дня — возможный вариант физиологической нормы, поэтому такая задержка стула не представляет угрозу для организма и не является запором. У больных, страдающих запорами, нередко снижен аппетит, отмечается отрыжка, неприятный привкус во рту. Характерны ощущения тяжести, переполнения в животе. У многих больных наблюдаются изменения кожного покрова: бледность с землистым оттенком, сухость, повышенное шелушение, явления дерматита. Снятся ногти, появляется перхоть, легко выпадают и секутся волосы. В связи с постоянной интоксикацией развивается слабость, головные боли, снижены настроение и работоспособность (в тяжелых случаях- депрессия), нарушен сон, нередко жалобы на снижение памяти. Хронические запоры способствуют развитию вторичных энтероколитов, геморроя, анальных трещин. Им обычно сопутствуют дисбактериоз, нарушения иммунной системы, расстройства обмена веществ. Замедленное опорожнение кишечника приводит к повышению концентрации в крови и лимфе различных токсинов, в том числе и канцерогенных веществ. Сильные натуживания при запорах могут спровоцировать осложнения заболеваний сердечно-сосудистой системы, особенно у пожилых людей (инсульты, инфаркты, тромбоэмболии). Поэтому хронический запор требует обязательного лечения. Частыми причинами запора являются: патология толстого кишечника - колиты, атония кишечника, спазм толстого кишечника, мегаколон, полипоз толстой кишки;

нарушения обмена веществ - обезвоживание, гипофункция щитовидной железы, гипофункция надпочечников; особенности питания - резкая смена рациона, недостаток в пище растительной клетчатки (пищевых волокон), избыток жира в рационе, недостаточное потребление жидкости, избыток железа в пище, дефицит фолиевой кислоты; болезненная дефекация - трещины заднего прохода, геморрой; применение лекарственных средств - антацидов, содержащих соли алюминия; антигистаминных препаратов; препаратов, содержащих кодеин; холинолитиков; гипотензивных средств (блокаторов кальциевых каналов); препаратов железа, кальция; антидепрессантов, нейролептиков; психотропных средств и ряда других препаратов.

Если же возникли «угрожающие» симптомы, то они позволяют заподозрить у больного серьезное заболевание, требующее обязательного вмешательства врача. Надо обратить внимание на: повышение температуры; следы крови в стуле; сильные боли в животе; резкое вздутие живота; рвоту; потерю веса; связь запоров с приемом того или иного лекарственного препарата. Лечение запоров направлено на восстановление нормальной функции кишечника при минимальном использовании слабительных средств и очистительных клизм. Поэтому перед применением лекарственных препаратов, направленных на нормализацию функции кишечника, следует рекомендовать ряд немедикаментозных мер, способствующих нормализации стула. Общие рекомендации для пациентов по немедикаментозным методам нормализации функции кишечника. Употреблять пищу, богатую пищевой клетчаткой, в первую очередь пектином, растворимыми пищевыми волокнами (свекла, яблоки, сливы, овсяная и другие каши из цельных зерен, а также листовые овощи, капуста, хлеб грубого помола, отруби).

Снизить потребление животных жиров. Употребление жидкости не менее 8 стаканов в день. При необходимости приема препаратов железа или кальция отдавать предпочтение витаминно-минеральным комплексам. Повысить физическую нагрузку. Осуществлять дефекацию не спеша, в спокойной, способствующей релаксации обстановке. Лечить геморрой или трещины заднего прохода (гигиена заднего прохода, использование смягчающих средств и кремов). Не злоупотреблять очистительными клизмами и слабительными средствами, стимулирующими перистальтику. При безуспешности мероприятий по нормализации двигательной-эвакуаторной функции кишечника физиологическими немедикаментозными методами в терапию запора включаются препараты из группы слабительных.

Клинико-фармацевтическая характеристика основных групп слабительных средств. Средства, тормозящие абсорбцию воды и усиливающие перистальтику кишечника (контактные слабительные). Средства, стимулирующие двигательную функцию кишечника, составляют самую большую группу слабительных. Значительная часть этой группы представлена препаратами растительного происхождения, в состав которых входят антрагликозиды. Препараты, содержащие антрагликозиды, раздражают хеморецепторы слизистой оболочки толстого кишечника, что в свою очередь возбуждает перистальтику. Практически не влияют на мускулатуру тонкого кишечника, поэтому не нарушают процессы пищеварения и всасывания. Слабительные препараты этой группы действуют через 8–12 часов после приема. К примеру, препараты, производные дифенилметана, стимулируют рецепторы стенки толстой кишки путем непосредственного контакта со слизистой оболочкой кишечника. В результате повышается секреция слизи в толстой кишке, ускоряется и усиливается ее перистальтика.

Синтетические препараты других групп (натрий пикосульфат) активируются в толстой кишке под воздействием бактериальных сульфатаз, и образующееся при этом вещество стимулирует нервные окончания слизистой кишки, усиливая ее моторику. У детей грудного возраста препарат неэффективен из-за незначительного количества бактериальной флоры и соответственно сульфатаз. Осмотические слабительные средства - солевые слабительные действуют на всем протяжении кишечника. Соли имеют в составе анионы и катионы, плохо всасывающиеся из кишечника и создающие повышенное осмотическое давление. Последнее препятствует обратному всасыванию воды из кишечника. Увеличение объема приводит к растяжению и рефлекторной стимуляции перистальтики, а также к увеличению количества высвобождающегося из слизистой оболочки тонкой кишки холецистокинина, усиливающего перистальтику. На фоне длительного приема солевых слабительных могут развиваться атрофические и воспалительные изменения слизистой оболочки кишечника, обусловленные местным раздражающим действием.

Лактулоза - синтетический дисахарид, который после приема внутрь не разрушается дисахаридазой тонкой кишки, не всасывается в тонкой кишке, достигает толстой кишки, где в процессе бактериального разложения распадается на короткоцепочные жирные кислоты (молочную, уксусную, пропионовую и масляную). Это снижает рН содержимого толстой кишки и стимулирует перистальтику. Кроме того, разложение на короткоцепочные жирные кислоты повышает осмотическое давление в просвете кишки.

Форлак - осмотическое слабительное средство, действующее на всем протяжении кишечника. Он вызывает увеличение объема кишечного содержимого и его размягчение за счет образования дополнительных водородных связей с молекулами воды, ее задержкой и накоплением в просвете кишки, повышая внутриклеточное осмотическое давление. По химическому составу форлак является макроголем 4000. Благодаря своей высокой молекулярной массе, не всасывается и не метаболизируется в ЖКТ.

Касторовое масло в тонкой кишке расщепляется липазой с образованием рицинолевой кислоты и глицерина, раздражающих рецепторы кишечника на всем протяжении и усиливающих рефлекторно его перистальтику. Эти вещества параллельно угнетают процессы всасывания воды и электролитов, нарушая

активность поверхностного эпителия кишки, способствуют увеличению объема содержимого кишечника. Касторовое масло, кроме вышеуказанных эффектов, частично выводится в неизменном состоянии и в виде глицерина, размягчая каловые массы. Слабительный эффект развивается через 5–6 часов.

Средства, способствующие увеличению объема содержимого кишечника. В большую группу слабительных средств, увеличивающих объем кишечного содержимого, входят растительные волокна и гидрофильные коллоиды (осмотические слабительные). Слабительный эффект их связан со способностью высокомолекулярных полисахаридов растительного сырья. Набухает в ЖКТ за счет связывания с водой и, увеличиваясь в объеме, раздражает рецепторы слизистой оболочки кишечника, способствуя его опорожнению.

Средства, смазывающие слизистую оболочку кишечника, размягчающие каловые массы. Растительные масла механически облегчают прохождение каловых масс и вызывают их разрыхление. Вазелиновое масло (жидкий парафин)- минеральное масло, не всасывается в кишечнике и не расщепляется. Оно уменьшает всасывание жидкости, ускоряя продвижение содержимого и по тонкой, и по толстой кишке. При длительном его применении снижается всасывание жирорастворимых витаминов.

Размягчающие слабительные средства применяют в основном тогда, когда нужно достичь быстрого эффекта, например, при отравлениях, у больных в послеоперационном периоде, при подготовке к диагностическому исследованию кишечника.

Таким образом, фармацевтам, провизорам и врачам следует помнить о последствиях применения лекарственных препаратов взрослыми, так и детьми.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фармацевтические и медико-биологические аспекты лекарств / Под ред. И. М. Перцева, И. А. Зупанца. Х.: Изд-во НФАУ, 1999. В 2 т. Т. 1. 464 с., Т. 2. 448 с.
2. Шаповалова В. М., Даниленко В. С., Шаповалов В. В., Бухтиярова Т. А. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача. Х.: Торсинг, 1998. 528 с.
3. Пелешук П. А., Ногаллер А. М., Ревенок Е. М. Функциональные заболевания органов пищеварения. К.: Пляда, 2000. 422 с.
4. Мишушкин О. Н., Елизаветина Г. А. Слабительные средства в терапии запоров // Тер. архив. 1999. № 4. С. 60–63.
5. Голиков С. Н., Рысс Е. С., Фишзон-Рысс Ю. И. Рациональная фармакотерапия гастроэнтерологических заболеваний. СПб, 1993. 288 с.
6. Яковенко Э. П. Ферментные препараты в клинической практике // Клин. фарм. и терапия. 1998. Т. 7. № 1. С. 17–20.
7. Фролькис А. В. Прокинетики (прокинетики) в лечении моторных расстройств желудочно-кишечного тракта // Тер. архив.— 1998.— № 2.— С. 69–72.

УДК 618.2:616.61:002-084

#### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ФЕТО - И ПЛАЦЕНТОМЕТРИЯ, УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК И КАРДИОТОКОГРАФИЯ ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

*А. А. Сагиндыкова*

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

#### Түйін

Созылмалы пиелонефрит перинатальды өлім-жітімділік себептерінің бірі болып табылады. Осы заманғы диагностика тәсілдері жүкті кезеңдегі іштегі нәрестенің жағдайын кешенді бағалауға және перинатальды асқынулардың алдын-алу шараларын қолдануға мүмкіндік береді.

Мақалада созылмалы пиелонефритпен ауырған жүкті әйелдердің іштегі нәрестелерінің жағдайын биофизикалық тәсілдермен зерттеу нәтижелері берілген.

#### Resume

Chronic pielonephritis of pregnant women is one of the causes of high perinatal mortality. Present-day methods of diagnosis help us to prosecute complex estimation of fetus in the time of pregnancy and take prophylactic measures on perinatal complications.

Results of biophysical researches of fetus among pregnant women suffering from chronic pielonephritis are shown in this issue.

Из многообразия современных методов исследования фетоплацентарной системы наибольшее распространение получила ультразвуковая фето - и плацентометрия. Ультразвуковое исследование позволяет не только исключить большинство структурных аномалий, но и судить о физическом развитии плода по соответствию фетометрических данных гестационному сроку. Кроме того, важное значение в оценке фетоплацентарной системы имеют данные о структуре и степени зрелости плаценты, а также о количестве околоплодных вод [1].

Ретроспективный сравнительный анализ результатов УЗИ женщин с хроническим пиелонефритом, у которых беременность осложнилась обострением (1 группа) и без обострения (2 группа), представлен в таблице 1. Показатели БПР головки и ДЖ плода 2 группы (без обострения), как правило, соответствовали нормативным

значениям. При анализе данных эхографических показателей у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения, выявлено, что они имеют достоверные отличия по сравнению с показателями женщин вне обострения ( $p < 0,001$ ). Показатели БПР головки и средних размеров живота оказались достоверно низкими у беременных 1 группы в отличие от нормативных значений ( $p < 0,001$ ). Достоверных отличий при исследовании длины бедренной кости плода у беременных с хроническим пиелонефритом вне обострения нормативных показателей не выявлено.

Нарушение роста бипариетального размера головки и среднего диаметра живота при обострении хронического пиелонефрита носило более выраженный характер, чем частота задержки роста бедренной кости. При сравнении с допустимыми границами колебания величины БПР, ДЖ, ДБ по В.Н. Демидову (1982) внутриутробная задержка развития плода установлена у 9 ( $30,0 \pm 2,5$ )% беременных, причем в подавляющем большинстве случаев ретардация носила умеренный характер, т.е. отставание ДБ, ОЖ, БПР не превышало 2 недель от гестационного срока [2]. У большинства ( $6 - (20 \pm 2,2)$ %) плодов задержка внутриутробного развития плода была ассиметрического типа. В одном случае отмечалась гипотрофия с выраженным отставанием биометрических параметров (на 3 недели) от должных гестационных.

**Таблица 37 - Бипариетальный размер (БПР) головки и средний диаметр живота (ДЖ) плода в III триместре у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения (1 группа) и вне – обострения (2 группа)**

Группа	1 группа (n=30)		2 группа (n=30)	
	M±m, %		M±m, %	
	БПР	ДЖ	БПР	ДЖ
I	20±2,2*	6,7±1,4*	83,3±2,1	33,3±2,6
II	23,3±2,3*	10±1,6*	86,7±1,8	40±2,7
III	30±2,5*	13,3±1,9*	93,3±1,4	53,3±2,7

\* - достоверные данные по отношению к показателям физиологической беременности при  $p < 0,001$ ;

Изучение эхографической картины структурных изменений плаценты по Р.А. Grannum и соавт. (1979) выявило некоторые различия между исследуемыми группами. У 8 ( $26,7 \pm 2,4$ )% беременных с обострением хронического пиелонефрита преждевременное старение плаценты (появление III степени зрелости до 37-недельного срока беременности). Это выражалось в неоднородности субстанции плацентарной паренхимы с наличием экзогенных зон неправильной формы, неоднородной волнистой с углублениями в хориальной пластине и появлением экзогенных участков в базальном слое. Кроме того, у 3 ( $10 \pm 1,6$ )% женщин 1 группы (с обострением) диагностирована I степень зрелости плаценты в третьем триместре беременности, что свидетельствовало о позднем созревании плаценты.

Эхография позволила обнаружить и некоторые патологические изменения плаценты (кальциноз, кисты). При этом кистозные изменения плаценты были обнаружены в 3 случаях, кальциноз в 4 случаях.

Анализ динамики толщины плаценты при прогрессировании беременности выявил достоверное отставание в развитии плаценты с 28-29 недель беременности у женщин с обострением хронического пиелонефрита. Нами отмечено, что в III триместре беременности отмечается отставание в развитии плаценты, что выражается в достоверном уменьшении ее толщины и уменьшении прироста ее толщины за неделю по сравнению с нормативными показателями (соответственно 0,4-0,7 мм, при норме 0,86-1,15 мм). Толщина плаценты в сроке 28-32 недели составила  $29,0 \pm 0,42$  мм, при нормативном показателе  $30,5 \pm 0,6$  мм ( $p < 0,05$ ); при сроке 33-36 недель -  $34,1 \pm 0,13$  мм, при норме  $35,2 \pm 0,5$  мм ( $p < 0,05$ ); при сроке 37-40 недель -  $32,8 \pm 0,32$  мм, при норме  $33,9 \pm 0,2$  мм ( $p < 0,001$ ). У женщин без обострения анализ динамики толщины плаценты не выявил достоверных отличий от нормативных показателей.

Нами установлено, что при хроническом пиелонефрите в стадии обострения плацента локализовалась преимущественно по передней стенке матки у 19 ( $63,3 \pm 2,7$ )% беременных, по задней стенке матки и в дне у 7 ( $23,3 \pm 2,3$ )%, по боковым стенкам - у 4 ( $13,3 \pm 1,9$ )%.

При определении количества околоплодных вод характерным для беременных с хроническим пиелонефритом было многоводие, которое отмечалось у 11 ( $36,7 \pm 2,6$ )%. Маловодие определялось у 4 ( $13,3 \pm 1,9$ )% беременных.

Таким образом, проведенные ультразвуковые исследования в III триместрах беременности у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения позволяют отметить, что выявление нарушения в динамике роста плода, визуализация преждевременного созревания плаценты, наличия патологических изменений в плаценте, истончение плаценты являются прогностическим неблагоприятными в плане развития перинатальной патологии.

В настоящее время неотъемлемой частью комплексной оценки состояния плода во время беременности является антенатальная кардиотокография плода (КТГ). КТГ представляет собой метод функциональной оценки состояния плода на основании регистрации частоты его сердцебиений и их изменений в зависимости от сокращений матки, действия внешних раздражителей или активности самого плода.

Результаты проведенных исследований показали, что признаки внутриутробного страдания плода выявлены у 29 (48,3±3,9)% женщин обеих групп. При этом начальные признаки страдания плода в обеих группах: ПСП от 1,01 до 2,0 были отмечены у 21 (35±3,7)% женщин; ПСП от 2,01 до 3,0 был у 7 (11,7±2,5)% женщин и ПСП более 3,0 – выявлено в одном случае. Ретроспективный сравнительный анализ результатов КТГ у женщин с хроническим пиелонефритом, беременность которых осложнилась обострением данного заболевания (1 группа = 30 женщин) и протекала без обострения (2 группа = 30 женщин), представлен в таблице 2. Анализ полученных данных показал, что в большинстве случаев у женщин 2 группы (без обострения) ПСП составлял менее 1,0. Это свидетельствовало об отсутствии нарушения состояния плода. В то же время в 5 (16,7±2,1)% случаев нами были выявлены начальные признаки внутриутробного страдания плода.

Данные исследований в группе женщин с обострением (1 группа) показали, что в целом нарушения состояния плода были выявлены в 24 (80±2,2)% наблюдений и только в 6 (20±2,2)% случаев отмечалось отсутствие признаков страдания внутриутробного плода. В большинстве случаев 16 (53,3±2,7)% при обострении хронического пиелонефрита выявлялись начальные признаки внутриутробного страдания плода, при этом асфиксия при рождении (оценка по шкале Апгар 6 баллов и ниже) отмечалась у 10 (33,3±2,6)%, гипотрофия выявлена у 9 (30±2,5)% новорожденных.

**Таблица 2 - ПСП у женщин с хроническим пиелонефритом**

Группа	1 группа (n=30)		2 группа (n=30)	
	абс. число	M±m,%	абс. число	M±m,%
менее 1,0	6	20±2,2*	25	83,3±2,1
от 1,01 до 2,0	16	53,3±2,7*	5	16,7±2,0
от 2,01 до 3,0	7	23,3±2,3	-	-
3,01 и более	1		-	-

\* - достоверные данные по отношению к показателям 2 группы, при p<0,001.

В 7 наблюдениях, где ПСП составил от 2,0 до 3,0, у всех женщин дети родились в асфиксии (2 - оценка по шкале Апгар составила 4 балла, в 5 случаях - 5 баллов), а ПСП от 3,01 и более в одном случае.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточной информативности КТГ в оценке состояния внутриутробного плода при обострении хронического пиелонефрита.

Таким образом, проведенные в динамике беременности (в I-III триместрах) комплексные биохимические и биофизические исследования с применением методов математического анализа позволили выделить наиболее информативные из них для прогнозирования и ранней диагностики хронического пиелонефрита.

Одним из наиболее информативных методов диагностики пиелонефрита является ультразвуковое исследование почек, позволяющее диагностировать патологические изменения у 70,9% беременных [3, 4, 5].

При ультразвуковом исследовании почек выявлено, что расширение чашечно-лоханочной системы наблюдалось у всех беременных 1 группы (100%) и у (70,91%) беременных 2 группы, а отёчность тканей почек в 3 раза чаще выявлялось в 1 группе (16,36%) по сравнению со 2 группой (5,88%), что говорит об эффективности методов декомпрессии при хроническом пиелонефрите во 2 группе.

Таких признаков, как нарушение подвижности почек при дыхании, значительное увеличение в размерах не наблюдалось, хотя некоторое уменьшение размеров пораженной почки после купирования клинико-лабораторных показателей имело место в 3 наблюдениях. Более точно об этом параметре мы не имели возможности, так как у большинства пациенток ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы до беременности не проводилось или данные о размерах почек до начала заболевания отсутствовали.

**Таблица 3 Ультразвуковые признаки хронического пиелонефрита беременных основной группы**

Ультразвуковые признаки (n=30)	Абс. число	M±m,%
Расширение чашечно-лоханочной системы	27	90±1,6
Деформация чашечно-лоханочной системы	25	83,3±2,1
Изменение толщины паренхимы почек	23	76,7±2,3
Изменение эхогенности паренхимы почек	28	93,3±1,7
Нарушение кортикомедулярной дифференцировки	3	10±1,6

Как видно из таблицы 3 расширение чашечно-лоханочной системы наиболее часто встречающийся ультразвуковой признак пиелонефрита (27-(90±1,6%)). При этом расширение ЧЛС 2 степени регистрировалось у 11 пациенток, а 3 степени – выявлено в 2 наблюдениях. Это может быть связано с физиологической дилатацией собирательной системы почек во время беременности, о которой имеются сообщения в литературе [95]. Вместе с тем она может служить фоном для реализации воспалительного процесса в почках при определенных

неблагоприятных условиях. У 28 (93,3±1,7)% женщин, визуализировалось снижение эхогенности паренхимы, как результат ее отека при остром воспалении. Одновременно отмечалось увеличение или уменьшение толщины паренхимы у 23 (76,7±2,3)% пациенток. В большинстве наблюдений расширение ЧЛС сочеталось с другими ультразвуковыми критериями, такими как изменение эхогенности и толщины паренхимы, реже с нарушением кортикомедуллярной дифференцировки. Заподозрить наличие хронического пиелонефрита нам позволило, помимо анамнеза, наличие деформации чашечно-лоханочной системы, уплотнение чашечек 15 (50±2,7%). Больше, чем у половины пациенток, имеющих сонографические признаки пиелонефрита имело место сочетание одного или нескольких ультразвуковых признаков. Сочетание деформации и уплотнения стенок чашечек с расширением чашечно-лоханочной системы имело место в 17 (56,7±2,7)% наблюдений, с изменением толщины и эхогенности паренхимы почек – 12 (40±2,7)% пациенток. Это подтверждало не только наличие хронического пиелонефрита, а с учетом описанных выше лабораторных данных – его обострение.

Таким образом, наиболее часто встречающимся сочетанием ультразвуковых признаков пиелонефрита во время беременности явилось дилатация чашечно-лоханочной системы с изменением эхогенности паренхимы почечной ткани 28 (93,3±1,7)%, вторым по частоте регистрировалось ее сочетание с увеличением толщины паренхимы почек – 26 (86,7±1,8)%, редко встречалось сочетание расширения чашечно-лоханочной системы с нарушением кортикомедуллярной дифференцировки 3 (10±1,6)%.

Аномалии развития мочевой системы и фоновая патология почек в виде удвоения чашечно-лоханочной комплекса, подковообразной почки, гидронефроза, мочекаменной болезни были диагностированы у 7 пациенток, причем у подавляющего большинства они были впервые обнаружены во время беременности в результате наших исследований. Нефроптоз при УЗИ был выявлен у 4 (13,3±1,9)% пациенток, в 2 (6,7±1,4)% наблюдениях он имел место до беременности.

Таким образом, в наших исследованиях сонографические критерии пиелонефрита были выявлены в 86%, что говорит о высокой информативности метода, кроме того, ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы при пиелонефрите во время беременности позволяет верифицировать патологический процесс, выявить возможные аномалии развития и фоновую патологию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность – М.: Знание – М., 2000. – 127 с.
2. Демидов В.Н., Розенфильд Б.Е., Воеводин С.М., Логвиненко А.В. Ультразвуковая биометрия плода при физиологически развивающейся беременности (нормативы и сравнительная точность).// Sonoace International. – 2001. – Выпуск 8. Русская версия. – С. 50-59.
3. Федянова М. П. Диагностические и прогностические критерии пиелонефрита у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2004.
4. Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний почек и надпочечников. – М.: Триада Х, 2003. – 96 с.
5. Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита. Урология. – 2000. №2. – С. 15-17.

УДК 615.15:614.2

#### РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАРМАЦЕВТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*М.М.Сапакбай*

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

#### ТҮЙІН

Денсаулық сақтау жүйесінде фармацевт мамандарының негізгі ролі – халыққа жоғары сапалы қызмет көрсету мен дәрілік заттардың тиімді қолдануын насихаттау.

#### SUMMARY

The dominant role of experts in public health services system is a granting of high-quality service of the population and propagation of rational use medicinal.

Меры, предпринимаемые правительством, по сокращению расходов на здравоохранение приведут к тому, что аптеки будут предоставлять пациентам дополнительные виды услуг. Список безрецептурных лекарственных средств значительно пополнится, расширятся показания к их применению. Это будет способствовать возрастанию роли фармацевта в оказании первичной медицинской помощи, он станет первым помощником врача общей практики.

Изменения, произошедшие в экономике нашей страны, а также возросшие запросы потребителей способствует тому, что многие обязанности врача постепенно переходят к фармацевту. И это не случайно. В процессе обучения фармацевт приобретает профессиональные знания о лекарственных средствах и квалификацию, позволяющие ему, исходя из наличия соответствующих симптомов, давать потребителю

адекватные советы по применению лекарственных препаратов. Фармацевт может объяснить, при каких симптомах можно применять лекарственные препараты, предназначенные для самостоятельного применения, а при каких - необходимо обратиться за помощью к врачу. Сегодня посетителям аптек предлагают услуги по определению содержания холестерина в крови или измерению артериального давления, в таком виде обслуживания заинтересованы более чем 30% потребителей. К другим видам аптечных услуг относятся регистрация пациентов, посещения на дому, предоставление санитарно – просветительных брошюр. Таким образом, фармацевты расширяют сферу своей деятельности не только по отношению к потребителю, но и играют все более важную роль в системе здравоохранения. ВОЗ и Комиссия ЕС считают, что фармацевты должны играть ведущую роль в предоставлении населению помощи, рекомендаций и информации о лекарственных препаратах, предназначенных для самостоятельного лечения.

«Фармацевтический работник является основным советником для населения по вопросам, связанных с охраной здоровья в повседневной жизни, а также является ключевой фигурой в снабжении населения лекарственными средствами. С другой стороны фармацевт – ближайший партнёр производителя лекарственных средств безрецептурного отпуска. Со всех точек зрения перед фармацевтом стоит задача предоставления высококачественного обслуживания пациента и пропаганда рационального использования лекарственных средств. Фармацевт в своей профессиональной функции имеет непосредственный контакт с пациентами и достаточно знаний для того, чтобы дать совет о лекарственных средствах, которые он продаёт» (DGEC и AESGP, 2002).

Для выполнения своей роли в системе здравоохранения современные фармацевты должны обладать специфическими знаниями, ответственным отношением к делу, коммуникативными навыками.

ВОЗ суммировала эти качества общими терминем “фармацевт – семь звёзд”, т.е: фармацевт предоставляющий уход за пациентом; фармацевт, принимающий решения; фармацевт – звено общения между врачом и пациентом; фармацевт – лидер; фармацевт – менеджер; фармацевт – постоянно обретающий знания; Фармацевт – учитель;

Также роль фармацевта-специалиста в системе здравоохранения можно рассматривать в качестве кого или чего он выступает. В качестве средства общения:

Фармацевт должен инициировать диалог с пациентом (и с врачом пациента, если это необходимо) для того, чтобы получить от него подробную историю болезни и предоставить необходимую информацию;

Фармацевт должен располагать необходимыми знаниями для распознавания недомоганий и заболеваний, не вмешиваясь при этом в сферу деятельности врача (назначение лечения);

Фармацевт должен предоставлять объективную информацию о лекарственных средствах;

Фармацевт должен обеспечить конфиденциальность в отношении информации о состоянии пациента.

В качестве поставщика качественных медикаментов:

Фармацевт должен обеспечить закупку только качественных медикаментов и только у надежных поставщиков;

Фармацевт должен обеспечить правильное хранение медикаментов.

В качестве «ученика» и «учителя».

Для обеспечения качественного обслуживания на современном уровне фармацевт должен постоянно повышать свою квалификацию (например, на курсах повышения квалификации). Фармацевт должен также поощрять средний фармацевтический персонал к обучению и наблюдать за их работой. В качестве сотрудничающего лица.

Для фармацевта обязательным является развития сотрудничества с: другими работниками здравоохранения; национальными профессиональными ассоциациями; фармацевтической промышленностью; Правительством (на всех уровнях); пациентами и населением

При осуществлении данных функций возникает реальная возможность объединения ресурсов и экспертизы, обмена информацией и опытом, что в свою очередь позволяет оптимизировать процессы лечения.

В качестве пропагандиста здоровья.

Как член команды по охраны здоровья фармацевт должен: участвовать в программах по оценке (скринингу) здоровья населения для определения проблем и групп населения подверженных наибольшему риску; участвовать в компаниях по пропаганде здоровья и профилактики болезней;

Фармацевты экономически «выживают» за счёт продажи лекарственных средств, но это ни в коем случае не должно превратиться в главную роль их деятельности. Выбор ЛС должен соответствовать нуждам пациентов и обстоятельствам, в которых они находятся, а также основаться на принципах информированности и гуманизма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аширов Д.А. Управление персоналом – М.: Высшее образование и наука, 2001.
2. Весник В.Р. Менеджмент персонала – М.: Элит – 2000.
3. Армстронг М. Стратегическое управление человеческими ресурсами – М.: ИНФРА, 2002.



УДК 615.1:616-03 (574)

**СИЛЬНЫЕ И СЛАБЫЕ СТОРОНЫ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ РИСКИ ЕЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН***Б.К. Махатов, А.Д. Ахимова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент  
Лекарственно – информационный центр Института развития здравоохранения МЗ РК, г. Астана***ТҮЙІН**

Қазіргі таңда бұқаралық ақпарат құралдарында бүкіл Еуропа бойынша денсаулық сақтау саласында реформалар толқыны шарпып жатқанын растайтын ақпараттар жаряланып жатыр. Медициналық жәрдемді дәрі-дәрмексіз көрсету мүмкін еместігін ескерсек, ең алдымен реформаға ұшырайтын бағыт-дәрілік қамсыздандыру болып табылады.

Біздің елімізде фармацевтика саласын стратегиялық дамыту бағыттарының бірі формулярлық жүйеге көшу болып табылады.

Біз Қазақстан Республикасында формулярлық жүйе қызметінің мүмкін болар қаупін бағалап, олардың күшті және әлсіз жақтарын анықтадық.

**SUMMARY**

To date media reports show that there was a wave of reforms in the health sector almost all around Europe. Since the provision of qualitative health care is almost impossible without drugs, the drug provision sector is the first direction to be reformed.

Transition to the formulary system is one of the strategic directions of the pharmaceutical industry development in our country.

We evaluated the capabilities and existing risks of the formulary system's functioning in the Republic of Kazakhstan, and this allowed us to determine its strengths and weaknesses.

По данным документационного центра ВОЗ, 2007 год: «Информационные ресурсы являются необходимым фундаментом при формировании научного подхода в принятии решений. Научный подход при формировании политики в здравоохранении позволяет проводить достоверные международные сравнения, определять приоритеты развития национального здравоохранения и прогнозировать развитие ситуации в здоровье в зависимости от проведения тех или иных мероприятий. Такой подход позволяет принимать решения и строить обоснованные прогнозы, учитывать особенности национального здравоохранения при внедрении международных рекомендаций и проведении проектов, избегая выбор ошибочных путей развития той или иной службы или структуры».

В настоящее время в средствах массовой информации публикуются сообщения, свидетельствующие о том, что практически по всей Европе прокатилась волна реформ в секторе здравоохранения. Поскольку оказание качественной медицинской помощи практически невозможно без лекарственных средств, в первую очередь реформируемым направлением становится лекарственное обеспечение. Обзор литературы показал, что государствам приходится решать две противоположные задачи: с одной стороны – необходимость увеличения затрат на обеспечение финансирования лекарственной помощи и всеобщей доступности населению; с другой стороны – необходимость сдерживания затрат.

Эти противоположности стимулируют проведение различных маркетинговых исследований и в нашей республике.

Обзор показателей в области здравоохранения на основе статистических данных ВОЗ и Республики Казахстан, обзор показателей развития отрасли на основе официальных данных маркетинговых исследований консалтинговых групп, а так же проведенные нами анализы основных приоритетных направлений развития отрасли и нормативного правового регулирования фармацевтической отрасли, предоставил нам возможность систематизировать имеющиеся данные и провести макромаркетинговое исследование [1,2,3,4,5,6].

Целью нашего исследования явилась разработка научно-обоснованных предложений по повышению эффективности функционирования формулярной системы в Казахстане. Нами выбрана методика SWOT-анализа (Strengths – Сильные стороны, Weaknesses — Слабости, Opportunities — Возможности, Threats— Угрозы) которая позволила систематизировать всю имеющуюся информацию, произвести оценку возможностей, существующих рисков формулярной системы в условиях Республики Казахстан, определить ее сильные и слабые стороны (см.табл. 1).

Таблица 1 Матрица SWOT – анализа

Пара метры	Сильные стороны	Слабые стороны
------------	-----------------	----------------

<p>1. Законодательные</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- принят Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;</li> <li>- определен Единый дистрибьютор по закупа лекарственных средств (ЛС) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (Г ОБМП);</li> <li>- утверждены Правила обеспечения лекарственными средствами граждан в рамках Г ОБМП;</li> <li>- ЛС выведены из законодательства о государственных закупках;</li> <li>- определен механизм закупа ЛС;</li> <li>- утверждены критерии включения в лекарственный формуляр ЛС, структура формулярных комиссий и порядок согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения;</li> <li>- утверждены предельные закупочные цены на ЛС в рамках Г ОБМП;</li> <li>- утвержден Республиканский формуляр;</li> <li>- медицинским организациям предоставлено право производить 30% закупа без участия единого дистрибьютора.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствует утвержденная «Национальная лекарственная политика»;</li> <li>- отсутствует утвержденная Программа по улучшению использования ЛС медицинскими организациями;</li> <li>- утвержденный республиканский формуляр имеет ограничительный характер;</li> <li>- отсутствует утвержденная политика и регулирование формуляров содержащая: критерии отбора, внесения и исключения ЛС из формуляра, требования к заполнению листов назначений, использованию не формулярных ЛС, регламентацию мониторинга побочных действий ЛС, правила применения ЛС, находящихся на клинических испытаниях, правила работы формулярных комиссий.</li> </ul>
---------------------------	--	---

<p>2. Организационные</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- внедрение единой системы дистрибуции и логистики ЛС;</li> <li>- внедрение формулярной системы;</li> <li>- создание формулярных комиссий;</li> <li>- представление медицинским организациям большей самостоятельности в принятии управленческих решений;</li> <li>- создание медицинских организаций на основе государственно-частного партнерства (напр, Холдинг, в рамках проекта Всемирного Банка);</li> <li>- профилактическая направленность, приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, дневных стационаров, патронаж на дому;</li> <li>- проведение нормирования и типизации больниц;</li> <li>- реализация программы «100 школ 100 больниц»;</li> <li>- предоставление пациенту возможности выбора медицинской организации;</li> <li>- внедрение Единой национальной системы здравоохранения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие политики и четких механизмов внедрения формулярной системы;</li> <li>- непонимание со стороны специалистов и населения целесообразности внедрения Формулярной системы;</li> <li>- недостаточная эффективность механизма мониторинга побочных действий ЛС;</li> <li>- отсутствие механизма по переходу на международные стандарты в сфере обращения ЛС;</li> <li>- низкая эффективность деятельности больничного сектора;</li> <li>- недостаточная доступность и качество ЛС;</li> <li>- низкий уровень качества медицинских услуг, увеличение количества жалоб на селения, связанных с осложнениями, полученными в результате лечения, в том числе приводящим к инвалидизации и летальным исходам. (ежегодно 70% жалоб признаются обоснованными);</li> <li>- отсутствие четких механизмов внедрения Единой национальной системы здравоохранения.</li> </ul>
<p>3. Экономические</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- увеличение государственных расходов на ЛС в рамках Г ОБМП;</li> <li>- увеличение расходов на душу населения;</li> <li>- включение в систему тарифообразования на услуги Г ОБМП амортизационных отчислений</li> <li>- развитие потенциала регионального здравоохранения (трансфертная политика);</li> <li>- совершенствование финансирования Г ОБМП путем определения единых объемов подушевого финансирования по регионам;</li> <li>- расширение перечня нозологий обеспечиваемых в рамках Г ОБМП;</li> <li>- введение дифференцированной оплаты труда медицинским работникам;</li> <li>- высокие до 2008 г. темпы роста экономики. Предполагается резкий рост доходов госбюджета после ввода в эксплуатацию нефтяного месторождения Кашаган.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- уровень расходов к Внутреннему валовому продукту остается недостаточным – 2,3% (не менее 5% к ВВП по данным ВОЗ);</li> <li>- уровень расходов на душу населения недостаточен;</li> <li>- низкая оплата труда медицинских работников;</li> <li>- недостаточная эффективность механизмов финансирования (фондодержание, тарификатор, клинично-затратные группы, система тарифообразования и др.).</li> </ul>

<p>и 4. Демографические и социальные</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повышение уровня рождаемости населения;</li> <li>- стабилизация показателей смертности;</li> <li>- увеличение коэффициента естественного прироста населения;</li> <li>- принятие и реализация отраслевых программ по противодействию социально-значимым заболеваниям;</li> <li>- принятие программы «Здоровый образ жизни»;</li> <li>- проведение массовой иммунизации населения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- низкий уровень здоровья женщин и детей;</li> <li>- низкий уровень репродуктивного здоровья;</li> <li>- высокие показатели социально-значимых заболеваний;</li> <li>- рост заболеваемости инфекционными болезнями.</li> </ul>
<p>5. Кадры</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- переход от принципов управления научными организациями к управлению научными исследованиями, ориентированными на результат;</li> <li>- увеличение квот на медицинское образование и повышение материально-технического обеспечения медицинских вузов;</li> <li>- увеличение числа медицинских кадров, обучавшихся за рубежом.</li> <li>- внедрение международных стандартов надлежащей научной практики;</li> <li>- создание центров доказательной медицины;</li> <li>- подготовка научных кадров по менеджменту в здравоохранении;</li> <li>- предоставление пациентам права выбора врача.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- низкая обеспеченность фармацевтическими и медицинскими кадрами, особенно сельских регионов;</li> <li>- дефицит клинических фармакологов в медицинских организациях;</li> <li>- низкое качество профессиональной подготовки и отсутствие системы непрерывного профессионального образования.</li> </ul>
<p>6. Лекарственные средства</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- объем казахстанского рынка ЛС увеличился в 2 раза;</li> <li>- цены на ЛС в рамках ГОБМП строго фиксируются государством;</li> <li>- высокие темпы роста в последние 10 лет отечественного производства ЛС;</li> <li>- наличие современных производственных мощностей ЛС с сертификатом ISO;</li> <li>- большой природный потенциал и наличие эндемичных растений с лекарственными свойствами, которые можно использовать для производства фармпрепаратов;</li> <li>- наличие профессиональных ассоциаций.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- небольшой удельный вес 10% производимых отечественных ЛС (30% рекомендуется ВОЗ во избежание потенциальной угрозы национальной безопасности);</li> <li>- перечень производимых отечественных ЛС не достаточен;</li> <li>- высокая себестоимость исследований, приводящая к нерентабельности выпуска оригинальных препаратов;</li> <li>- отсутствие собственных брендовых дженериков;</li> <li>- отсутствие отечественных производственных мощностей ЛС с сертификатом GMP;</li> <li>- неэффективная система контроля за продажей рецептурных препаратов без рецепта;</li> <li>- не проводится оптимизация Государственного реестра ЛС на основе сравнительной эффективности дженериков и информации о побочных действиях ЛС;</li> <li>- постоянный рост цен на ввозимые ЛС;</li> <li>- превышение международных медианных цен на отдельные препараты;</li> <li>- перебои в поставках ЛС в рамках ГОБМ;</li> <li>- закуп услуг по поставке ЛС в рамках ГОБМП у дистрибьюторских компаний;</li> <li>- наличие некорректных предельных закупочных цен;</li> <li>- не эффективная процедура контроля за розничными надбавками на лекарственные средства.</li> </ul>

7. Методические	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие порядка 300 периодических протоколов диагностики и лечения болезней;</li> <li>- внедрение системы внутреннего аудита и порядка аккредитации медицинских учреждений;</li> <li>- наличие национального формуляра и государственного реестра ЛС.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие руководства по оценке использования ЛС в медицинских организациях и единой методологии для расчета клинико-затратной эффективности ЛС в рамках ГОБМП;</li> <li>- отсутствие консолидированной базы данных об эффективности ЛС, основанной на принципах доказательности;</li> <li>- отсутствие руководства и методологии сбора и мониторинга побочных действий ЛС;</li> <li>- отсутствие руководства по улучшению использования ЛС в медицинских организациях, включая клинические рекомендации;</li> <li>- недостаток и несовершенство протоколов диагностики и лечения заболеваний;</li> <li>- отсутствуют стандарты качества лечения (фармакотерапии);</li> <li>- отсутствует перечень редко применяемых медицинских технологий;</li> <li>- отсутствует формулярный справочник ЛС с клиническими рекомендациями;</li> <li>- недостаточная доступность медицинских организаций к базе Государственный реестр ЛС.</li> </ul>
-----------------	---	--

Возможности	Риски
<ul style="list-style-type: none"> <li>- гарантия обеспечения больных качественным лечением и повышение эффективности лечения;</li> <li>- внедрение принципов доказательной медицины на всех этапах продвижения ЛС;</li> <li>- снижение уровня заболеваемости и смертности, продолжительности лечения и пребывания в стационаре за счет исключения небезопасных и неэффективных ЛС;</li> <li>- оптимизация закупа ЛС в рамках ГОБМП и увеличение доступности безопасных, эффективных и качественных ЛС;</li> <li>- рациональное использование денежных ресурсов;</li> <li>- определение наиболее клинически и экономически эффективных и безопасных ЛС и создание соответствующей национальной базы, включающей информацию о побочных действиях и формулярного справочника;</li> <li>- мониторинг правильности использования ЛС и принятие мер по исправлению ошибок фармакотерапии</li> <li>- увеличение доступности ЛС, применяемых при орфанных заболеваниях;</li> <li>- ограничение использования небезопасных ЛС с серьезными побочными действиями и ЛС с низкой эффективностью;</li> <li>- предоставление объективной доказательно обоснованной медико-фармацевтической информации специалистам здравоохранения;</li> <li>- обновление медико-экономических протоколов лечения на основе данных о клинической эффективности ЛС;</li> <li>- повышение эффективности и качества постдипломного образования специалистов.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- возможное ограничение «клинической свободы» врачей и уподобление Списку жизненно важных лекарственных средств;</li> <li>- несовершенство законодательной и методической базы;</li> <li>- несовершенство механизма планирования затрат и организации закупа ЛС;</li> <li>- несовершенство организационной структуры формулярных комиссий;</li> <li>- возможные дополнительные организационные затраты;</li> <li>- непонимание специалистами политики и механизма введения формулярной системы;</li> <li>- недостаточность ресурсов в медицинских организациях сельских регионов.</li> </ul>

Таким образом, в результате SWOT анализа состояния лекарственного обеспечения нами научно-обосновано внедрение формулярной системы в Республике Казахстан, которая позволит решить существующие проблемы по: - повышению эффективности, доступности качества лекарственной помощи; - повышению эффективности и качества медицинской помощи; - повышению уровня образованности специалистов; - сдерживанию расходов и оптимизации закупа лекарственных средств;- созданию национальных баз данных, основанных на принципах доказательности;- переходу на международные стандарты качества.

При этом определено, что для эффективного функционирования и использования имеющихся возможностей формулярной системы необходимо предпринять ряд законодательных, организационных и методических мер.

Выявлено, что наиболее слабым звеном эффективного функционирования формулярной системы в условиях делегирования функции уполномоченного органа по формированию формулярного перечня лекарственных средств медицинским организациям является разработка и предоставление методической помощи медицинским организациям.

Необходима срочная разработка руководств по оценке использования лекарственных средств в медицинских организациях и единой методологии для расчета клинико-затратной эффективности лекарственных средств на стационарном уровне.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV.
2. Стратегический План Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2010 – 2012 годы.
3. Рабочая группа обсудила новую модель лекарственного обеспечения// Казахстанский фармацевтический вестник, №13 (305), 2008.
4. Руководство "Управление лекарственным обеспечением". Второе издание. West Hartford, CT: Kumarian Press. 1997 г..
5. Сыбанкулова З.Н. Фармацевтическая деятельность и амбулаторное лекобеспечение// Казахстанский фармацевтический вестник, №8 (276), 2007г..
6. Кузнецова Л.А. Проблемы амбулаторного лекарственного обеспечения и пути их решения// Казахстанский фармацевтический вестник, №6 (274), 2007г.

УДК 615.2:614.281

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

*Л.Ю. Пак, Б.К. Махатов, А.Д. Ахимова**Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК, г. Астана**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент**Лекарственно – информационный центр Института развития здравоохранения МЗ РК, г. Астана*

## ТҮЙІН

Фармация саласының дамуы Қазақстан Республикасы үшін стратегиялық, әлеуметтік және экономикалық маңызға ие. Сондықтан қазіргі таңда дәрілік құралдардың қауіпсіздігін, тиімділігі мен сапасын арттыру мәселелері ұлттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету факторлары ретінде қарастырылады.

Әлеуметтік және экономикалық сипаттағы жекелеген кезеңдер фармация саласын дамытуға және реттеуге тікелей ықпал етті. Фармация саласын реттейтін заңнама да едәуір өзгерістерді басынан кешірді. Біздің тарапымыздан дәрілік құралдардың, медициналық мақсаттағы өнімдер мен медициналық техниканың айналым аумағындағы нормативтік-құқықтық актілеріне талдау жасалып, фармация саласының құқықтық аясын жетілдірудің негізгі бағыттары анықталды.

## SUMMARY

The development of the pharmaceutical sector in Kazakhstan has the strategic, social and economical importance. That's why the issues of drugs' safety, efficacy and quality provision refer to the factors providing the national safety (par.17, article 4 of the Code of the Republic of Kazakhstan "On People's Health and Healthcare System").

Certain stages of social and economical character were directly reflected in the development and regulation of the pharmaceutical sector. Legislation regulating the pharmaceutical sector has undergone significant changes as well. We performed a comparative analysis of legal acts in the sphere of circulation of medicines, medical devices and medical technology in relation to the lapsed law and identified the basic directions for improving the legal field of pharmaceutical industry.

Развитие фармацевтического сектора имеет стратегическое, социальное и экономическое значение для Республики Казахстан. Именно поэтому сегодня вопросы обеспечения безопасности, эффективности и качества лекарственных средств отнесены к факторам обеспечения национальной безопасности [1].

Определенные этапы социального и экономического характера напрямую отражались на развитии и регулировании фармацевтического сектора в зависимости от существующих проблем.

Так, в 2002 году определением государственной стратегии обеспечения лекарственными средствами, принципов развития, организации и функционирования фармацевтической деятельности стала принятая Правительством республики Концепция лекарственной политики Республики Казахстан (постановление Правительства РК от 29 мая 2002 года №584). В реализацию данного документа были проведены определенные мероприятия по усилению государственного регулирования, совершенствованию законодательства, разработан и принят Закон Республики Казахстан «О лекарственных средствах», была систематизирована нормативная правовая база. Вместе с тем, следует отметить, что остался ряд нерешенных проблем. Остались насущными такие вопросы как доступность лекарственной помощи населению, лекарственное обеспечение в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, обеспечение препаратами больных орфанными заболеваниями, вопросы повышения эффективности, безопасности и качества лекарственных средств.

Сегодня в условиях мирового экономического кризиса и наличия нерешенных вопросов наступил этап радикального пересмотра подходов к регулированию и организации фармацевтического сектора. Определены следующие стратегические направления развития фармацевтической отрасли:

1 принятие мер по повышению качества и доступности лекарственной помощи населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи путем внедрения новой модели лекарственного обеспечения;

2 поддержка, стимулирование и развитие отечественной фармацевтической индустрии. Увеличение объемов производства фармацевтической продукции до 50%;

3 переход на международные стандарты обеспечения качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

4 усиление государственного контроля за качеством и стоимостью лекарственных средств.

Несмотря на отсутствие целостного основополагающего нормативного документа, основные стратегические направления развития отрасли определены Главой государства и отражены в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», нормативных правовых актах, принятых в его реализацию [2].

Нами проведен анализ законодательства в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, который показал, что кодификация имеет положительные стороны и принесла ряд преимуществ для развития фармацевтической отрасли.

Прежде всего, необходимо отметить то, что нормы, регулирующие фармацевтическую отрасль, приобрели более высокий правовой статус, создан единый документ, объединивший в себе 11 Законов в секторе здравоохранения. В то же время Кодекс был призван совершенствовать законодательство в области здравоохранения. Так, была восстановлена вертикаль, четко обозначены системы санитарно-эпидемиологической и фармацевтической служб, а также закреплены необходимые нормы для осуществления реформ и стратегических направлений развития отрасли.

Всего в Кодексе 186 статей, 32 главы и 10 разделов. Основная часть норм, регламентирующих сферу обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники изложена в разделе 4 «Фармацевтическая деятельность и обращение лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники». Ряд норм, касающихся фармацевтического сектора изложен в других статьях и разделах Кодекса [1].

Для создания правовой основы и возможности государственного регулирования некоторых лекарственных средств (например, орфанных препаратов), а также регламентирования определенных стратегическими направлениями развития отрасли процедур, понятийный аппарат Кодекса был значительно расширен.

Так, впервые в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» были введены такие понятия, как «единый дистрибьютор по закупке и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения», «инновационные медицинские технологии», «орфанные препараты», «независимый эксперт», «оригинальное лекарственное средство», «генетически модифицированные объекты», «биосимиляр», «фармацевтические работники». Дефиниция «объекты в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» дополнена категорией «передвижной аптечный пункт» для отдаленных сельских местностей и создана правовая основа для функционирования данного объекта фармацевтической деятельности [1].

Важным изменением является разделение понятий «лекарственные средства», «изделия медицинского назначения» и «медицинская техника». Ранее, в Законе Республики Казахстан «О лекарственных средствах», к лекарственным средствам приравнивались медицинская техника и изделия медицинского назначения, используемые в целях диагностики, профилактики и лечения заболеваний. При этом, говоря о лекарственных средствах, подразумевались, в том числе, изделия медицинского назначения и медицинская техника. Раздельное регламентирование указанных понятий, имеющих свою специфику, позволила произвести их самостоятельное регламентирование [1,3].

Важным отличием в сравнении с утратившим силу законодательством является то, что в статье 4 Кодекса «Принципы государственной политики в области здравоохранения», впервые, здоровье населения, безопасность, эффективность и качество лекарственных средств отнесены к факторам обеспечения национальной безопасности. Таким образом, сфера оборота лекарственных средств законодательно закреплена на более высоком уровне, требующем особого внимания, подчеркнута стратегическая значимость данного вопроса [1,3].

Норма о функции уполномоченного органа по государственному регулированию цен на лекарственные средства включена в статьи 5 и 7 Кодекса. В реализацию этой нормы уполномоченным органом был утвержден перечень лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и определены цены, выше которых государственным организациям запрещается осуществлять закуп [1].

Для внедрения новой модели лекарственного обеспечения в Кодекс внесены нормы, определяющие деятельность единого дистрибьютора по закупке и обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. При этом в компетенцию уполномоченного органа в области здравоохранения

дополнительно включены функции по определению Списка лекарственных средств и изделий медицинского назначения,купаемых у единого дистрибьютора, порядку разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения.

Новым является введение в Кодекс ряда норм об отмене государственной регистрации субстанций, произведенных в условиях Надлежащей производственной практики. Данное предложение введено впервые и направлено на поддержку отечественных производителей лекарственных средств, которые, в отличие от зарубежных производителей, регистрировали субстанцию лекарственного средства, а затем готовый препарат. Процедура сопровождалась значительными временными и финансовыми потерями со стороны отечественных производителей и существенно затрудняла выход на казахстанский рынок собственных лекарственных средств [1].

Кроме того, впервые, в поддержку частного бизнеса включена норма, в соответствии с которой государственные органы, осуществляющие государственный контроль и надзор в области здравоохранения, разрабатывают и утверждают критерии оценки степени риска. Таким образом, на смену моратория, объявленного Правительством в 2008, 2009 гг. на осуществление проверок предпринимателей, вступает в силу норма о проведении проверок в зависимости от степени риска. Основная идея данного предложения заключается в том, что добросовестные субъекты частного предпринимательства будут гораздо реже подвергаться проверкам, периодичностью раз в 5 лет. Норма отражает политику государства по поддержке малого и среднего бизнеса и направлена на поддержку добросовестных предпринимателей.

Однако права должностных лиц, осуществляющих проверку, значительно расширились и сегодня уполномоченный орган в области здравоохранения вправе самостоятельно приостанавливать действие лицензии на фармацевтическую деятельность сроком до шести месяцев без решения суда и инициировать лишение лицензии на фармацевтическую деятельность в соответствии с законодательством РК об административных правонарушениях.

Кардинальным изменениям подвергся сектор лекарственного обеспечения. На смену Списку основных жизненно важных лекарственных средств пришла формулярная система, которая призвана оптимизировать государственный закуп лекарственных средств. Закуп лекарственных средств при оказании скорой, стационарной и стационарозамещающей помощи должен осуществляться в соответствии с утвержденными медицинскими организациями и согласованными в установленном порядке с уполномоченным органом лекарственными формулярами [1].

Заслуживает внимания то, что в Кодексе четко прописана единая система в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Таким образом, законодательно закреплена необходимость функционирования специализированных государственных органов для осуществления регулирования данной сферой.

Существенное отличие от Закона «О лекарственных средствах» в том, что в статье 66 Кодекса упорядочена выдача лицензий на фармацевтическую деятельность, которая разделена на 11 подвидов деятельности и соответственно, имеет различные квалификационные требования.

Для повышения доступности лекарственной помощи сельскому населению в статью 69 Кодекса включена возможность функционирования передвижных аптечных пунктов в отдаленных от районного центра населенных пунктах, где отсутствуют аптеки. При этом сохранность качества, безопасность и эффективность лекарственных средств, изделий медицинского назначения в случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием обеспечиваются аттестованные в установленном порядке специалисты с медицинским образованием. Включение этих норм обосновано тем, что в отдаленных населенных пунктах зачастую нет объектов фармацевтической деятельности и нет специалистов с фармацевтическим образованием [1].

В этой же статье имеется норма, позволяющая решить существовавшую до выхода Кодекса нормативно-правовую коллизию, а именно: запрещение на медицинское применение незарегистрированных лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники – с одной стороны, действие регистрационного удостоверения на указанную продукцию ограничено во времени – с другой стороны.

В результате приобретаемое медицинскими организациями медицинское оборудование рано или поздно становилось «запрещенным».

Учитывая указанное, в Кодекс была включена норма о том, что ввезенные и произведенные на территории Республики Казахстан до истечения срока регистрационного удостоверения лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинская техника применяются, обращаются и эксплуатируются на территории Республики Казахстан без ограничений.

В целях усиления контроля за качеством лекарственных средств при их государственной регистрации, экспертной организации теперь предоставляется право на посещение завода-производителя, в случае сомнения в качестве производимого препарата, а за заводом-изготовителем в течение всего срока действия регистрационного удостоверения закреплена ответственность за качество лекарственного средства [1].

Поскольку, как указывалось выше, «изделия медицинского назначения и медицинская техника» выведены из понятия «лекарственное средство», в Кодекс включены отдельные статьи, нормирующие

проведение технических испытаний изделий медицинского назначения и медицинской техники, а так же принципы их классификации.

В статью 75 Кодекса включена норма, решающая проблему с ввозом орфанных препаратов. Доступ данных лекарственных средств для оказания лекарственной помощи больным был ограничен, в том числе, по причине не соответствия маркировки. Учитывая ограниченное количество, зарубежные заводы-производители не тратили дополнительные временные и финансовые ресурсы для приведения их маркировки в соответствие с казахстанским законодательством. Теперь ситуация позитивно изменилась и «допускается использование стикеров при ввозе ограниченного количества дорогостоящих, редко применяемых, орфанных препаратов» [1].

Статьи 76 и 77 посвящены единому дистрибьютору и основным принципам закупа лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Существенно то, что основным критерием выбора единым дистрибьютором по закупу и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения потенциального поставщика является наличие у поставщика статуса производителя либо официального представителя производителя лекарственного средства, изделия медицинского назначения. Кроме того, определены принципы закупа лекарственных средств, изделий медицинского назначения. Таким образом, закуп медицинских товаров выведен из законодательства о государственных закупках [1].

Проблемой для субъектов частного бизнеса и медицинских организаций был вопрос поверки медицинских средств измерений. Не был решен вопрос о критериях отнесения к медицинским средствам измерений. В результате любой диагностический прибор мог быть отнесен к средствам измерений и субъекты здравоохранения несли значительные финансовые и временные потери. Теперь ситуация позитивно изменилась, уполномоченный орган в области здравоохранения закрепил за собой право определения перечня медицинской техники, являющейся средством измерения.

Таким образом, анализ Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также нормативных правовых актов, принятых в его реализацию, показал, что создана необходимая правовая база для возможности реформирования фармацевтического сектора. Законодательно закреплены основополагающие нормы, однако имеются нормативные пробелы, разработка которых возможна в рамках принятого Кодекса.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV.
2. Стратегический План Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2010 – 2012 годы.
3. Нормативные правовые акты в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (действующие и утратившие силу).



## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.61-002.27: 615.065

## СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Г.И. Кадеева

Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент

## ТҮЙІН

Анальгетикалық нефропатия – бүйрек қызметінің созылмалы жеткіліксіздігін тудыратын есірткісіз анальгетиктерді, қабынуға қарсы стероидтық емес препараттарды ұзақ мерзімде қабылдау нәтижесі. Нефропатия – науқастың нейро-психологиялық ауытқуына, қан аздығына, гипертонияға, пептикалық ойық жарасына байланысты зақымдануының тек бір көрінісігіана. Диагностиканы дұрыс қою және уақытылы емдеу нәтежісінде бүйректің тубулоинтерстициалдық зақымдануы толығымен қайтымді.

## SUMMARY

Analgesic nephropathy is the result of prolonged consumption of a combination of non-opioid analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs with outcome in chronic renal failure. Nephropathy is one of the manifestations of organ damage patients, combined with neuro-psychiatric disorders, anemia, hypertension, peptic ulcer disease. With timely diagnosis and treatment of analgesic nephropathy, this shape of the lesion of renal tubulointerstitium is completely reversible.

Анальгетическая нефропатия (АН) - специфическое поражение почек, вызываемое приемом ненаркотических анальгетиков (фенацетин, аспирин, парацетамол, бутадион) и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Наиболее опасны анальгетические смеси из комбинации двух и более анальгетиков, входящих в состав многих препаратов безрецептурного отпуска например, цитрамон, темпалгин, новомигрофен, пенталгин. Кофеин и кодеин, входящие в их состав, влияя на настроение, формируют психологическую анальгетическую зависимость от препарата.

Механизм повреждающего действия анальгетиков связан с подавлением синтеза простагландинов - главного регулятора медуллярного кровотока в почках, а также с прямым токсическим действием лекарств на мозговой слой почки. На ранних стадиях происходит повреждение прямых артериол, снабжающих глубокие слои мозгового вещества почки; это ведет к развитию воспаления в окружающей интерстициальной ткани, а затем - к ишемии, некрозу, фиброзу и обызвествлению сосочков. Преимущественное повреждение почечных сосочков обусловлено десятикратным нарастанием концентрации препарата в направлении от коркового вещества к верхушке сосочка. Обильное питье уменьшает этот концентрационный градиент, чем объясняется профилактический эффект введения жидкости животным с экспериментальным некрозом почечных сосочков, вызванным [фенацетином](#). При морфологическом исследовании, помимо признаков хронического нефрита, выявляют некроз почечных сосочков, специфическую коричневую пигментацию почечных сосочков и мочевыводящих путей и микроангиопатию сосудов мочеточника (диагностический признак злоупотребления анальгетиками).

Большую опасность с точки зрения развития АН представляют так называемые хронические болевые синдромы – головные боли, в том числе мигрени, суставные боли, в частности связанные с остеоартритами, синдром боли в нижней части спины (low back pain syndrome). Привычка самостоятельно купировать их НПВП и ненаркотическими анальгетиками в дальнейшем обычно дополняется "профилактическим" приемом этих препаратов, как правило, бесконтрольным.

Распространенность АН во всем мире (по данным патологоанатомических исследований) колеблется от 0,1 до 4%. У женщин она встречается в 3-5 раз чаще у женщин. Чем выше доза анальгетиков, тем тяжелее поражение почек. Нет установленных сроков применения лекарственных средств и суточных доз до появления лекарственных поражений почек, но большинство считают достаточной дозу фенацетина 1г в сутки при применении в течение нескольких месяцев. Функция почек, как правило, ухудшается постепенно, параллельно прогрессированию некроза почечных сосочков и диффузного поражения канальцев и интерстициальной ткани в корковом веществе.

Часто нефропатия — лишь одно из проявлений органного поражения у больных, сочетающаяся с нейро-психическими расстройствами, анемией, ишемической болезнью сердца, пептической язвой.

При диагностике АН в первую очередь необходим факт длительного употребления ненаркотических анальгетиков или НПВП. Ранним признаком (еще в доклинической стадии) нефропатии является относительно быстрое развитие водно-электролитных нарушений, нарушения концентрационной функции почек, т.е. тех функциональных сдвигов, которые при первично- клубочковых поражениях обычно являются признаком развернутой почечной недостаточности. У 70% больных выявляется абактериальная лейкоцитурия (такая картина должна заставить заподозрить АН), у 1/3 - мочевая инфекция (чаще бессимптомная). [Протеинурия](#) развивается не всегда и не превышает 1 г/сут. Развитие выраженной протеинурии является плохим

прогностическим признаком, и говорит о возможности скорого (через 1 - 2 года) развития терминальной почечной недостаточности.

В отдельных случаях при некрозе почечных сосочков возникают гематурия и даже **почечная колика** из-за отторжения некротизированных сосочков и последующей **обструкции мочеточника**. При постановке диагноза также следует обращать внимание на внепочечные признаки злоупотребления анальгетиками, среди которых выделяют гипохромную анемию (тяжесть которой не соответствует степени **ХПН**) со своеобразным бледно-желтым окрашиванием кожных покровов, поражение желудка (пептическая язва), печени (лекарственный гепатит), ранний атеросклероз с прогрессирующей ишемической болезнью сердца, психастению, преждевременное старение, раннее поседение (больные выглядят старше своих лет). Известно влияние на гонадную функцию (бесплодие, тератогенное воздействие). Язвенная болезнь желудка иногда многие годы предшествует нефропатии.

Патогномоничный симптом некроза почечных сосочков - кольцевидная тень в почечной чашечке: рентгеногегативный отторгнутый сосочек окружен скоплением рентгеноконтрастного вещества. При УЗИ почек обнаруживают обызвествленные сосочки в виде венца вокруг почечной пазухи. Позднее осложнение злоупотребления анальгетиками - **переходноклеточный рак лоханки и мочеточника**. Значительно чаще, чем при других типах хронического интерстициального нефрита, при анальгетической почке развивается артериальная гипертония.

Лечение состоит в прекращении употребления анальгетиков, назначении витаминов, анаболических гормонов, переливаний крови, рациональной диеты. Необходимо также осуществлять коррекцию водно-электролитных нарушений, артериальной гипертонии. При лечении НПВС имеется рекомендация отменять лекарственное средство во всех случаях появления гематурии, протеинурии, лейкоцитурии без признаков инфекции, а также при гиперкальциемии, повышении уровня билирубина и креатинина из-за угрозы тяжелой нефропатии. Лечение, кроме отмены лекарственного средства, требует назначения питья щелочных минеральных вод; если в патогенезе и клинической картине имеет место аллергия, то следует назначить кортикостероиды, витамины и сердечно-сосудистые средства (когда имеет место недостаточность кровообращения). В тяжелых случаях ХПН необходим гемодиализ или искусственная почка.

Своевременная диагностика и лечение АН, заключающиеся прежде всего в отказе от НПВП и ненаркотических анальгетиков, необходимы прежде всего потому, что, эта форма поражения почечного тубулоинтерстиция полностью предотвратима. Пример. Больная Н., 51 год., направлена в стационар с диагнозом: Острый лекарственный нефрит? Заболевание крови? Жалобы на утомляемость, отечность ног, век, одышку при ходьбе, сниженный аппетит, уменьшение количества мочи, частые упорные головные боли, неустойчивость при переходе в вертикальное положение. Считает себя больной около полугода, когда появилось извращение вкуса. Лечилась самостоятельно. Двое суток назад появились отеки голеней, одышка, резко уменьшилось количество мочи. Самостоятельно принимала фуросемид, при этом увеличение диуреза более чем 500 мл не отмечала. Дополнительно к анамнезу выяснено, что за 7 месяцев до начала заболевания получила травму головы. По поводу головных болей больная практически ежедневно принимала баралгин, цитромон, пенталгин. Объективно: Вес 81,3кг. Состояние тяжелое. Нормостенического телосложения, обычного питания. Умеренная анасарка. Кожные покровы бледно-зеленоватые, сухие. Деформация ногтевых пластинок по типу часовых стекол. Отечность век. Умеренные отеки голеней, значительные отеки стоп. Пульс 75 в мин, ритмичный. АД 155/90 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево на 1,0см. Тоны сердца приглушены. ЧД 20 в мин. В легких без патологии. Язык влажный, слегка обложен белов налетом, не отечен. Живот правильной формы, не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Пальпируются плотные участки нисходящего отдела толстого кишечника. Печень по краю реберной дуги, пальпация безболезненна. Стул со склонностью к запорам, раз в 1-2 дня, плотный. Почки с обеих сторон не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Диурез менее 500 мл/сут.

**При обследовании выявлены:** Нв 38г/л, Эр 1,2x10<sup>12</sup>/л, ЦП 1,0, тромбоциты 237x10<sup>9</sup>/л, л 4,4x10<sup>9</sup>/л, п 5%, с 55%, м 21%, л19%, СОЭ 18 мм/ч, анизоцитоз+++, пойкилоцитоз ++, гипохромия +++ ОАМ: у.в.1010, рН 5,0, белок 0,066г/л, Л 5-4-10, Эр 2-0-1 Проба Зимницкого: гипоизостенурия, никтурия. Моча на флору: роста нет. Печеночные пробы без патологии, холестерин 4,7 ммоль/л, общий белок 71,3 г/л, креатинин 127,9 мкмоль/л, мочевины 8,4 ммоль/л, креатинин 1,2 мг/дл глюкоза крови 5,3 ммоль/л, калий 4,66, натрий 130,6 кальций 1,12, сывороточное железо 8,95 мкмоль/л, свертываемость крови 3мин50 сек- 4 мин10 сек, УЗИ почек: контуры ровные, четкие. 11,9x4,9, тпп 1,6. Слева 11,5x4,7, тпп 1,7см Выраженная деформация, соли, уплотнение паренхимы с обеих сторон. Пр. Реберга: клубочковая фильтрация 70,9мл/мин, реабсорбция 99,2%, СПБ 0,08 г/сут (объем 0,8л)

ЭФГДСкопия пищевода не изменена, свободно проходима, атрофический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс.Обзорная урограмма: теней конкрементов нет. Конс.гематолога: Хроническая анемия, токсического и железодефицитного генеза, 3ст.Был выставлен диагноз: Анальгетическая нефропатия (ненаркотические анальгетики). САГ, 1ст. Анемия тяжелой степени (миелотосическая, железодефицитная). СНФК 2 (НУНА).

**Назначено лечение:** антиагреганты, преднизолон, стимуляторы эритропоэза, гипотензивные препараты. В динамике отмечалось увеличение диуреза до 2 литров/сутки, рост показателей красной крови: Нв 60г/л, Эр 1,8x10<sup>12</sup>/л, ЦП 0,9, л 4,6x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 19 мм/ч. Больной было рекомендовано воздержаться от приема

анальгетических препаратов и НПВП. В динамике через 2 года: анемии нет – Нв 131г/л, клубочковая фильтрация 85 мл/мин, сохраняется гипертония, контролируемая приемом 5 мг моноприла.

Таким образом, диагностированная на ранней стадии АН (до развития хронической почечной недостаточности), привела к редукции ренальных и экстраренальных проявлений заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н. Осложнения фармакотерапии. Руководство для врачей; М.-Медицина, 2003.
2. Тареева И.Е. Тубулоинтерстициальные нефропатии. В кн: Нефрология, под ред. И.Е.Тареевой, 1995г.
3. Г.Н. Дранник. Клиническая иммунология и аллергология. Киев, 2006.

УДК 615.2

#### ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

*М.Е.Тлеубаев*

*Казгуртская центральная районная больница, с.Казыгурт ЮКО*

#### ТҮЙІН

Барлық дәрі қабылдаған адамдар дәрінің емдік және кері әсері бар екенін біледі. Егер дәрігер белгілі бір дәрілік заттың кері әсері туралы ешнәрсе айтпаса да, дәрілік заттың қорасында қосымша парақшада бөлек қатарда сол дәрінің қабылдау кезінде кері әсерлері туралы толық мағлұмат жазылады. Сонымен, дәрінің кері әсері дегеніміз не? Және де кері әсерсіз дәрілік затты.

#### SUMMARY

Secondary effect of drugs arises from taking any kind of medicines. Having not enough electivities, the medicinal drug may report sick on different kinds of tissues and organs, and so, of course, on undefeated diseases. You should be defined more precisely its secondary effed, be prescribed decrease dose and change the frequency of dose.

В основе эффекта большинства лекарств лежит физико-химическое или химическое взаимодействие их с рецепторами клеточных мембран. В результате этого во всех клетках, которые имеют рецепторы, “узнающие” данное лекарство, происходят определенные изменения. Их суммирование приводит к изменению функций ткани, органа или системы органов, что и является целью применения лекарства, то есть его лечебным эффектом. Например, снижается артериальное давление, стихает боль, уменьшается отек и так далее. Но только лечебным эффектом дело не ограничивается. Лекарство, обладающее исключительной избирательностью, – это идеал, “волшебная пуля”, точно нацеленная на больное место и не задевающая здоровые ткани. В реальной жизни действие большинства лекарств напоминает разноцветную мозаику. Это связано с несколькими причинами. Во-первых, вводимое лекарство попадает не только в нужное место. В организме оно разносится кровью во все ткани и встречается с компонентами клеточных мембран (рецепторами), способными взаимодействовать с ним. И у здоровых клеток есть рецепторы, которые могут связываться с лекарством. Это приводит к изменению их функций, а, значит, к какому-либо фармакологическому эффекту. Например, мы снизили давление, но появился понос или увеличилась частота сердечных сокращений. Эти эффекты уже не будут лечебными, потому что данный препарат пациент принимал с другой целью. Во-вторых, часть лекарства, как мы уже знаем из предыдущих глав, под действием защитных систем организма подвергается превращению (биотрансформации) и теряет свою изначальную фармакологическую активность, зато образующиеся вещества (метаболиты) могут обладать какими-то новыми биологическими свойствами и вызывать различные эффекты. У лекарств есть главное – лечебное – действие, на которое рассчитывают, используя препарат в каждом конкретном случае (например, анальгетики применяют для снятия боли, гипотензивные препараты – для понижения артериального давления и так далее). Иногда таких лечебных эффектов бывает несколько, а два-три наиболее ярко выраженных определяют как основное фармакологическое действие лекарственного препарата, так и показания к его применению.

Эффекты, направленные не против болезни, выходящие за рамки цели, ради которой принимается лекарство, называют побочным действием. Согласно определению, побочное действие лекарства – это нежелательные эффекты, которые входят в спектр фармакологической активности препарата и возникают при использовании лекарства в терапевтических дозах (не в случаях передозировки). Побочные эффекты могут возникать при приеме любых лекарств. Их частота достигает 10-20%. Уточните возможное побочное действие лекарства у врача, назначившего данный препарат. Не обладая достаточной избирательностью, лекарственные средства влияют на функции многих тканей и органов (в том числе непораженных болезнью). Какие-то негативные влияния лекарственного препарата, не выходящие по интенсивности или продолжительности воздействия за пределы зоны устойчивости, организм может “нейтрализовать собственными силами”. В других случаях, когда состояние организма как системы вышло за пределы зоны устойчивости, проявляется побочное действие лекарства.

Побочное действие может быть первичным и вторичным. Первичное действие возникает как прямое следствие влияния данного препарата на субстрат, например, при раздражающем действии вещества на слизистую оболочку желудка возникают тошнота, рвота, болевые ощущения. Вторичное побочное действие развивается косвенно вследствие приема препарата, например, гиповитаминоз и дисбактериоз при подавлении кишечной микрофлоры антибиотиками. Подробнее об этом будет сказано чуть позже.

Конечно, большинство побочных эффектов слабо выражены, относительно легко переносятся пациентом (умеренная тошнота, головная боль и так далее) и исчезают после прекращения приема или снижения дозировки препарата. Однако есть и такие, которые могут быть тяжелыми и даже угрожающими жизни пациента (поражения печени, почек, значительные нарушения кроветворения – апластическая анемия и другие). Считается, что 0,5-5% больных нуждаются в больничном лечении от неблагоприятных реакций на препарат. Прежде чем назначить лекарственное средство больному, врач оценивает возможный риск (графы “Противопоказания”, “Побочное действие”, “Меры предосторожности” в инструкции или справочниках) и убеждается, что препарат не нанесет ущерба состоянию здоровья пациента.

При введении лекарства через рот (перорально) первым испытывает его воздействие желудочно-кишечный тракт. В таких случаях побочными явлениями могут быть разрушение эмали зубов, стоматит, желудочно-кишечные расстройства – раздражение слизистой оболочки, тошнота, ощущение вздутия живота, потеря аппетита, запор или понос, нарушение пищеварения и так далее. Подобные реакции, как правило, быстро проходят после прекращения приема препарата. Ряд лекарств может стимулировать выделение соляной кислоты, замедлять выработку защитной слизи или процессы естественного обновления слизистой оболочки, что создает предпосылки для образования изъязвлений. Такой эффект называют язвенным (от английского ulcer – язва), им обладают гормоны коры надпочечников из группы кортикостероидов (глюкокортикоиды), анальгетики, средства, обладающие выраженной противовоспалительной активностью и оказывающие, кроме того, обезболивающее и жаропонижающее действие.

Относительно часто при приеме лекарств страдают печень и почки. Почему? Печень является барьером между сосудами кишечника и общей системой кровообращения. При приеме внутрь все лекарства проходят через печень, прежде чем попадают в общий кровоток. Именно она принимает на себя первый удар и именно в ней накапливается и подвергается биотрансформации большинство лекарств. При этом чем дольше лекарство удерживается в печени, тем выше вероятность нарушения ее функций и структуры. Осложнения на печень нередко возникают при использовании галогеносодержащих препаратов, препаратов мышьяка, ртути, некоторых антибиотиков и так далее.

Почки являются органом выведения. Через них из организма выводятся многие лекарственные вещества – в неизменном виде или после ряда превращений. Накопление этих веществ в почках является предпосылкой для проявления токсического действия на этот орган (нефротоксичности). Таким эффектом обладают антибиотики стрептомицин, гентамицин, неомицин и другие представители аминогликозидов, бутадион, сульфаниламидные препараты, сосудосуживающие средства и другие.

Побочное действие лекарств может проявляться в нарушении некоторых функций нервной системы. Нервные клетки особенно чувствительны к химическим веществам, поэтому лекарства, проникающие через барьер, отделяющий центральную нервную систему от крови (его называют гематоэнцефалическим), могут вызывать головную боль, головокружение, заторможенность, нарушать работоспособность. Длительное применение некоторых препаратов опасно более серьезными осложнениями. Так, препараты, оказывающие тормозящее влияние на центральную нервную систему (нейролептики) могут стать причиной развития депрессии и паркинсонизма, а снижающие чувство страха и напряжения (транквилизаторы, или анксиолитики) – нарушить походку, возбуждающие средства – вызвать длительную бессонницу и так далее. Упомянутые выше антибиотики аминогликозидного ряда (стрептомицин, гентамицин, неомицин и другие) иногда поражают слух и вестибулярный аппарат.

Появление антибиотиков широкого спектра действия также породило ряд связанных с их применением осложнений. Во-первых, антибиотики вызывают гибель и распад вызвавших заболевание микробов, что увеличивает поступление в кровь токсинов – ядов, вырабатываемых этими микробами. Это резко обостряет все симптомы заболевания и требует проведения дополнительной терапии для нейтрализации токсинов. Во-вторых, антибиотики не всегда разбирают, кто враг, а кто друг, и вместе с возбудителями заболевания поражают “дружественные” человеку микроорганизмы, составляющие его естественную микрофлору. В результате изменяется соотношение и состав микроорганизмов, сосуществующих в желудочно-кишечном тракте (дисбактериоз). Защита организма резко ослабевает, и в этих условиях могут начать размножаться ранее “дремавшие” микробы, деятельность которых подавляла естественная микрофлора. Наиболее часто встречается кандидоз (его вызывает грибок рода кандиды). Он поражает слизистые оболочки и кожу, лишившиеся природной защиты. Чтобы предотвратить это осложнение, антибиотики комбинируют с противогрибковыми средствами. На фоне дисбактериоза могут возникнуть и более серьезные дополнительные инфекции, которые чаще всего поражают дыхательные пути и особенно органы пищеварения.

Одним из наиболее опасных осложнений от применения лекарств является угнетение кроветворения – анемия (при большинстве форм которой происходит снижение числа эритроцитов – красных кровяных тел) или лейкопения (снижение числа лейкоцитов – белых кровяных тел). Так могут действовать некоторые

антибиотики (например хлорамфеникол), нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, фенилбутазон и другие), противотуберкулезные препараты и другие. Разрушение клеток крови иногда обусловлено аллергическими реакциями, причиной которых может стать применение, например, метилдофы, Анальгина, хинидина и других.

Часто встречающимся осложнением лекарственной терапии являются реакции повышенной чувствительности организма на препарат (аллергические реакции). Лекарство – чужеродное для организма вещество (антиген), поэтому при первом контакте с ним или его комплексом с белком могут образовываться белки крови (антитела), которые защищают организм от “чужака”. При последующем введении такое лекарство-антиген взаимодействует с антителами, и развивается аллергическая реакция, которая может проявляться кожной сыпью, зудом, отеком и другими, иногда более опасными, симптомами. Наиболее сильными веществами, вызывающими аллергию (аллергенами), среди лекарств являются пенициллиновые антибиотики, сульфаниламидные средства, местные обезболивающие средства (местные анестетики), профилактические или лечебные средства, получаемые из убитых или ослабленных культур микроорганизмов, их токсинов или антигенов (вакцины), анальгетики.

Некоторые лекарственные средства способны вызвать фотосенсибилизацию у пациента – повышение чувствительности организма к действию солнечного (ультрафиолетового) излучения, обычно выражающееся воспалением подвергшихся воздействию света участков кожи и слизистых оболочек. Это проявляется ощущением зуда, жжения, отеком и покраснением пораженного участка кожи. Фотосенсибилизирующие препараты могут вызывать преждевременное старение кожи, а также ожоги глаз, снижение иммунитета, аллергические реакции и в редких случаях у предрасположенных пациентов – рак кожи (меланома). Пациентам, вынужденным принимать лекарственные средства, вызывающие фотосенсибилизацию (такая информация указана на упаковке или в инструкции к препарату), во время их приема следует избегать посещения соляриев, физиотерапевтического лечения (ультрафиолетовые лампы), воздействия прямых солнечных лучей и пользоваться солнцезащитными средствами (очки, лосьоны и кремы для открытых участков кожи и так далее). Во время лечения препаратами, обладающими фотосенсибилизирующими свойствами, необходимо избегать посещения соляриев, физиотерапевтических процедур (УФО), воздействия прямых солнечных лучей. Желательно использовать солнцезащитные средства.

Все вышесказанное относится к лекарствам, принимаемым в дозах, дающих оптимальный эффект (терапевтических дозах). Дозы, превышающие терапевтические, вызывают токсические эффекты. Передозировка – серьезная проблема, особенно в случае таких лекарств, у которых максимально переносимая доза ненамного выше терапевтической. Риск передозировки часто является причиной, по которой врачи отдают предпочтение одному препарату перед другим, если эффективность обоих близка. Например, в качестве успокаивающих или снотворных средств назначают обычно бензодиазепины (медазепам, диазепам), а не барбитураты. Объясняется это просто – бензодиазепины безопаснее при случайной или намеренной передозировке. Более высокая безопасность присуща новым антидепрессантам типа флуоксетина или пароксетина, которые постепенно вытесняют имипрамин или amitриптилин.

Передозировка может быть связана с особенностями воздействия организма на лекарство (фармакокинетики) у конкретного пациента. Например, накопление лекарственного вещества в токсических концентрациях (хотя доза принималась терапевтическая) возможно в результате нарушения его биотрансформации или замедленного выведения. Это случается при заболеваниях печени и почек, особенно в пожилом возрасте. Поэтому таким пациентам врачи уменьшают дозу или частоту приема лекарства. Точное соблюдение предписаний врача и требований инструкции по применению препарата, прием лекарств в назначенные сроки во многих случаях позволяют избежать осложнений. Однако если побочные эффекты все-таки возникают, необходимо сразу обратиться к врачу за консультацией.

Врач может уменьшить дозу, изменить частоту приема лекарства или заменить его другим. Все это сведет к минимуму нежелательные эффекты. Разумеется, подбор необходимого препарата в безопасной дозировке осуществляет врач, но окончательное решение – принимать препарат или нет – остается за пациентом.

#### 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.: ИМР-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.

## ОБЗОРЫ

УДК 163.16:613.64

**ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К РУДОДОБЫВАЮЩИМ ПРОИЗВОДСТВАМ (ОБЗОР)**

*О.А. Абеуова, Н.Р. Рамашов, К.И. Садыков, Р.А. Мыктыбаева, А.Б. Абеуов  
Карагандинский государственный университет им.Е.А.Букетова, г.Караганда*

## ТҮЙІН

Мақалада өндіріс орталықтарындағы аумақта өмір сүретін тұрғындардың денсаулығына әсер ететін антропогендік факторларына кешенді әдеби түйіндеме жасалған.

## SUMMARY

Negative influence of antropogene factors on the humans body in the industrial districts is described in this article.

В наше время деятельность человека приобретает масштабы глобальных процессов, приводящих к изменению естественных биохимических циклов на Земле, нарушению экологического равновесия, что в свою очередь, по принципу обратной связи сказывается на самом человеке [1]. Следовательно, охрана окружающей среды в настоящее время становится одной из важнейших глобальных проблем, так как от ее решения зависит здоровье не только настоящего, но и будущих поколений [2,3].

Несмотря на большой фактический материал, накопленный гигиенистами по оценке влияния техногенного загрязнения среды на здоровье населения, методическая основа выявления и реабилитации отрицательного воздействия экологической обстановки на человека продолжает оставаться еще слабой. Делается попытка выявления и оценка доклинических изменений в организме человека при воздействии малых уровней техногенного загрязнения среды его обитания. Имеющиеся данные явно показывают, что при проведении реабилитационных мероприятий в условиях промышленного загрязнения окружающей среды, они могут являться основными критериями гигиенического мониторинга за здоровьем населения в техногенных зонах. При этом особое значение придается изменениям в организме человека, как критериям, обосновывающим медико-биологические и санитарно-профилактические мероприятия.

Многочисленными исследованиями показано, что к настоящему времени в районах размещения промышленных предприятий, особенно открытых разработках, при широком рассеивании загрязняющих веществ, в окружающей среде образовались техногенные зоны, характеризующиеся неблагоприятными проявлениями по показателям здоровья населения. Вместе с тем техногенные загрязнения среды этими предприятиями характеризуется стабильной многокомпонентностью, особенно в какой-либо одной среде или при одновременном присутствии в атмосферном воздухе, питьевой воде и продуктах питания. Это обуславливается тем, что при открытых разработках рабочие сталкиваются с полиметаллической рудой сложного химического состава, в том числе содержащих одновременно несколько веществ. Не уменьшая гигиеническую опасность загрязняющих веществ, поступающих в окружающую среду с технологическими выбросами, металлы (как неблагоприятный фактор для здоровья человека) требуют особого внимания. Попадая с промышленными отходами во внешнюю среду, они включаются в миграционные циклы и широко распространяются в экологической нише человека. При этом они не подвергаются биогеохимической деструкции, изменяют баланс макро- и микроэлементов в воде, почве, растениях и пр., могут накапливаться на уровнях, превышающих оптимальные величины и, поступая в организм человека и животных, оказывать токсическое действие.

Особый интерес представляет биологическая характеристика металлов, кумулирующихся в окружающей среде. Попадая в организм человека и животных, химические вещества подвергаются процессом биотрансформации, могут связываться с эндогенными субстратами с образованием различных комплексов, выступать в роли аллостерических регуляторов ферментативной активности и прочие. Антропогенные загрязнения окружающей среды через атмосферный воздух оказывают на организм человека отрицательные воздействия и вызывает спектр патологических сдвигов: острые и подострые интоксикации и состояния, проявляющиеся сугубо неспецифическими общеклиническими изменениями, бессимптомные формы, проявляющиеся изменением конечных показателей развития физических, адаптационных и интеллектуальных возможностей человека, бессимптомные формы с длительным латентным периодом.

Почва вокруг городов и поселков на расстоянии в несколько десятков километров загрязнена тяжелыми металлами, нефтепродуктами, химическими соединениями и другими токсическими веществами. Острые экологические проблемы сопровождаются здесь негативными изменениями в здоровье населения. Это сказывается на нормальной деятельности человеческого организма, способствуя развитию острой и хронической заболеваемости [4].

Загрязнение атмосферного воздуха неблагоприятно сказывается на функции органов дыхания, поражение которых отмечается многими исследованиями [5,6,7].

Источником углевода для образования полихлорированных ароматических углеводов являются алкилбензолы, используемые в качестве растворителей. Металлы в данном случае дают каталитический эффект. Оказалось, что атмосферные загрязнения могут вызвать изменения целого ряда биохимических показателей, в частности повышение концентрации пировиноградной и молочной кислот в крови. Снижение общего и увеличение восстановленного глутатиона, изменение липидного спектра мембран и другие [8,9].

При проведении эколого-гигиенических исследований требуются количественные критерии, позволяющие оценить степень риска отдельных факторов окружающей среды для человека. В настоящее время единственным критерием и являются гигиенические нормативы. Регламентация вредных химических веществ как у нас, так и за рубежом сегодня рассматривается как один из инструментов управления качеством окружающей среды [10].

Одним из важнейших факторов, оказывающим значительное влияние на состояние здоровья населения, является водный, но организация системы контроля за загрязнениями, поступающими в водные объекты, невозможно без учета путей их миграции от места сбора до пунктов хозяйственно – питьевого водопользования, возможности концентрации в данных отложениях, биологических объектах, трансформации под влиянием факторов, как водной среды, так и в результате водоподготовки на канализационных, водопроводных и очистных сооружениях. По этой причине разработка гигиенических стандартов и использования их в управлении качеством окружающей среды не всегда обеспечивает выполнение всех звеньев экологической экспертизы. Контроль за отдельными загрязнителями подчас дает искаженное представление об истинной нагрузке на водные объекты [11].

В последнее время возрос интерес к суммарной биологической оценке объектов окружающей среды, в частности, сточных, поверхностных и питьевых вод. Это обусловлено необходимостью интенсификации скрининга поступающих в водные объекты токсических веществ, количество которых столь велико, что не поддается точному учету и попыткой учесть весь комплекс соединений, продуктов их трансформации, а также комбинации химических факторов с физическими и биологическими, иными словами, учесть реальную биогеохимическую активность водной среды.

Загрязнение водных объектов в районах с развитой промышленностью и агрокомплексом обусловлено первичной и вторичной нагрузкой, как бактериальной, так и химической, что формирует непосредственную и потенциальную опасность водоемов. [11,12]. Выпуск неочищенных или недостаточно очищенных сточных вод определяет первичную нагрузку на водоем, непосредственная токсическая опасность, которая для здоровья обусловлена преимущественно кумулятивными ядами и канцерогенами. В составе сточных вод предприятий, имеются соли тяжелых металлов и стабильные высоко-молекулярные органические соединения, хлорлигнинны, полихлорированные бифенилы, диоксины и другие. Низкомолекулярные органические соединения, среди которых выделены мутагены и бластомогены (хлорированные углеводы, бензолы, хлорбензолы, хлорфенолы, формальдегиды и другие). В силу малой стабильности непосредственной токсической опасности не представляют. Однако, способны нарушать водную экосистему в результате генетических изменений в ее элементах. Непосредственная эпидемическая опасность связана со значительным содержанием в сточных водах бактериальных и вирусных загрязнений [10,13].

Потенциальная эпидемическая и токсическая опасность обусловлена вторичной нагрузкой на водоем, в формировании которой основная роль принадлежит данным отложениям и процессам трансформации высокомолекулярных органических соединений. Вклад данного фактора в формирование качества воды от 14 до 69 %, а вклад процессов трансформации в формирование нагрузки на водоем составляет от 12 до 31 %.[14] Широко известны факты положительной корреляции уровня химического загрязнения питьевой воды нитратами, марганцем, солями тяжелых металлов и распространенностью гастритов, урологических заболеваний [15].

Таким образом, резюмируя вышеизложенное можно заключить, что комплекс антропогенных факторов среды в промышленных центрах, оказывает выраженное влияние на состояние здоровья населения соответствующих зон проживания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ревич Б.А. Химические элементы в волосах человека как индикатор воздействия загрязнения производственной и окружающей среды // Гигиена и санитария.- 1990.-№3.-С.55-59.
2. Clarkson J.J., McLoughlin J.Role of fluoride in oral health promotion // Int.Dent J.-2000.-Vol.50, № 3.-P119-128.
3. Кулкыбаев Г.А. Медицина труда в Казахстане // Медицина труда и промышленная экология.-2003.-№ 10.-С.2-8.
4. Devalia J.L., Rusznak C.Wang J. Et.al. Air pollutants and respiratory hypersensitivity// Toxicol. Lett.- 1996.- Vol.86.№ 2-3.-P.169-176.
5. Воронин В.М. Канцерогенные вещества в окружающей среде (обзор)Гигиена и санитария.-1993.-№9.-С.51-57.
6. Horowitz H.S.Decision –making for national programs of community fluoride use// Community Dental.Oral.Epidemiol.-2000.-Vol.28. № 5.-P.321-329.
7. Кузьмина Л.П., Тарасов А.А., Хайбуллина А.З. Клинико – биохимические изменения при воздействии производственных стресс-факторов у шахтеров –угольщикова // Медицина труда и промышленная экология.- 2001.-№8.-С.42-45.
8. Заридзе Д.Г., Земляная Г.М. Загрязнение атмосферного воздуха и заболеваемость городского населения раком легкого// Гигиена и санитария.-1990.-№12.-С.4-7.

9. Гильденскиолод Р.С., Новикова Ю.В. Тяжелые металлы в окружающей среде и их влияние на организм //Гигиена и санитария.-1992.-№5.-С.6-9.
10. Красовский Г.Н., Егорова Н.А. Ведущие оценочные показатели в системе контроля качества воды//Гигиена и санитария.-1990.-№11.-С.27-29.
11. Ткачев П.Г., Синяков Э.Б., Баранов А.В. Об оценке взаимосвязи показателей здоровья населения и качества окружающей среды//Гигиена и санитария.-1993.-№7.-С.13-14.
12. Viegi G., Enarson D.A. Human health effecth of air pollution from mobile sources in Europe//Int. J Tuberc.Zung.Dis.-1998.-Vol.2-№11.-P.947-967/
13. Крятов И.А., Можаяв Е.А.Канцерогенные и другие опасные вещества в воде (обзор)// Гигиена и санитария.-1993.-№9.-С.20-22.
14. Красовская М.Л., Дмитриев М.Т., Куляш Т.А., Растянный Е.Г.Химические и фотохимические превращения производственных выбросов в атмосфере// Гигиена и санитария.- 1984.-№9.-С.9-11.
15. Сидоренко Г.И., Кутепов Е.Н., Гедымин М.Ю. Методология изучения состояния здоровья населения в зависимости от качества окружающей среды// Вест.АМН СССР.-1991.-№1.-С.15-18.

ӘӘЖ 613.951.1:613.953.13

**ЕМІЗУ ЖӘНЕ ЖАСАНДЫ ҚОСПАЛАР (ӘДЕБИ ШОЛУ)**

*К.А.Мұстафина*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

**РЕЗЮМЕ**

В данном обзоре оценены преимущества естественного вскармливания и даны сведения об искусственных смесях, применяемых в питании детей первого года жизни в разных городах.

Рациональное питание детей первого года жизни является одним из важнейших условий, обеспечивающих их адекватный рост, развитие и устойчивость к инфекциям и другим неблагоприятным внешним факторам.

Естественное вскармливание грудного ребенка материнским молоком идеально отвечает особенностям его пищеварения и обмена веществ, формирует благоприятную микрофлору пищеварительного тракта и обеспечивает адекватные процессы пищеварения в организме.

**SUMMARY**

This article is devoted to the advantage of natural feeding and information about artificial medley, using for the feeding of children of one year.

Rational feeding of children during the first year of life is one of the most important facts, that provide the children's adequate growth, development and resistance to the infections and other unsavourable factors.

Natural feeding of an infant with mothers milk is wonderful for his digestion and metabolism, forms suitable mikroflora in the alimentary tract and provides adequate processes of digestion in the body.

Емшек емген балалардың ағзаларында антиденелер, қорғану факторлары (макрофаг, лизоцимдер), секреторлы иммуноглобулиндер бар. Адам сүтіндегі лимфоциттер асқазан-ішек жолдарына түскенде сол жердің иммунитетін арттырады, лизоцим мен макрофагтар микрофлораларға әсер етеді. Ана сүтіндегі комплимент пен лактофериннің бактерияға қарсы қасиеттері бар. Лактофериннің ДНК, простогландин Е2 түзетін қасиеті соңғы кезде ашылды, олар ішектің қозғалу, асқазан сөлін шығару қасиеттерін, сілемейлі қабаты тіндерінің дамуын арттырады, ішектегі зиянды флораларды әлсіретеді. Ішектің сілемейлі қабаты өткізгіштігінің әсерінен, сиыр сүтіндегі ақуыздар одан тез өтіп, реактин, простогландин Е-ні бала дүниеге келгеннен соң бірінші күннен бастап-ақ түзе бастайды, сөйтіп балада аллергия басталады. Ал, адам сүтінің ақуызында ондай антигендік қасиет жоқ, сондықтан аллергия болмайды. Адам ағзаларының өсіп-даму дәрежесі генетикалы жоспарланған және ол зат алмасуға да байланысты. Адам сүтіндегі галактоза, фосфатидтер орталық жүйке жүйесінің жетілуіне әсер етеді. Емізу, ана мен бала арасындағы қарым-қатынасқа, баланың келешектегі мінез-құлқына жақсы әсер етеді, жасанды қоспалардың небір жақсы түрлері ана сүтін ешуақытта ауыстырмайды, ауыстырмақ емес, әсіресе 0-4 айлық арасы жасындағы балаларда.

Нутриенттер	0-2 ай	3-5 ай	6-4 ай	1-3 жас	3-7 жас	7-10 жас	11-13 жас ұлдар	11-13 жас қыздар	14-17 жас ұлдар	14-17 жас қыздар
Ақуыздар барлығы, гр	-	-	-	53	68	79	93	85	100	90
Соның ішінде майлық ақуыз,гр	-	-	-	-	-	-	56	51	60	54
Ақуыздар, г/кг	2,2	2,6	2,9	-	-	-	-	-	-	-
майлық ақуыз, барлығы гр,	-	-	-	53	68	79	93	85	100	90



Сол сияқы өсімдік майлары	-	-	-	5-10	11	16	19	17	20	18
Майлар г/кг	6,5	6,0	5,5	-	-	-	-	-	-	-
Линолен қышқылы г/кг	0,7	0,7	0,7	-	-	-	-	-	-	-
Көмірсулар,гр.	-	-	-	212	272	315	370	340	400	360
Көмірсулар,г/кг.	13,0	13,0	13,0	-	-	-	-	-	-	-
Кальций мг	400	500	600	800	120	1100	1200	1100	1200	1100
Фосфор мг	300	400	500	900	1450	1650	1800	1650	1800	1650
Магний мг	55	60	70	150	300	250	350	300	300	300
Темір мг	4	7	10	10	15	18	18	18	18	18
Цинк,мкг	3	3	4	-	-	-	-	-	-	-
Йод МЕ	40	40	50	-	-	-	-	-	-	-
А вит. орт.экв.мкг	400	400	400	450	500	700	1000	1000	1000	1000
В вит. МЕ	-	-	-	7	10	10	12	10	15	12
Е вит.,мг	3	3	4	-	-	-	-	-	-	-
Д вит,мкг	10	10	10	10	2,5	2,5	-	-	-	-
Д вит.МЕ	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100
В1 вит мг	0,3	0,4	0,5	0,8	1,0	1,4	1,6	1,5	1,7	1,6
В2 вит мг	0,4	0,5	0,6	0,9	1,3	1,6	1,9	1,7	2,0	1,8
В6 вит мг	0,4	0,5	0,6	0,9	1,3	1,6	1,9	1,7	2,0	1,8
РР вит. миг.н.э.	5	6	7	10	12	15	-	-	-	-
РР вит,мг	-	-	-	-	-	-	18	16	19	17
В12 вит мкг	0,3	0,4	0,5	1,0	1,5	2,0	0,3	0,3	0,3	0,3
Фолацин,мкг	40	40	60	-	-	-	-	-	-	-
Энергия ккал, барлығы	-	-	-	1540	1470	2300	2700	2450	2900	2500
Энергия ккал/кг	115	115	110	-	-	-	-	-	-	-

**Кесте 1 Баланы тамақтандырудағы нутрициология мен физиологиялық қалыптар**

Емізу (табиғи тамақтандыру, биологиялық тамақтандыру) – 1-1,5 жасқа келгенге дейінгі баланың жалғыз ғана адекватты тамақтандырылуы. Баланы ана сүтімен емізбеу - келешектегі оның дамуына, мейлінше адамгершілігінің азаюына, сонымен қатар ана сүтінен басқамен қоректеніп өскен балада сол индивидумның әсері болуы мүмкін.

**Терминология. Табиғи тамақтандыру** – баланың өзінің туған анасының емшегін аузымен сорып емуі. Ана сүтін сауып, кеседен, зондпен, шөлмектен, пипеткадан беру температуралық өңделген ана, донорлық сүт беру - табиғи тамақтандыруға жатпайды.

**Аралас тамақтандыру** – ең аз дегенде тәулігіне 1 рет емізу (ана сүті 100-150 мл-ден көп, қалған уақытта жасанды қоспалар беру). Жасанды тамақтандыру дегеніміз тәулігіне бір рет немесе ана сүтінің тәуліктік көлемі 50-100 мл-ге дейін болса, қосымша қоректің барына, ия жоғына қарамастан баланы шөлмекпен жасанды қоспалармен қоректендіру. Босанғаннан соң алғашқы 4-5 күнде уыз, сосын уақытша сүт және 2-3 аптадан соң жетілген сүт шығады.

Ана сүті	Ақуыз	Қант	Май
Уызы	58	40-76	28-41
уақытша сүті	23-14	57-76	29-44
жетілген сүті	9-18	73-75	33-34

**Кесте 2 Уыз, уақытша сүт, жетілген адам сүтінің құрамдары**

Уыз, қою, желімді, түсі сары немесе сұрғылт-сары сұйық зат. Ана уызында ақуыздар, А-витамині 2-10 есе артық, аскорбин қышқылы 2-3 есе көп. Казеин жоқ, тек 4 -ші күннен бастап пайда болады. Альбумин, глобулин фракциялары көп - 58 г/л, ал жетілген сүтте - 9-18 г/л. Иммуноглобулиндер түзетін лейкоцит-лимфоциттер бар. Бала қанының сарысуының құрамына ұқсас болғандықтан уыздағы ақуыздар өзгермеген түрде сіңеді. Уыз іштегі амниотропты қоректенудің маңызды жалғастырушысы болып табылады.

Ана сүтін емген балалар міндетті түрде жасына сай болып өседі. Олар салмақты, өмірге көзқарасы маңызды, кең, сирек ауырады, қандай ауруды да жеңіл көтереді, тез жазылады. Әсіресе ана мен баланың қарым-қатынасы осы емізу кезінде басталады.

**Емізудің тиімді он принциптері.** Емшекпен емізу тәжірибесі жөнінде бекітілген ережені қатаң сақтау және оны барлық медицина қызметкерлеріне жүйелі түрде мәлімдеу; осы саясатты іс жүзіне асыру үшін, қажетті ережелерге барлық медицина қызметкерлерін оқыту; барлық жүкті әйелдерді емшекпен емізудің артықшылығы мен әдістері жөнінде хабардар ету; босанғаннан кейін жарты сағат ішінде емшекпен емізуді бастау үшін аналарға көмек көрсету; бөпелерінен бөлек болатын жағдайда, емшекпен емізу мен лактацияны қалай сақтау керек екендігін аналарға көрсету; жаңа туған нәрестелерге емшек сүтінен басқа тағамдар тек дәрігердің кеңесі бойынша берілсін; ана мен нәрестенің бірге бір палатада болуын тәжірибеге енгізу; нәрестені қажетінше емшек емуге ынталандыру; емшек еметін нәрестелерге алдандыратын немесе жұбататын жасанды

заттарды (еміздік, бөтелке) берму; емшекпен емізуді қолдайтын топтардың болуын жандандыру және перзентханадан шыққаннан кейін аналарды сол топтарға жолдау.

Емізу – анасының сәбиіне бере алатын, оның өміріндегі маңызды бастамасы болғандықтан, нәресте денсаулығын сақтаудың жақсы тәсілі болып табылады. Емізудің артықшылықтары. Ана сүті: ана сүті тек сол балаға арналғандықтан, өмірінің алғашқы 6 айында ол оның ең тиімді қорегі болып табылады; адам сүті құрамында нәрестеге қажетті барлық қоректік заттары бар және тез қорытылады; нәрестені әртүрлі инфекциялардан қорғайды; емшек сүті әр уақытта пайдалануға дайын, әрі жылы, стерильді, таза және тегін; нәрестенің физикалық және ақыл-ойының дамуына ықпал етеді.

Емізу: анасы мен бөпесінің арасындағы тығыз байланыс; босанғаннан кейін, алғашқы 6 айда кезекті жүктілікті жиі болдырмайды; анемия, емшек пен аналық бездерінің қатерлі ісіктері сияқты аурулардың даму қаупін төмендетеді.

Емізудің сырлары: Дұрыс емізу қағидасы – емізу ауыртпайтындай болу үшін, қолдан келетін барлық жағадайды жасау. Емізген уақытта анасы отыруға немесе жатуға болады, ең бастысы - анасы өзін ыңғайлы сезінуі шарт, емізген кезде баланы қалай ұстағанның да маңызы зор. Ол үшін келесі негізгі 4 ережені есте сақтаған жөн: нәрестенің басы мен денесі бір сызықтың бойында орналасады; баланың беті емшекке бұрылып, оның мұрны емшек ұшына қарама-қарсы тұрады; баланы бауырға қысып, анасының ішімен баланың іші тиіп тұрады; баланың басы мен иығын ғана емес, сонымен бірге оның барлық денесін де қолмен ұстау керек.

Егер бала дұрыс және тиімді еметін болса, баланы неғұрлым көбірек емізе – соғұрлым сүт көп бөлінеді. Ана мен нәрестенің бірге болуы және қажетінше емізудің артықшылықтары: ана мен нәрестенің арасындағы сүйіспеншіліктің қалыптасуына жағдай жасайды, ана бөпесін жақсы түсінуге үйренеді; нәресте аз жылап, оны бөтелкеден емізу себебі азаяды; емшекпен емізуге анасының сенімділігі артады; емшекпен емізу ұзаққа созылады.

Қажетінше емізудің артықшылықтары: сүт тезірек келеді; нәрестенің салмағы тез өседі; сүт безінің катаюы сияқты қиындықтар азаяды; нәрестені емшекпен емізуге тез үйрету жеңілрек болады.

Ананың жетілген сүті. Төмендегі 3-ші кестеде көрсетілгендей сиыр сүтінің құрамы түбірімен ана сүтінен айрықша: онда казеинді ақуыз, кальций, фосфор, калий, натрий, цинк, В1 және В2 витаминдері өте көп. Керісінше линолен қышқылы, Е, С, А витаминдері және көмірсудың деңгейлері төмен. Сиыр сүті құрамындағы ақуыз казеинінің басымдылығы (80%), баланың асқазанында ірідисперсиялы ақуыздың сіңірілуі өте нашарлайды. Ана сүтінде полиқанқытырылмаған май қышқылы (ПҚМҚ), әсіресе линолен қышқылы (0,4-0,5 г/100 мл сиыр сүтіне қарсы - 0,09 г/100 мл), сол сияқты сәбидің биомембранасын, бас миы мен көз торшасын белсендіретін простогландиндер, эйкозаноидтар қатарын (тромбоксандар, простаглицлиндер ж.т.б.) түзетін, тамақтануда теңдесі жоқ омега-3 бар, және де ана сүтіндегі ПҚМҚ-дағы омега-6 мен омега-3-тің бір-біріне қатынасы өте оптималды 10:1-7:1 (сиыр сүтінде керісінше 0,9:1). Ана сүтінің май қышқылды триглицеридтері мен фосфолипидті құрылысы, витаминтәрізді қосындысы - карнитин, бөбек организміндегі жасушаішілік транспортты және май қышқылының тотықтануын қамтамасыз етеді.

Нутриенттер	Ана сүті	Сиыр сүті
Ақуыздар, г	0,9-1,3	2,8-3,2
Сарысулық ақуыздар, %	65-80	20
Казеин, %	35-20	80
лактальбумин, мг	-	30,0
Майлар, г	3,9-4,5	3,2-3,5
Линолен қышқылы, %	13,0	1,6
ПҚМҚ /ҚМҚ	0,40	0,04
Омега-6/омега-3 ПҚМҚ қатынасы	10:1-7:1	0,9:1
Көмірсулар, г	6,8-7,2	4,8
Минералды тұздар:		
Кальций, мг	34,0	120,0
фосфор, мг	14,0	95,0
Кальций/фосфор	2,1-2,4	1,2-1,3
натрий, мг	17,0	77,0
калий, мг	50,0	143,0
Микроэлементтер:		
темір, мг	0,12	0,40
цинк, мг	6,0	12,0
йод, мкг	1,50-2,00	4,0
селен, мкг	1,50-2,00	4,0
Витаминдер:		
А, мг	0,06	0,03
Е, мг	0,24	0,06
С, мг	5,20	1,10

В1, мкг	14,0	43,0
В2, мкг	37,0	156,0

**Кесте 3 Адам сүті мен сиыр сүтін салыстыру**

**Қосымша қорек (прикорм) беру.** Белгілі бір қосымша қоректерді белгілі бір жаста міндетті түрде балаға беру керек деген бұрынғы концепциялар, қазіргі кезде қайта талқыланып белгілі бір жүйеге келгендей. Негізінде сәбиге қосымша тамақ беру, бермеу мәселесі емшек сүтінің құндылығына, көлеміне, баланың дұрыс өсіп, дамуына тікелей байланысты. Осы аталған мәселелер баланың өсу кезеңдерінде дұрыс шешіліп отырса, онда сәбиді қосымша қорексіз 1-1,5 жасқа дейін емізуге болады. Егер анасы емшектегі баласының тамақ жетіспеген жайсыздығын сезсе, онда міндетті түрде жасы 4 тен 6 айға дейінгі уақытта қою қосымша қоректер беру керек.

Сонымен, жасы 4-6 айлық сәбилер, тәулігіне 1-2 шәй қасықтан көкөніс, жеміс бөкпелерін, педагогикалық немесе „үйрету” қосымша қорек ретінде алу керек. „Үйрету” қорегі, баланың әртүлі астың дәмін біліп, шайнап, әрі қарай қорек алуға дайындайды. Қосымша қорек беру мерзімі төмендегі көрсетілген баланың жетілу белгілеріне негізделген: 1.Аузындағы тамақты тілімен шығарып тастамай, әрі қарай жұту рефлекстері өзара байланысты жұмыс істегенде. 2.Бала аузына түскен нәрсені, еміздікті шайнай бастағанда. „Үйрету” қорегі ретінде 5-20 г. алма немесе жеміс бөкпесін қантсыз береді. Шәй қасықтың ұшымен тілінің ортасына, бала еміп болғаннан кейін (бірақ әлі онша тоймағанда) салады. Бала қоректі жақсы жегенде бірте-бірте оны емгенге дейін беруге болады. Аллергиялық реакциялар болса, қосымша қоректі ұзаққа дейін бермеу керек.

Басты немесе энергиялық қосымша қоректі береді, егер бала ана сүтіне тоймаса, бала мазасызданса, жиі емсе, түнде жиі оянса, аз зәр шығарып, алкен дәреті азайса. Кейбір емшекке жарымаған сәбилер әлсіз, қимылсыз жатады, жыламайды, 1-1,5 аптадан кейін арықтай бастайды. Мінеки, осы жағдайларда қосымша қорек берудің басты шарттарының болуымен қатар, төменгі көрсеткіштерді есепке алу керек: жасы 5-6 айдан жоғары; қою тамақты жұтуға үйренген; тісі шыққан немесе тісін жарған; сенімді отырып, басын ұстауда (тамақтан басын алып қашқандай); ас қорыту ағзаларының қою тамақты аллергиялық реакциясыз қорытатындай халге жетуі.

Алдымен қосымша қоректі 1-2 шәй қасық беріп байқайды, бала жақсы алатын болса, қорек көлеміне тезірек 100-150г. дейін өсіреді (көкөніс, жеміс-жидек бөкпесі, қантсыз, майсыз, тұзсыз қарақұмық немесе күріш ботқасы). Қосымша қоректі кеңейтудің келесі қадамдарын бөлуге болады: үйрету қорегі (жемістер немесе көкөніс); тек көкөніс бөкпесі (картофель, сәбіз, капуста, шпинат); глютенсіз ботқалар (күріш жүгері, қарақұмық) өндірістік болғаны абзал. Егер, ботқа үйде дайындалса, бірінші 2 аптада су қосылмаған таза сүтке пісіреді. Айдан кейін бір қорек бөкпе, бір қорек ботқа ретінде беріледі; көкөніс бөкпесін еттің, балықтың, құстың етімен қосып дайындайды, мұндай қорекке бала 1-1,5 айдай үйренеді; бидай ұнынан пісірген бота; бала тамағын сиыр сүтіне ауыстырушы қоспаларға ауыстыру немесе бейімделген сүттерге (сүт, йогурт, творог), цитрустар мен шырындар, пісірілген жұмыртқа уызы; тістеп жеуге үйрете бастау, печенье, нан, кесілген жеміс, буланған котлеттер, майдаланған көкөністер.

Өндірістік азық-түліктерге қойылатын талаптар: біркелкілік, түйіршіксіз. Қоюлық, экологиялық тазалық, микронутриенттер мен ТТ-ның көптігі. Қосымша қоректерді балаға беру, емізуді ығыстырумен жүретіндігі түсінікті, бірақ жасқа толмаған бала қанша қорек алса да ана сүтінің тәуліктік көлемі 600-700 мл-ден кемімеуі керек. Лактацияны мүмкіндігінше ұзартып, 2 жастағы баланы күніне 1 рет емізгеннің өзі оның дамуына оң себебін тигізетіні ғылыми түрде дәлелденген. Бала жасының бірінші айларындағы тамақтың реттік көлемі бірінші 3-4 кварталда 200-400 гр болады да, тамақтану жиілігі 4 ретке азаяды (түнгі тамақтануды есептегенде). Бір жастан кейін 3 рет негізгі, 1 рет жеңіл (сүттік немесе шырын, жеміс) тамақтанады. Емізу сиреген сайын анасының да сүті тартылады. Әйел емшегін таңып тастаса, сұйықты аз ішсе сүті тезірек қайтады. Қосымша қорек бергенде де балаға еміреніп, майдайынан сипап отырып тамақтандырған жөн. Тамақтың түсі, иісі, тамақ салынған ыдыстың түрі баланың тәбетін ашатындай болғаны қажет.

Азықтар	Жасы, ай							Ескерту
	4	5	6	7	8	9	9-12	
жеміс шырыны	5-30	40-50	50-60	60	70	90	90-100	3-айдан
Жеміс бөкпесі	//	//	//	//	//	//	//	3,5- айдан
Творог, сыр	-	10-30	40	40	40	50	60	5- айдан
Уыз	-	-	0,25	0,5	0,5	0,5	0,5	6- айдан
Көкөніс бөкпесі	-	100	150	150	170	180	200	4,5 айдан
Сүт ботқасы	-	-	50-100	150	150	180	200	5,5-6,5 айдан
Ет бөкпесі	-	-	-	5-30	50	50-60	60-70	7- айдан
Кефир	-	-	-	-	200	200	200-400	7,5-8- айдан
Сүт	-	-	-	-	-	-	400	
Бидай	-	-	-	5	5	5	10	7- айдан
Нан,сухари, печенье	-	-	3-5	3-5	5	5	10-15	6-ай
өсімдік майы	-	1-3	3	3	5	5	6	4,5-5 айдан

Сары май	-	1	1-4	4	4	5	6	5- айдан
----------	---	---	-----	---	---	---	---	----------

**Кесте 4 Табиғи тамақтандырудағы 1 жастағы баланың қосымша қоректері**

Жасанды тамақтандыру. Ана сүтінің орнына қолданатын қоспалар құрғақ, сұйық (қолдануға дайын), қышқыл және тұщы болады. Олар ана сүтінің құрамына, бірінші жастағы балалардың метаболизмдік ерекшеліктеріне максималды жақындатылған, бейімделген (бейімделген).

Ана сүтінің орнына қолданатын қоспалар	
Құрғақ	Құрамы сарысулық ақуызбен, тауринмен, карнитинмен байытылған бейімделген Тек сарысулық ақуыздармен байытылған бейімделген Бейімделген казеин формулаларымен. Жарым-жартылай бейімделген формулаларымен. «Келесі» формулалы.
Қышқыл	Тұщы
Қышқыл	Тұщы

**Кесте 5 Ана сүтінің орнына қолданылатын қоспалардың басты түрлері**

Максималды бейімделген ана сүтін ауыстыратын қоспаға жататын сұйық қоспалар: «Агу» зарарсызданған (тұщы) және сүтқышқылды (Россия); құрғақ қоспалардың көпшілігі, сол сияқты «Нан» (Швейцария), «Нутрилон» (Голландия), «Бэби» (Словения), «Пре-ХиПП» және «ХиПП-1» (Австрия), «Энфамил-1» (США), «ХуманаГ» (Германия), «Сэмпер-Бэби-1» (Швеция), «Фрисолак» («Фрисланд», Голландия) ж.т.б.

Аз бейімделген «казеин формулалы» атты қоспаларға жататындар «Симилак» (АҚШ), «Нестожен» (Швейцария) ж.т.б. Олардың ақуызды құрамы ана сүтінің құрамынан алшағырақ.

Өткен ұрпақтар ана сүтінің орнына қолданылатын қоспалардың қатарына «Малютка», «Малыш» (Россия), «Анпамил» (Германия) ж.т.б. жатады. Бірақ, соңғы кездері «Малютка», «Малыш» қоспаларын «Истра-Нутриция» АҚ Россиямен қосылып витаминдік, минералдық құрамдарын жақсартып шығарып жүр. Сонымен қатар «Малютканың», тез ерігіш варианты «Малютка Истринская» деген атпен шығады. Соңғы кездері «кейінгі қоспалар» («последующих смесей») - деген, 5-6 айлықтан бастап беретін, шетелдерде шығарылған ауыстырғыштар шығып жатыр. Кейінгі қоспалар ана сүтіне аз бейімделген, құрамында крахмал мен сахароза, бала организміне қажетті анемияны алдын алу үшін қолданылатын темір бар. Олардың, «последующих смесей» қатарына «Агу-2» тұщы және қышқылсүтті, «Нан» 6 айдан 12 айға дейін (Голландия), «Нутрилон-2» (Голландия), «Галлия-2» (Франция), «Сэмпер-Бэби-2» (Швеция) ж.т.б. Төменгі кестелерде жасқа дейінгі балаларды жасанды тамақтандырудың жобасы (кесте 4) және қызығушы оқушы қауымы үшін ауыл шаруашылығындағы малдар сүтінің құрамы (г/л) – кесте 7 келтірілген.

Азықтың түрлері	Жасы, айы									
	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	9-12
Ана сүтін ауыстырғыштар	700-800	800-900	800-900	800-900	400	400	300-400	350	200	200
Көкөніс шырыны	Көрсеткіш бойынша			5-30	40-50	50-60	60	70	80	90-100
Жеміс бөкпесі	Көрсеткіш бойынша			-	-	50-60	60	70	80	90-100
творог				-	-	40	40	40	40	50
Сары уыз				-	10-150	-	0,25	0,5	0,5	0,5
Көкөніс бөкпесі				-	-	150	150	170	180	200
ботқа				-	-	50-150	150	170	180	200
Ет бөкпесі				-	-	-	5-30	50	50	60-70
Кефир, сүт өнімдері				-	-	-	200	200	400	400
Нан				-	-	-	-	5	5	10
Сухари, печенье				-	3	3-5	5	5	10	10-15
өсімдік майы				-	-	3	3	5	5	6
Сары май				-		4	4	5	5	6

**Кесте 6 Жасқа дейінгі баланы жасанды тамақтандырудың жобасы**

Малдар	Құрғақ заттар	Ақуыздар	Майлар	Сүттік қант	Теннер бойынша қышқылдылық
Ешкі	139	41	44	44	17
Қой	185	57	72	43	25
Буйволица	176	41	7	48	17
Түйе 1 өркешті	124	37	40	48	---
Түйе 2 өркешті	162	38	54	50	---

Солтүстік бұғысы	357	109	197	36	---
Жылқы	105	19	16	64	6,5
Есек	98	18	13	60	6,0

## Кесте 7 Ауыл шаруашылығындағы малдар сүтінің құрамы (г/л)

Сонымен, баланы рационалды тамақтандырудың «алтын стандарты» - ана сүті. Баланы емізуге болмайтын жағдайда жасанды қоспаларды таңдай отырып, келесі ережелермен санасу қажет: сәбидің жасы, баланың бірінші 2-3 апталығында тұщы қоспаларды, сосын тұщы мен сүтқышылды қоспаларды рационға жартылай қатыстырып; адаптациялану дәрежесі – бала жас болған сайын қоспаның ана сүтіне бейімділік қасиеті басымырақ болуы қажет, 5-6 айға дейін ешқашанда «кейінгі» - последующие смеси, кефир және басқа бейімделмеген, сиыр сүтін беруге болмайды.

## ӘДЕБИЕТТЕР

1. Геппе Н.А. Справочник врача по педиатрии. Москва-2002г. с. 47.
2. Шабалов Н.П. Неонатология Москва – 2004г. т.1 с. 354-379.
3. Куанышбекова Р.Т. и соавт. Работа участкового врача с детьми раннего возраста здоровыми и из групп здоровья. Алматы – 2003г.с. 23-48, 49-69.
4. Муминов Т.А. Лекции по педиатрии. Алматы –2002г.с. 71-74.
5. Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ Женева 1989г.
6. Ежова Н.В., Ермакова О.Э. Вскармливание детей раннего возраста Минск, 2003г. с.352.
7. Шарманов Т.Ш., Машкеев А.К. Кисломолочные смеси в детском питании. Алматы 2001г. с.145.
8. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. М.2002.
9. Матвейков Г.П. Справочник семейного врача Минск –2000г. с.37, 53-55.
10. Парийская Т.В., Орлова Н.В. Справочник педиатра. С-Пб – 2002г. с.14-22.
11. Доценко В.А., Батырев М.И. Грудное вскармливание С-Пб – 2003г. с.128
12. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases, Сер. техн. докл. ВОЗ, ВОЗ, Женева, 1990, с. 797.
13. Конь И.Я., Рациональное вскармливание и здоровье детей: современные аспекты, Росс. педиатр, журнал, 1999, N2, с. 45-48.
14. Воронцов И.Н., Фатеева Е.М., Хазенок Л.В. Естественное вскармливание, Спб, 1993, с. 198.
15. Handbook of Milk Composition, Jernek, Ed., New York, London, Acad. Press, 1995, p. 910. Pomon S.J., Nutrition of Normal Infants, Mosby, 1993, p. 410.
16. Лешкевич И.А., Фатеева Е.М., Конь И.Я. и др. Вопросы организации здравоохранения и история медицины, 1997, N5, с. 13-17.
17. Heird W.C. Nutritional Requirements during Infancy, In: Present Knowledge in Nutrition, ILSI Press, Washington, DC. 1996, p. 396-403.
18. George D.E., De Francesca B.A. Textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy, 2nd Ed, Lebentbal E., Ed., New York, Raven Press, 1989, p. 239.
19. Geigy Scientific Tables, 7th Ed., Basel, Ciha-Geigy Ltd., p. 688-689.
20. Innis S.M. Essential Dietary Lipids, In: Present Knowledge in Nutrition, ILSI Press, Washington, DC, 1996, p. 58.
21. Carbon S.E. Long Chain Polyunsaturated Fatty Acids in Infants and Children, Annales Nestle, 1997, v. 55, p. 52-62.
22. Bergstrom E., Hennel O. Dietary Kits and Prevention of Atherosclerosis, Ibid, p. 43-51. Wong W.W. Feeding and Regulation of Cbolesterol Metabolism, In: Long Term Consequences of Early Feeding, 36th Nestle Workshop, 1995, p. 14-16.
23. Lonnerdal B., Atkinson S. Nitrogenous Components, In: Handbook of Milk Composition, NewYork, London, Acad. Press, 1995, p. 351-368.
24. Reeds P.J., Beckett P.R. Protein and Amino Acids, In: Present Knowledge in Nutrition, ILSI Press, Washington, DC, 1996, p. 87-88.
25. Ли П.К. Альтернативные пути переваривания крахмала и их значение для недоношенных и грудных детей, В кн.: Непереносимость углеводов у детей грудного возраста, М., 1984, с. 231-241.
26. Tomon S. Iron (Ch. 14), In: Nutrition of normal infants, Moshy, 1993, p. 239.

ӘӨЖ 616.31-084:614.253

**ДӘРІГЕР-СТОМАТОЛОГТАРДЫҢ АУРУШАҢДЫҒЫ МЕН ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫНЫҢ  
САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)**

*Е.М.Қожабеков*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы*

## РЕЗЮМЕ

Как приведено в данном обзоре, большинство исследователей связывают заболеваемость медицинских работников с влиянием неблагоприятных факторов производства. Это в свою очередь требует комплексных разработок для защиты от производственных и социально-гигиенических влияний

## SUMMARY

Many scientists connect sickness- rate of medical specialists with unfavourable industrial factors. That's why it is important to prepare special measures for professional and social-hygienic protection.

Ғылыми зерттеулерде атап көрсетілгендей, медицина қызметкерлерінің еңбегі үнемі психикалық, моральдық және физикалық күйзеліспен байланысты, сондай-ақ ол адамзат қызметінің анағұрлым күрделі және жауапты түрі болып табылады. Ол айтарлықтай ауыр жүктемемен, шапшаң және ұзақ мерзімді есті, физикалық төзімділікті талап етуімен, науқас денсаулығы мен өмірі алдындағы жоғары кәсіби жауапкершілігімен сипатталады [1,2]. Сонымен бірге дәрігерлердің еңбек жағдайын A.V.Rey (1968), Ch.Wells (1968) және басқа да шетелдік ғалымдар зерттеген [3,4,5].

Осы тұрғыдан стоматолог дәрігер кәсібінің орны ерекше, өйткені ол әрдайым ой еңбегі мен дене еңбегін ұштастырып жұмыс жасайды, сонымен бірге оның еңбегінде сыртқы ортаның көптеген жағымсыз факторларының әсері мол.

Жүргізілген зерттеулер барысында стоматологиялық бөлме қызметкерлерінің еңбек жүктемесінің шектен тыс жүйкелік-эмоционалдық компоненті, зиянды және қауіпті еңбек факторларының қызметкерлер денсаулығына, олардың көңіл-күйі мен еңбек қабілетіне тигізер тікелей және жанама әсерлері айқын көрінді.

Дәрігерлердің жекелеген кәсіби топтарының жұмыс орындарындағы құрал-жабдықтары жарықтандыруға қойылатын ерекше гигиеналық талаптарды қажет етеді.

Стоматолог дәрігерлердің жұмыс орнында тиімді жарық режимін қалыптастырудың маңызы зор.

Медицина қызметкерлерінің жұмыс орнын дұрыс ұйымдастыру дегеніміз – эргономикалық талаптарды ескере отырып, жұмыс орнының барлық құрылымдық бөлшектері мен элементтерін еңбек үдерісі үшін ыңғайлы әрі тиімді етіп орналастыру.

Дәрігердің жұмыс орнын ұйымдастыру аса маңызды екі міндетті шешуге бағытталады – еңбек өнімділігін арттыру үшін жағдай жасай отырып, жұмсалатын физикалық және жүйкелік күшті мейлінше азайту; сондай-ақ емдеу және тексеру барысының науқас үшін барынша қолайлы болуын қамтамасыз ету [6,7].

Көптеген отандық зерттеушілер дәрігерлердің мәжбүрлі жұмыс позасы әсіресе стоматологтар мен отоларингологтар үшін зиян екенін атап өткен [8,9].

Жұмыс орнын ұйымдастырудың маңызды факторына жұмыс позасы, еңбек құралдары мен заттарына қарай орындаушының тұлғасын, басын, қол-аяғын дұрыс үйлестіру жатады.

Дәрігерлердің мәжбүрлі жұмыс позасы көп жағдайда жұмыс орнының дұрыс жабдықталмауына байланысты. Мәселен, үстел мен орындықтың биіктігі жұмысшының бойына сәйкес реттелмеген [10].

Тіс дәрігерлері мен стоматологтардың жұмысы ерекше дәлдік пен мұқияттылықты қажет ететін кәсіпке жатады, сондықтан да жоғары дәрежедегі көру қабілетін талап етеді. Бұл жағдайда жарық деңгейі мен көру ағзасының бейімделуіне бөлме қабырғалары мен еденінің, құрал-жабдықтардың бояуы да өз септігін тигізеді [11].

O.Friman, L.Turtola, B.A.Катаева анықтағандай, стоматолог дәрігерлер жұмысында ауруға шалдықтыратын анағұрлым маңызды кәсіби факторлар қатарына шу жатады [12,13].

Шу кәсіби фактор ретінде стоматологтардың жұмысында жиі кездеседі. Жоғары жылдамдықтағы турбиналарды (200-400 мың айналым/мин) пайдаланғанда ең жоғарғы дыбыс энергиясы 8000 Гц жиілікті құрайды [14]. Пациенттің ауыз қуысындағы бордан 30 см аралықтағы шу деңгейі 80-90 дБ аралығында толқып тұрады. Бұл кезде тұтас жиілік спектрінің үштен бірі 1000 және 2000 Гц аралығында, яғни адам ағзасы үшін өте зиянды болып саналатын аймақта болады.

Шудың стоматологиялық бөлмелердегі медицина қызметкерлеріне тигізетін әсері туралы мәліметтер W.Niemeuer секілді шетелдік автордың зерттеулерінде келтірілген [15]. Автор анықтағандай, стоматологтарды удиметриялық тексеруден өткізгенде 8000 Гц жиілікте есту қабілетінің 35 дБ-ға төмендеуі акустикалық зақым ретінде қарастырылды.

Стоматологтардың көпшілігінде турбиналармен жүргізілген қысқа мерзімді жұмыстан кейін-ақ сол жақ құлақ мүкісі анықталған. Сонымен бірге есту мүшелерінде ғана емес, жүрек-қан тамырлар, жүйке және басқа да жүйелерде де кері өзгерістер байқалды.

Операция бөлімдерінде кондиционерлік жүйелер мен наркоздық, тыныс алу аппараттары салдарынан мүмкін болар шу деңгейінің шектен асып кететінін, сондай-ақ мұндай жабдықтарды аталмыш бөлмелерден тысқары жерге орналастыру қажеттігін В.П.Фролов, В.П.Тулупов, Г.С.Кудинова, Б.Г.Водопьян секілді ғалымдар пайымдаған [16].

Бірнеше авторлардың [17,18] мәліметтері бойынша шу деңгейі жиі 85дБ қарқындылығынан асып кетеді, ал бұл өз кезегінде жоғары жиіліктермен қосыла келіп, жұмысшылардың ағзасына кері әсер етеді де, жас ерекшелігіне қарамай құлақ мүкісінің дамуына алып келеді.

Стоматологиялық емханалардың өндірістік бөлмелеріндегі микроклиматты зерттеу мәселелеріне Э.П.Дегтярева, А.С.Кушнир сияқты ғалымдар өз жұмыстарын арнаған. Онда жұмыс күні барысында стоматологиялық бөлмелер микроклиматының өлшемдерін зерттеу нәтижелері көрсетілген. Ғалымдардың мәліметі бойынша, жұмыс уақытының үш сағатынан кейін-ақ бөлмелердің температурасы 22°C (қалыпты жағдайда 18°C), ылғалдылығы 70% (қалыпты жағдайда 40-60%) дейін жоғарылаған, ауаны салқындату қабілеті

7,2 дейін төмендеген. В.А.Катаеваның зерттеу жұмысында салқын және өтпелі маусымдардың өзінде стоматологиялық бөлме температурасының 22°C, ал жылы уақытта 25,9°C дейін жоғарылайтыны айтылған. Полимеризациялық бөлмелердің өзінде ғана ауа ылғалдылығы 60%-дан асып түскен, ал ауаның қозғалу жылдамдығы өзгермеген.

Көптеген авторлардың пайымдауынша, емдеу-сауықтыру мекемелеріндегі еңбек жағдайының қанағаттанарлықсыз болу себептерінің бірі – ғимараттың дұрыс жоспарланбауы және желдету жүйесінің жетілдірілмеуі болып табылады [19].

Стоматолог дәрігерлер мен тіс дәрігерлерінің жұмыс орнындағы жарықтың маңыздылығына, осының салдарынан қызметкерлердің көру қабілетінің нашарлайтынына өз зерттеулерінде В.А.Катаева ерекше тоқталып өткен.

Дәрігерлердің жекелеген кәсіби топтарының жұмыс орнын жабдықтауда жарықтандыруға деген гигиеналық талаптар қатаң сақталуы керек. Әсіресе стоматолог дәрігерлердің жұмыс орындарында тиімді жарық режимін құрудың маңызы зор.

Э.П.Дегтярева тіс дәрігерлері мен стоматологтардың жұмысы өте үлкен дәлдікті және көру ағзаларына ерекше күш жұмсауды талап ететінін атап өткен. Сннымен бірге ажырату детальдарын, негізінен, қарау қиынға соғады, сондықтан олар мейлінше жоғары дәрежедегі жарықты қажет етеді. Сондай-ақ автор жарық деңгейі мен көру ағзаларының бейімделуіне бөлме едені мен қабырғаларының, оның жабдықтарының да өз септігін тигізетінін атап өткен.

В.А.Катаева, Е.В.Дегальцева және С.В.Бурлаков сияқты ғалымдар стоматологтардың жұмысын ерекше мұқияттылықты қажет ететін, көру ағзаларына көп күш түсетін кәсіптер қатарына жатқызады.

G.Pietruschka мәліметтері бойынша, әрбір дені сау адам сыртқы ортаның 80-90% көру ағзалары арқылы қабылдайды екен [20].

Стоматологтың жұмыс орнын жарықтандыру деңгейіне ағзаның жалпы жұмыс қабілеті байланысты. Стоматологтардың көру-моторлық реакциясының кәсіби миопатияға ұласатын өзгерісі бірнеше авторлардың еңбектерінде көрсетіледі [21,22].

Ортопед-стоматологтар жұмысында жарықтандыру факторының маңыздылығына байланысты неміс зерттеушілері (M.Elzschig, B.Reitemeier) бейімделу барысын жеңілдету үшін стоматологтың жұмыс орнындағы жарықты бөлменің жалпы жарығымен сәйкестендіру қажет деп есептейді.

Теңселістің (вибрация) де стоматолог дәрігерлер ағзасына тигізер әсерін зерттеуге арналған бірлі-жарым ғана басылымдар жарық көрген. Л.Н.Грицианский мен А.В.Гринбергтің зерттеу нәтижелері бойынша, төменгі жиіліктегі теңселіс (10-20 Гц) көбіне полиневротикалық құбылыстар мен сүйек-буын зақымдануына алып келсе, жиілігі жоғары теңселіс көп жағдайда саусақтардың ағару ұстамасы түрінде көрініс табатын ангиоспастикалық синдромға соқтырады. Тәжірибеде осы екі құбылыстың қатар жүруі жиі кездеседі. Зерттеу нәтижелері дәрігер қолына берілетін теңселісті стоматологиядағы аса маңызды кәсіби фактор ретінде сипаттайды.

Көптеген авторлар стоматологиядағы дәрі-дәрмектердің де медицина қызметкерлерінің денсаулығына тигізер кері әсерін атап өткен. Медицина қызметкерлерінің дәрі-дәрмектерден болатын аллергиясы өзекті мәселеге айналып отыр, ал бұл өз кезегінде өндірістік бөлмелердің, аспаптар мен құрал-жабдықтардың емдеу-диагностикалау мақсатында қолданылатын түрлі химиялық заттардың салдарынан ластануымен байланысты.

Ауа құрамында белгіленген концентрацияға жақын немесе одан төмен концентрациядағы химиялық заттар химиялық компоненттермен тікелей жұмыс жасайтын медициналық қызметкерлер ағзасының сенсбилизациясы мен иммунологиялық өзгерістерді тудыруы мүмкін.

Н.Е.Kleine-Natrop атап көрсеткендей, стоматологияда 500-ден астам химиялық заттар қолданылады екен, олар тек науқастарда ғана емес, дәрігерлердің ағзасында да аллергиялық реакция тудыруы мүмкін. Тіс дәрігерлік тәжірибесінде қолданылатын көптеген материалдар антиген болуы мүмкін.

Дәрі-дәрмектердің аллергиялық және токсиндік әсері Л.В.Соловьевтің, Б.И.Ильиннің, С.И.Ашбель, И.А.Богословский, Г.И.Елизаров, В.Г.Соколова және т.б. ғалымдардың, С.И.Ашбель мен И.В.Орешковичтің зерттеулерінде анықталған [23,24].

Әдебиеттерде химиялық аллергендердің әсер ету механизмдері туралы мәліметтер ұсына отырып, кейбір авторлар химиялық заттардың токсиндік емес шағын мөлшері де ұзақ уақыт ықпал етсе, аллергиялық реакция тудыруы мүмкін екендігін дәлелдейді. Ағзаға әрекеттегі аллергендер мен тітіркендіруші заттардың бірлескен әсері тыныс алу ағзалары мен терінің өзара қабысқан аллергиялық ауруларына алып келеді, поливалентті сенсбилизация, сондай-ақ антигенді бәсекелестік процестері мен айқын аутоиммундық өзгерістер байқалады.

Стоматологияға жылдамдыққа негізделген бормашиналар мен турбиналардың енгізілуі жұмыс аймағының ауасында майлы және бактериалды аэрозольдердің түзілуіне ықпал етеді. Олар шаңмен бірге дәрігердің беті мен көзінің, әсіресе жоғарғы тыныс алу жолдарының бактериалық ластану қаупін тудырады. В.А.Катаеваның зерттеу жұмыстары барысында анықталғандай, жұмыс күнінің соңына қарай стоматологиялық бөлмелердегі бактериалардың көбею дәрежесі 22 есе ұлғаяды екен.

Қорыта келе, медициналық қызметкерлердің жұмысындағы кәсіби зардаптар мен ауруларға қатысты қарастырылған әдебиеттерді зерттеу нәтижесінде медициналық қызметкерлер еңбегі көптеген физикалық

қауіпті және зияды өндірістік факторлармен (жоғары дәрежедегі ауа температурасы, шу, ауаның газдануы, т.б.) байланысты екендігі анықталды, ал олардың өлшемдері белгіленген межеден анағұрлым асып түседі. 50-60 жылдары бұл мәселеге едәуір көңіл бөлінген. Соңғы жылдары ғалымдардың бұл мәселеге деген қызығушылығы бәсеңдеп отыр. Әдебиеттер қатарында стоматологтар еңбегінің физиологиялық-гигиеналық аспектілеріне арналған біршама зертеулер бар, алайда олар стоматолог дәрігерлерді тұтастай алады да, жекелеген мамандандырылған сала бойынша қарастырмайды. Терапевт, хирург және ортопед стоматологтардың өндірістік жүктемесі бірдей емес, орындалатын емдеу шараларына байланысты өзіндік қызмет ерекшеліктері, жұмысында кәсіби зияндылықтары, өздеріне тән жұмыс позалары бар.

Зерттеушілердің көпшілігі медициналық қызметкерлердің аурушандығын жағымсыз өндірістік факторлармен байланыстырады, ал бұл өз кезегінде оларды кәсіби және әлеуметтік-гигиеналық тұрғыдан қорғау жөнінде арнайы іс-шаралар кешенін әзірлеуді талап етеді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Алексеев И.Б., Костенко И.В. и др. Состояние здоровья медицинских работников Латвийской ССР и пути его улучшения // Труд и здоровье медицинских работников. – М., 1984.-С. 19 -23.
2. Антипенко А.Э., Антипенко Э. С. О подходах к управлению качеством стоматологической медико-санитарной помощи // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации / Материалы 4-ой Российской науч.-практ. конф. НПО < Медсоцэкономинформ> 29-30 мая 1997 г.-М., МЗ РФ , НПО < Медсоцэкономинформ>, 1997.-С.270-271.
3. Ашбель С.И., Шаронова З.В. Вопросы гигиены труда и профпатологии медицинских работников, имеющих производственный контакт с лекарственными препаратами // Гигиена труда и профзаболевания.-1981.
4. Rey A.V. Profile of general practice // Journal Indian med. Ass. -1968.- Vol. 51, № 10. –P. 488 - 492.
5. Wells Ch. Educating the British general practitioner // Postgrad. Med.- 1968.- Vol. 44, № 2.-P. 143-146.
6. Алимский А.В. Принципы организации стоматологической помощи в условиях рыночной экономики // Справочник по стоматологии. – М.: Медицина, 1998. –С. 592-631.
7. Апанасенко Б.Г., Галанцева Г.И., Кириллюк И.Г. Влияние профессиональной деятельности на заболеваемость врачей Ленинграда //Труд и здоровье медицинских работников. – М., 1984. –С. 28-30.
8. Ашбель С.И., Миронов Л.А. Опасность профессиональных заболеваний у процедурных и постовых медицинских сестер и их предупреждение //Труд и здоровье медицинских работников. – М., 1984. –С. 126-129.
9. Манафов И.Т., Бочкарева А.И. К физиологии труда врачей-отоларингологов амбулаторно-поликлинических учреждений // Научная организация в амбулаторно-поликлинических учреждениях / Мат. Всесоюзного семинара (Новополюцк, БССР, 24-25 июня 1980г.). – М., 1980. – С. 205-207.
10. Киркорова М.Г. Эргономическая оценка поз врачей на амбулаторном приеме // Научная организация труда в системе здравоохранения /Мат. Всес. курсов НОТ в здравоохр. На ВДНХ СССР 22-26 сентября 1975 г. – М., 1976. –С. 193-199.
11. Царибашев К. Анализ на стоматологичния труд и ергономични основы на оптимизиятому // Ергономия на медицински труд. – София: Медицина и физкультура, 1976. – С.204-219.
12. Friman O., Turtola L. Noise trouble from dental equipment // Tyo-Terveys-turvallisuus. -1978. – Vol. 12, № 34.- P. 24-28.
13. Катаева В.А. Гигиена труда стоматологов // Труд и здоровье медицинских работников. – М., 1984. – С. 124 -125.
14. Катаева В.А., Лакшин А.М., Никифорова Г.И. вопросы гигиены труда врачей ортопедов – стоматологов и зубных техников // Стоматология. -1981. - № 2. – С. 72-74.
15. Niemeyer W. Mikrotraumen des Gehors durch Dentalturbinen// Archiv fur klinischeexperimentelle und Ohren- Nasen – Heklopfheilkunde. – 1970. –Vol. 196. – P. 227.
16. Фролов В.П., Тулупов В.П., Кудинова Г.С., Водопьян Б.Г. Санитарно-гигиеническая оценка условий труда хирургов и анестезиологов // Гигиена и санитария. – 1979. -№ 3 . – С. 59-61.
17. Дегальцева Е.В. Профессиональные нагрузки и гетерохронность утомления ключевых физиологических функций ортопедов-стоматологов в динамике рабочего дня // Мат.науч.конф., Москва, 1997, - С. 16-17.
18. Дегтярева Э.П. Гигиеническая оценка условий труда и их влияние на работоспособность врачей-стоматологов // Вопросы практической медицины. Оренбург, 1976. – №5. – С. 55-59.
19. Егорова Т.А. Физиолого-гигиенические особенности трудовой деятельности стоматологов ортопедического профиля: Дис. ... канд.мед.наук. –М., 1999. – 135 с.
20. Pretrushka G. Ophthalmologie fur Stomatologen. Barth. Leipzig, 1982.
21. Вигродчик Н.А. Некоторые соображения о методике изучения заболеваемости с потерей трудоспособности // Сов.здравоохр. – 1952. -№ 2. – С.29-34.
22. Вялкова Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении: Дис. ... канд.мед.наук. – М., 2001. – 154 с.
23. Богословская И.А., Герасимова М.М., Гнелицкая Г.Н. и др. Опасность профпатологии у медицинских сестер от воздействия антибиотиков // Труд и здоровье медицинских работников. –М., 1984. –С. 130-134.
24. Ашбель С.И., Орешкович И.В. Профилактика профессиональных заболеваний, вызванных антибиотиками // Врач.дело – 1970. - № 9. – С. 129-130.



ӘОЖ 615.273.5.03:616.155.514-06

**ГЕМОФИЛИЯЛАРҒА ЗАМАНУИ ҚОЗҚАРАС (ӘДЕБИ ШОЛУ)**

*К.Т.Байжанова*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академия, Шымкент қаласы*

Гемофилиялар – плазмалық үю факторларының және осы үрдіске қатысатын калликреинкинин жүйесі құрамының тапшылығына немесе молекулярлық кемістігіне байланысты қан үю жүйесінің гендік бұзылысымен жүретін тума коагулопатиялар. Ұю факторларына байланысты гемофилияның А (VIII), В (IX) және С (XI) түрлерін ажыратады.

Гемофилияның алғашқы анықталатын орташа жасы дерттің ауыр дәрежесінде 9 ай, орташада – 22 ай құрайды (Нильсон, 1999), яғни гемофилия бірінші рет жиі сәби және өте сирек нәресте кезеңде байқалады. Басқа туа пайда болған коагулопатиялары бар балалармен салыстарғанда гемофилиясы бар нәрестеде кіндіктен қан кетпейді, мелена, кефалогематома не миға қан кетулер табылмайды. Гемофилия бала еңбектеуді, тұруды, жүруді бастаған кезде, әсіресе құлағанда буынға, дерттің ауыр дәрежесінде денеде, іште не баста алып гематомды қан кету белгілері байқалады. Кейде дерттің жеңіл дәрежесінде қан кету тіс жұлу, мұсылман елдерде ұлдарды сүндетке отырғызғанда және т.б. хирургиялық іс-шаралар жасау барысында жасөспірім шақта анықталады.

Гемофилияға қол мен аяқтың ірі буындарына, әсіресе тізе мен шынтаққа, сирек табан-балтыр, иық, жамбасқа қан кету (гемартоз) тән. Неғұрлым гемофилияның ағымы ауыр болса, соғұрлым гемартоз жиі және айқын байқалып, үдемелі артропатия дамуға жағдай жасалады.

Гематома тері астылық, бұлшықет аралық, субфасциальдық және ішперде артылық болады. Қан үюдың нашарлауы мен қан ағудың ұзару салдарынан гематома біртіндеп үлкейе береді және алып көлемге (құйылған қан көлемі 0,5-тен 2-3 литрге дейін) жетуі мүмкін. Алғашқы қан кету орнынан субфасциальдық және бұлшықет аралық кеңістікпен ағып, қорға жиналады. Ішперде артылық гематома бел аймағының, іштің күрт ауырсынуымен көрінеді, науқас мәжбүр қалыпта (егер гематома оң жақта болса, онда науқас оң бүйірінен бүгіліп) жатады, кейде бұлшықеттің қатаюы, іште ісік тәрізді құрылымы қолға ілінуі байқалады. УДЗ кеткен қан көлемін анықтап береді. Ішперде артылық кеңістікке құйылған қан жарылуы мүмкін, ол іштің күрт ауырсынуымен және қатаюымен білінеді.

Алып гематомада дене қызуы жоғарылайды, қалтырау, қан қысымының төмендеуі, ауыр анемия, қанда лейкоцит санының артуы мен ЭТЖ-нің жоғарылауы байқалады. Гематома кері сіңірілген кезде орташа конъюгирленбеген гипербилирубинемия табылады.

Бүйректен қан кету негізінен ересек науқастарда кездеседі, бірақ ауыр ағымдағы гемофилия кезінде ол балаларда да табылады. Бүйректен қан кету айқын макрогематуриямен, несеп қою қызыл не қоңыр түске боялуымен байқалады. Сонымен қатар зәр шығарудың қиындауымен жүретін дизуриялық құбылыстар, бел, несеп ағар не үрпі аймағының ауырсынуы өте жиі анықталады. Әдетте қарқынды кіші дәретке шығуға сезім пайда болады, кейін қан ұйықтары шығады. Дизуриялық құбылыстар гемостатикалық дәрі-дәрмектерді қолданған кезде айқындала түседі. Гемостаздың қалыптасуы несеп шығару жолдарында үлкен қан ұйықтарын түзейді және бүйрек шаншуы күшейеді. Әсіресе ол криопреципитат және аминокепрон қышқылын бірге құю барысында байқалады. Сондықтан қазір бұл емдеу тәсілі қолданылмайды. Көп науқастарда бүйректен қан кету қайталап тұрады.

Субарахноидальды кеңістікке, бас миына және жұлынға қан кету гемофилияда жиі байқалмайды және типтік клиникалық көрініспен (кенеттен қарқынды бас ауру, талып қалу, ми қабықтарының тітіркену белгілері, ми бағанасы зақымданған кезде парездер, тыныс және жүрек ырғағы бұзылыстарының дамуымен) көрінеді. Бұндай қан кетуге әдетте жарақат себеп болады, өздігінен қан кету өте сирек байқалады. Миға қан кетуден науқас қайтыс болауы мүмкін.

Жарақат және операциядан кейінгі ұзақ уақытқа қайталамалы қан кетулер – гемофилияға ерекше тән көрініс. Әдетте гемофилияға қан кету операциядан кейін бірден емес, біршама 30-60 мин, кейде 2-4 сағаттан соң пайда болу тән. Бұл әсіресе іш қуысына операция жасағанда маңызды, себебі операция жасау барысында қан кету айқын болмаса да, кейін іш қуысына көп мөлшерде қан ағу басталуы мүмкін. Сондықтан гемофилиясы бар науқасқа операция жасаған кезде міндетті түрде антигемофильді препараттарды тамырға құю керек. Сонымен қатар гемофилиясы бар науқасқа тамырға, бұлшықетке, тері астына ине шаншу да қан кетуге себеп бола алады, оның алдын алу үшін ине орнын саусақпен 5 мин басып тұрған жөн және ине санын мүмкіндігінше азайтқан дұрыс. Гемофилиялардың ауырлық дәрежесі 1- кестеде берілген.

1- кесте **Гемофилиялардың ауырлық дәрежесі (Н.М. Ананьева және т.б. 2005)**

Ауырлық дәрежесі	VIII не IX фактордың белсендік деңгейі	Сипаттамасы
Жеңіл	5-25 %	Қан кету сирек байқалады, әдетте жарақаттан, операциядан кейін, қарқынды жоғары емес
Орташа	1-5%	Қан кету эпизодтары айтарлықтай жарақат алғанда, хирургиялық іс-

		әректтерде, кейде өздігінен пайда болады
Ауыр	1 % төмен	Болар-болмас жаракатта ауыр қан кету, жиі өздігінен қан ағу байқалады

## Гемофилия А

Гемофилия А – VIII:C плазмалық ұю факторының (антигемофильдік глобулин А) тапшылығынан не молекулярлық кемістігінен туындайтын ең жиі кездесетін тум болатын геморрагиялық диатез.

Гемофилия А жиілігі әртүрі зиялылардың мәліметтері бойынша шамамен 1 жағдай 5 000 не 10 000 ер адамға кұрайды. Бұл дертпен тек қана ерлер ауырады, ол Х хромосомада орналасқан антигемофильдік глобулин А (VIII:C факторы) синтезін бақылайтын геннің зақымдануынан туындайды. VIII факторының гені орналасқан аймақта 50 жуық мутация мен делециялар анықталған.

Дерттің тасымалдаушысы әйелдер. Егер гемофилиясы бар ер кісі (X1Y) дені сау әйелмен (XX) қосылған кезде, одан дені сау ұлдар (XY) және тасымалдаушы қыздар (XX1) туылуы мүмкін. Бұл қыздар гемофилиямен ауырмайды себебі ақауы бар хромосома міндетін сау хромосома қоса атқарады. Осы тасымалдаушы қыздар (XX1) гемофилиясы бар ұлдарды дүниеге алып келеді және ол 50 % ықтималдықты кұрайды.

Демек, гемофилия анықталған ерлерде шежірені ана жағынан (нағашы атасын, бөлелерін) сұрастырылуы керек.

## Гемофилия В (Кризмас ауруы)

Гемофилия В – IX факторы (тромбопластиннің плазмалық құрылымы) белсендігінің тапшылығымен туындаған туа пайда болған геморрагиялық диатез. Дерт рецессивті түрде тұқым қуалайды, негізінен ерлер ауырады, әйелдер тасымалдайды.

IX фактор – бауырда синтезделінетін бір тізбекті гликопротеин, оның молекулярлық салмағы 56 000 дальтон кұрайды. IX фактор гені Х-хромосоманың ұзын иық аймағында орналасады және ол VIII фактор генінің орналасқан жеріне сәйкес келмейді. Қазір IX фактор генінің құрылымы анықталған, ол 8 экзоннан және 7 интроннан тұрады, онда 415 аминқышқылдары бар. IX фактор синтезі үшін К витамині қажет. Белсенді IXа факторы VIIIа факторы және тромбоциттердің фосфолипидтерімен бірге кальций иондарының қатысуымен «геназа» жиынтығын түзіп, бейтарапты Х факторын белсенді Ха түріне айландырады.

Бүгінгі таңда гемофилия В дамуына алып келетін IX факторының әртүрлі (800 науқаста 476 түрлі) мутациясы анықталған. Сондай-ақ геннің спецификалық мутациясы жоқ, әр бір жанұяда өзіндік дара мутациясы байқалады екен.

Гемофилия В – біркелкі ауру емес, оның келесі негізгі түрлерін бар:

гемофилия В<sup>-</sup> сарысуда IX фактор белсендігі төмен және оған антиген болмайды (IX фактор синтезінің күрт бұзылысы); гемофилия В<sup>+</sup> сарысуда IX фактор белсендігі төмен және оған антиген мөлшері қалыпты болады (кеміс IX фактордың өндірілуі); гемофилия BRA+ не CRM R-, сарысуда IX фактор белсендігі айқын төмен және антиген мөлшерінің орташа төмендеуі қосарласып келуі; гемофилия В+М, кеміс IX фактордың әсерінен тіндік тромбопластин жиынтығына және VII факторға тежегіш қаситтің пайда болуы (IX факторының антиген деңгейі қалыпты); гемофилия В<sup>-</sup>М (VII фактор тапшылығымен) – сарысуда IX фактор белсендігінің төмендеуімен қатар VII фактордың төмендеуі және IX фактор антигеннің болмауымен сипатталады.

Гемофилия В-ның клиникалық көріністері гемофилия А-ға ұқсас, бірақ гемартроздар мен гематомалар сиректеу байқалады. Гемофилия А-мен салыстырған кезде В-ның тежегіш түрлері жиірек кездеседі.

Гемофилия В-ға қан ұю уақыты және плазманың рекальцификация уақытының ұзаруы, протромбиндік пен тромбиндік уақыт көрсеткіштері қалыпты болуына қарамастан белсендірілген бөлшектелген тромбопластиндік уақыттың артуы тән. Тасымалдаушыны анықтау және антенатальдық диагностика қанда IX фактор белсендігін және оның антиген деңгейін тексеру арқылы іске асады. Нақты дәлелдеу үшін қанның гендік талдауын немесе ДНҚ-типтеуді және кері транскрипциямен жүретін полимераздық тізбектік реакцияны қолдана отырып антенатальдық хорионбиоптатын жасайды.

## Гемофилия С

Гемофилия С – сарысудағы қан ұюдың XI факторы белсендігінің тапшылығынан туындайтын тұқым қуалайтын геморрагиялық диатез. Алғашқы рет дертті 1953 жылы Розентал жазды.

XI фактор қан ұюдың ішкі жолын белсендірілуі үшін қажет гликопротеин, оның молекулярлық салмағы 56 000 дальтон кұрайды. Ол бауырда синтезделінеді. XIIа фактор және жоғары молекулярлық кининоген (Фитцджеральд-Фложе факторы) қатысуымен XIIа фактордың белсенді түрі пайда болады. XIIа фактордың белсенді түрі IX факторды белсендіреді. XI фактордың синтезін бақылайтын ген Х-хромосомамен тіркеспеген, ол 4-ші хромосома аймағында орналасады, сондықтан бұл дерт ерлерде де, әйелдерде де кездеседі. Гемофилия С толық емес рецессивті түрде тұқым қуалайтын ауруға жатады. Ол шамамен 1 млн. адамға 1 жағдай жиілікпен таралған. Дерт жиі еврей-ашкеназдарда кездеседі.

Қан ұюдың XI факторының синтезін бақылайтын ген мутациясының салдарынан осы фактордың тапшылығы пайда болады. XI фактор генінің 3 түрлі мутациясы жазылған. Мутацияның бірінші түрінде сплайсингтің – интрондарды жою және экзондарды жетілген м-РНҚ-ға жинау үрдісінің бұзылысы жүреді. Мутацияның екінші түрінде кодонның тоқтауы байқалады (кодон – ол бір аминқышқылы қалдығының полипептидтік тізбекке қосылуына, не транскрипцияның басталуы, не аяқталуы туралы белгіге жауап беретін

жақын орналасқан үш негіздер). Мутацияның үшінші түрінде гендегі аминқышқылының ауыстырылуы болады. Екінші және үшінші түрдегі өзгерістер нәтижесінде қызметі белсенді емес XI фактор түзіледі. Мутацияның екінші түрінде қан кету айқынырақ байқалады.

Гемофилия С-ның клиникалық көрінісі әртүрлі және ол дерттің ауырлық дәрежесіне тәуелді. Оның жасырын, кіші және айқын түрлерін ажыратады.

Жасырын түрі тек жарақатта және операцияда ғана қан кету байқалуымен ерекшеленеді, ал өздігінен қан кету болмайды.

Кіші гемофилия С (жеңіл түрі) кезінде өздігінен қан кету болмайды, бірақ жарақат алғанда, іш қуысына операция, тіс жұлу және ЛОР-мүшелерге іс-әрекеттер жасағанда қан кетулер байқалады.

Айқын түрдегі гемофилия С өздігінен қан кетумен (мұрыннан қан ағу, терідегі геморрагиялар), жарақатта немесе хирургиялық операцияларда көп және ұзақ қан кетумен ерекшеленеді. Айқын түрдегі гемофилия С кезінде ауыр гематомалар және жіті гемартроздар болуы мүмкін.

Әйелдерде гемофилия С меноррагиялармен көрінуі мүмкін, бірақ әдетте босанудан кейін қан кету ешқашан болмайды.

Басым көп клиникалық байқаулар гемофилия А-мен салыстырған кезде гемофилия С біршама жеңіл жүретінін көрсетеді. XI фактор тапшылығы бар науқастардың басым көпшілігінде әдетті жағдайда («силенттік» гемофилия С – дерттің асимптомды түрі), жарақат не операция жасалмаған кезде клиникалық көріністері болмайды.

Гемофилия С кезінде белсендірілген бөлшектелген тромбопластиндік уақыттың ұзарады, сонымен қатар аутокоагуляциялық сынақ айқын бұзылады. Қан сарысуында XI фактор мөлшері және XI фактордың антиген деңгейі күрт төмен немесе жоқ болады.

Гемофилиясы бар науқастарға заманауи антигемофильді препараттарымен емдеу осы дерт кезіндегі өмір сүру ұзақтығын едәуір ұзартты және өмір сапасын арттырды. Соған қарамастан келесі асқынулар кездесуі мүмкін: гематомамен қуыс ағзалардың басылуы және олардың тарылуы (жұтқыншақ, кеңірдек, қан тамырлары, ішектер); гематомаға инфекция түсуі және оның іріңдеуі; гематоманың оссификациясы (рентген суретте анықталады); тірек-қимыл жүйесінің өзгеруі (таю, контрактуалар, ахиллов сіңірінің қысқаруы және т.б.); гемофилияның ингибиторлық түрінің дамуы, ол антиденеге және IgG сыныбына жататын VIII факторы ингибиторының пайда болуынан туындайды. Гемофилияның ингибиторлық түрі VIII факторы бар препараттарды және плазманы жиі қолдану салдарынан дамиды. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігіне алып келетін бүйрек амилоидозы (өте сирек); иммундық генездегі орташа айқындылықтағы тромбоцитопения және лейкопения, сирек жағдайда – айқын эозинофилия; VIII факторы бар препараттарды және антигемофильдік плазманы жиі қолдану салдарынан айналымдағы иммундық жиынтықтың пайда болу нәтижесінде гемолиздік анемияның дамуы; екіншілік ревматоидты синдромның дамуы; науқас қан сарысу арқылы вирустық В, С, D, G гепатитті, иммунотапшылықты жұқтыруы.

Қазіргі кезде қажет фактормен орын басу емі гемофилиялардың негізгі емі болып саналады. Ол рекомбинантты VIII факторды қолданғанға (XX ғасырдың 90- жылдары) дейінгі кезеңде қан мен сарысуды құюды жетілдіру барысындағы пайда болды және сарысудан алынған VIII және IX факторлардың тиімді алмастырғыштары. Осы ем нәтижесінде қанмен берілетін асқынулар азайды, науқастар алдын алу еміне қол жеткізді, олардың орташа өмір сүруі ұзарды және оның сапасы таңғажайыпты жақсарды. Қазақстан республикасында бұл науқастарға алдын алу мақсатымен амбулаториялық шарттарда осы дәрілер тегін беріледі.

Бүгінгі таңда гемофилия А-мен зардап шегетін науқастардың 80 %-ы рекомбинантты VIII фактордың препаратын қажет етеді. Гемофилия А-да қолданылатын бір қатар рекомбинантты дәрілер белгілі (2- кесте).

**2- кесте Гемофилия А науқастарда орын басу емінде қолданылатын дәрілер**

VIII фактордың дәрілері	Алыну әдісі, көзі
Рекомбинант (Recombinate)	Бірінші ұрпақтың рекомбинантты дәрісі
Когенат (Kogenate)	Бірінші ұрпақтың рекомбинантты дәрісі
Геликсат (Helixate)	Екінші ұрпақтың рекомбинантты дәрісі
Рефакто (Refacto)	Екінші ұрпақтың рекомбинантты дәрісі
Адват (Advate)	Үшінші ұрпақтың рекомбинантты дәрісі
Моноклат (Monoclate)	Дені сау донордың қан сарысуынан
Гемофил (Hemophil M)	Дені сау донордың қан сарысуынан
Альфанат (Alphanate)	Дені сау донордың қан сарысуынан
Монарк (Monarc)	Дені сау донордың қан сарысуынан
Коат DVI (Koate DVI)	Дені сау донордың қан сарысуынан

Бұл препараттар жоғары технологиялық тәсілдерді қолданып жасалады, онда вирустар белсендігін төмендетіп, қанмен берілетін патогендер тасымалдау қаупі жоққа жеткізілген.

VIII фактордың рекомбинантты дәрілерін негізінен дене салмағын ескере отырып, қажет мөлшерін санап, тамырға егеді. Оны келесі формула көмегімен есептейді:

препарат (ХБ VIII ф) = дене салмағы (кг) x VIII ф қажет мөлшері (%) x 0,5

VIII фактор дәрісінің еңгізу жиілігі дерттің клиникалық көрінісіне тәуелді әр бір жағдайда жеке қарастырылады.

Кейде гемофилия А кезінде десмопрессин не адиуретин қолданылады (олар VIII факторды эндотелийден босатады). Десмопрессинді 0,3 мг/кг мөлшерде 30 минут аралығында тамырға тамшылатып жібереді

Гемофилия В кезінде IX факторы бар бемулин (Австрия), гемофактор (Испания) дәрілерін 40-50 ӘБ/кг мөлшерде қолданылады.

Гемофилия С кезінде жаңа мұздатылған немесе құрғақ плазманы 4-5 мл/кг мөлшерін тамырға құяды. Бірақ орын басу емінің ең күрделі асқынуын естен шығармаған жөн, ол шамамен 30 % науқастарда байқалатын – VIII не IX факторды тежегіш антидененің пайда болуы. Соңғы жылдары бұл асқынумен күресу үшін келесі ем тәсілдері қолданылып жүр: протромбиндік жиынтықтың концентраттары; белсендірілген протромбиндік жиынтықтың концентраттары; рекомбинантты белсендірілген VII фактор.

Қажет жағдайда барлық гемофилияларда келесі гемостатикалық ем жүргізіледі: антигемофилиялық плазма 10-15 мг/кг, тәулігіне 30-50 мг/кг тамырға; жаңа мұздатылған немесе құрғақ плазманы тамырға құю; қажет факторға байытылған криопреципитаты тамырға құю; аминокапрон қышқылының 5 % ерітіндісінің 100-150 мл тамырға; гематурияда антигемофилиялық препаратты 60-80 ӘБ/кг мөлшерде және преднизолонды 30-60 мг тамырға жібереді, ал аминокапрон қышқылының ерітіндісін қолдануға болмайды.

Жіті гемартрозда келесі іс-шаралар жүргізіледі: 3-5 күнге буынның физиологиялық қалпында уақытша байлап, ұстап тұру (бірақ 5-7 күннен кейін міндетті түрде емдік дене шынықтыруда бастау қажет, ал 6-9 күннен кейін күштеме жаттығуларды бастап, 11-13- күндері қозғалуға әрекет жасаған жөн, әйтпесе бұлшықеттердің, сіңірлердің атрофиясы және остеоартроз дамуы мүмкін); зақымданған буынды жылытатын ерітінділермен танып тастау; үлкен гемартроздарда буыннан қанды ертерек алып тастау (ауырсынуды басу, буын ішінде қан ұюын тоқтату, шеміршектің бұзылуын шектеу және остеоартроз үдеуін тоқтату мақсатымен); қажет фактормен орын басу терапиясын 15-20 ӘБ/кг мөлшерде 3-6 күн жүргізеді, ал ауыр жағдайда дәрінің мөлшерін 35-40 ӘБ/кг дейін көбейтеді; буыннан қан алынғаннан кейін буынға преднизолон еңгізу сұрағы кәзіргі кезде пікір таластыратын жағдай болып тұр.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Воробьев А.И., Плющ О.П., Баркаган З.С. и др. Протокол ведения больных. Гемофилия // Пробл. Стандартизации в здравоохранении. 2006, №3, С. 18-74.
2. Гематология: Новейший справочник/ Под редакцией К.М. Абдукадырова. – Санкт-Петербург, 2004, 928 с.
3. Болезни системы крови . Справочник С.А. Гусева, В.П. Вознюк- Мед.пресс-информ, 2004
4. Долгов В.В., Свиринов П.В. лабораторная диагностика нарушений гемостаза. – М., 2005, 227 с.
5. Спичак И.И., Жуковская Е.В., Башарова Е.В. и др. Влияние современной заместительной терапии на качество жизни детей больных гемофилией А // Гематол. и трансфузиол., 2009, №2, С.27-31 Суханова Г.А., Стуров В.Г. Структура и функции фбриногена. Наследственные дисфибриногемии // Гематол. и трансфузиол., 2008, №4, С. 24-28.
6. Копылов К.Г. Фактор жизни. Геминформ 2001, №4, С. 12-14.
7. Полянская Т.Ю. Современные представления о патогенезе, профилактике и лечении гемофилии, осложненной развитием ингибитора // Гематол. и трансфузиол., 2002, №3, С. 38-42.
8. Якунина Л.Н., Лаврентьева Н.Н., Агеенкова Э.В. и др. Купирование кровотечений у больных с наследственной и приобретенной формами гемофилии // Гематол. и трансфузиол., 2003, №4, С.40-44.
9. Ананьева Н.М., Лакруа-Демаж С., Ованесов М.В. и др. Ингибиторы при гемофилии А // Гематол. и трансфузиол., 2005, №5 С. 29-34.
10. Ананьева Н.М., Лакруа-Демаж С., Ованесов М.В. и др. Ингибиторы при гемофилии А // Гематол. и трансфузиол., 2005, №6 С. 21-30.
11. Lippert B., Berger K., Berntorp E. et al. European Haemophilia Economic Study Group. Cost effectiveness of haemophilia treatment: a gross-national assessment. *Pediatr. Blood Cancer* 2006; 47 (3): 305-311.
12. Fischer K., Van Den Berg M. Prophylaxis for severe haemophilia: clinica and economical issues. *Haemophilia* 2003; 9(4): 376-381.
13. Barr R.D., Furlong W., Horsman J. Evidence about HUI and haemophilia in response to Young et al. How well does the Canadian haemophilia outcomes-kids' life assessment tool (CHOKLAT) measure the quality of life of boys with Haemophilia?. *Pediatr. Blood Cancer* 2007; 49 (7):1047-1048.
14. Klinge J., Ananyeva N.M., Hauser C.A., Saenko E.L. Haemophilia A – from basic science to clinical practice // *Semin. Thromb. Hemost.*, 2002, Vol. 28, P. 309-322.
15. Mannucci P.M. Haemophilia: treatment options in the twenty-first century // *J.Thromb. Haemost.*, 2003, Vol.1., P.1349-1355.
16. Ananyeva N.M., Klinge J., Darr F. et al. Treating haemophilia A with recombinant blood factors: a comparison // *Exp. Opin. Pharmacother.*, 2004, Vol. 5, P. 1061-1070.

УДК 618.2-084:614.1

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЬНИЦ СЕЛА И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)***Р.Т.Глеужан**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Ауылды жерлерде тұратын әйелдердің репродуктивті денсаулығы қалада тұратын әйелдерге қарағанда гинекологиялық аурушандық деңгейі, ауылды жерлердегі әйелдердің нашар медициналық көмек, еңбек және үй жағдайының төмен болуы салдарынан деп қорытындылауға болады. Ауылдағы тұрғындардың аурушандығы мен қаралуының ерекшеліктері: - созылмалы аурулардың ерекше көп болуы; - жұмыс және үй жағдайына байланысты аурулардың болуы; - ауылдағы тұрғындардың қаладағыларға қарағанда медициналық көмекке көрінуінің төмен болуы; - қаралудың едәуір бөлігі (24-30%) кейіннен дәрігерге қаралуынсыз жүретін фельдшерлермен көрсетілуі болып табылады.

**SUMMARY**

Reproductive health of inhabitants of village is characterised by higher, rather than in a city, level of gynecologic disease, большей frequency of a chronic pathology owing to low medical activity of the rural women, specific working conditions and a life. The general distinctive features of disease and agricultural population negotiability are: - presence of considerable number of chronic diseases in which occasion countrymen seldom or nearly so do not address at all for medical aid; - original character of the diseases connected with working conditions and a life - lower negotiability of agricultural population behind medical aid in comparison with the city; - the considerable part of references (24-30 %) is carried out to medical assistants without the subsequent visit to doctors.

Репродуктивное здоровье является важной и актуальной задачей Европейской стратегии «Здоровье 21». Вместе с тем, в настоящее время имеют несоответствия в структуре репродуктивного здоровья в Западной, Центральной и Восточной Европе. Поэтому достижение положительных параметров в демографическом развитии в целом и репродуктивного здоровья в частности является одним из наиболее значимых аспектов в жизни государства.

ВОЗ глобально утвердил приоритетность Репродуктивного Здоровья 1995 года. Эта резолюция «призывает Страны-Участницы к дальнейшему развитию и укреплению программ репродуктивного здоровья».

Репродуктивное здоровье тесно связано с репродуктивным поведением. Большинство исследований по репродуктивному поведению связаны с проблемой аборта, контрацепции, репродуктивных установок. Все исследователи показывают прямую связь между распространенностью абортотворения и состоянием фертильной функции населения, уровнем репродуктивных потерь (1,2,3,4).

В литературе рассматриваются как различные компоненты репродуктивного здоровья, факторы, влияющие на него, так и исходы – репродуктивные потери и эффективность, характеризующаяся рождением здорового желанного ребенка.

Особое внимание уделяется сложившимся в последние годы негативным тенденциям, характеризующим репродуктивное здоровье. На его состояние существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения.

На этом фоне растет и гинекологическая заболеваемость, причем наиболее быстрыми темпами – у детей и подростков (5,6,7,8). В структуре гинекологической заболеваемости преобладают воспалительные процессы гениталий (55-60%), причиной которых часто являются инфекции, передающиеся половым путем; на втором месте – заболеваемость составляет 87 на 1000, в том числе по обращаемости – 51,3, при профилактических осмотрах – 209,1. Обращает на себя высокий процент хронической патологии у вступающих в брак: соматической (28,5% у мужчин и 31,5% у женщин) и репродуктивной (7% у мужчин и 22,5% у женщин) (9). По данным отдельных авторов в возрасте 15 лет гинекологические заболевания регистрируются у 77,6% девушек, среди 17 летних – в 92,5%.

К факторам риска формирования патологии репродуктивной системы относятся: неблагоприятная экологическая ситуация; социальные факторы; соматическая патология; острый и хронический стресс; врожденные и приобретенные заболевания гениталий; патология полового созревания; осложнения беременности и родов; ятрогенные причины; острые и хронические инфекции; нерациональное питание.

Факторы, влияющие на развитие патологии репродуктивной системы, укладываются в общую концепцию обусловленности общественного здоровья: внешняя среда; образ и условия жизни; медико-биологические факторы; состояние здравоохранения. Значимость различных факторов зависит от популяции, рода патологии, общественно-политического устройства (10,11,12).

В эпоху эколого-генеративного диссонанса особую роль играют первые два фактора (13,14). Роль эколого-профессионального воздействия на развитие патологии репродуктивной системы нашла свое отражение в работах многих отечественных и зарубежных ученых (15,16,17).

Суть концепции репродуктивного здоровья как проблемы медицины труда сводится к тому, что при решении вопросов охраны здоровья работающих необходимо учитывать не только наличие профессиональных вредностей у матери и отца, но и экологическую нагрузку региона их проживания, социальное положение и другие факторы риска, важные в медико-социальном отношении для здоровья. Другой особенно значимый фактор, влияющий на здоровье, который все более выявляется в исследованиях последнего времени – это психоэмоциональный стресс. Стресс как массовая психоэмоциональная дезадаптация к возникшим в краткое время неблагоприятным, непривычным социоэкономическим и политическим изменениям, также оказывает влияние на репродуктивное здоровье, так репродуктивное поведение (18,19,20).

Следствием этого является критический уровень рождаемости, очень медленное снижение распространенности аборт, низкий процент запланированных (69% беременностей в Екатеринбурге и 59% - в Иваново – незапланированные) и желанных беременностей, так как каждая вторая беременность - нежеланная (21).

Особое внимание в исследованиях последнего времени уделяется проблеме семьи как проявлению наиболее существенной черты образа жизни, оказывающей доминирующее влияние на состояние здоровья, поведенческие установки человека (22). Развиваясь и изменяясь вместе с развитием общества, семья является той ячейкой общества, которая при прочих равных условиях может либо нивелировать, либо усугублять неблагоприятное воздействие внешней среды, и поэтому она – первооснова механизмов формирования общественного здоровья (23).

Как конечный результат влияния социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье беременной женщины, плода и новорожденного рассматриваются в литературе репродуктивные потери, к которым относятся потери продуктов зачатия и материнские потери на протяжении всего срока гестации и после его завершения. Наиболее полно этот вопрос освещен в работе российских ученых, отдельные аспекты вопроса нашли отражение в трудах отечественных исследователей, в которых затронуты вопросы смертности населения в репродуктивном возрасте, перинатальные потери и материнская смертность (24,25,26).

Соматическое и репродуктивное здоровье, равно как и репродуктивное поведение жительниц сельской местности, отличается от такового в городах.

Основные причины различий – в образе жизни: тяжелый физический труд с высоким нервным напряжением в сочетании с неблагоприятным воздействием профессиональных факторов (шум, переохлаждение, загрязнение воздуха микроорганизмами, пылью), неблагоприятный рабочий день и неустроенность быта (отсутствие коммунальных удобств, большие затраты времени на домашнюю работу, совмещение трудового отпуска с постоянной работой по дому). Изучали гинекологическую заболеваемость телятниц, трактористок и женщин контрольной группы, которая составила соответственно, 19,10 и 4,4%. У всех преобладали заболевания половых органов воспалительного генеза. О.К.Федорович (1986) выявил высокий уровень гинекологической заболеваемости работниц комплекса по производству молока (1 группа) и комплекса по производству говядины (2 группа) по сравнению с работницами административно-хозяйственного аппарата (3 группа), уровень патологии у которых в 2 раза ниже (27,28).

Если численность всего сельского населения в России с 1979 по 1996г. снизилось на 2,6 млн. (с 42,5 до 39,9), то за счет женщин – на 2 млн. Только 42,8% от женщин, проживающих в селе – детородного возраста (в городах – 51,3). Однако снижение рождаемости за тот же период с сельской местности произошло не так резко (с 14,3 до 10,9 на 1000), как в городах (с 14,8 до 8,6). В то же время уровень младенческой смертности остается выше в сельской местности, чем в городской (в 1997г. – 19,4 на 1000 в селе, в целом по России – 17,2).

Особое значение придается особенностям расселения сельских жителей. Для характеристики расселения пользуются такими показателями, как плотность населения, людность (среднее число жителей в одном населенном пункте) и густота населенных пунктов (29). Уровень здоровья сельских женщин ниже, чем у мужчин. Так, по данным В.И.Канта и др. (1986), удельный вес здоровых женщин среди обратившихся в поликлинику ЦРБ составил 32,2% (каждая третья), в то время как среди мужчин здоровых оказалось 43,5% (30). Сельские жительницы отличаются более поздним наступлением менархе (после 15 лет – 52,5%, после 16 – 25,5%) и ранним наступлением менопаузы (до 49 лет – 61%, до 45 лет – 37,3%). В то же время С.Ю.Сай (1988), изучившая становление и угасание репродуктивной функции у свекловодов, животноводов и служащих, проживающих в сельской местности установила, что условия труда не влияют на развитие инволютивных процессов у обследуемых и становление менструальной функции у их детей (31).

Рост гинекологической заболеваемости с 315,4 до 444,1 на 1000 за 5 лет отмечается в отдельных исследованиях. Кроме того, здесь же отмечается несколько иная, чем в городе структура заболеваемости: патология шейки матки – 18,5%, воспалительные заболевания – 17,8%, нарушения менструального цикла – 17,3%; заболеваемость, выявленная при профосмотрах, составляет 623 на 1000. По мнению Г.К.Бейсенбековой, высокий уровень гинекологической заболеваемости на селе связан во многом с медико-организационными (значимыми и реально управляемыми факторами) (30).

Общими отличительными чертами заболеваемости и обращаемости сельского населения являются:  
- наличие значительного числа хронических заболеваний, по поводу которых сельские жители редко или почти совсем не обращаются за медицинской помощью; - своеобразный характер заболеваний, связанных с условиями труда и быта; - более низкая обращаемость сельского населения за медицинской помощью в сравнении с

городским; - снижение уровня обращаемости по мере отдаления сел от пунктов врачебной помощи (на расстоянии более 10 км она снижается в 2 раза), что способствует накоплению хронической патологии; - существенные потери времени сельскими жителями на одно посещение к врачу; - значительная часть обращений (24-30%) осуществляется к фельдшерам без последующего визита к врачам (32).

Резюмируя данные многочисленных исследований, можно заключить, что репродуктивное здоровье жительниц села характеризуется более высоким, нежели в городе, уровнем гинекологической заболеваемости, большей частотой хронической патологии вследствие низкой медицинской активности сельских женщин, специфических условий труда и быта. Репродуктивное поведение отличается более высоким, чем в городе уровнем рождаемости, но в то же время, большей распространенностью аборт и меньшей частотой использования современных методов контрацепции. Репродуктивные потери характеризуются более высокими значениями материнской, перинатальной и младенческой смертности. Все это влечет за собой необходимость осуществления специальных мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья жительниц села.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аманкулова Ж.С. Факторы, определяющие рождаемость в Казахстане. // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2001, №2. – С.8-10.
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. Ваганов Н.Н. Охрана здоровья женщин и детей в современных условиях. // Курс лекций для курсантов, организаторов службы охраны материнства и детства. – Москва, 1994. – 14с.
4. Джусубалиева Т.М. Медико-социальные технологии управления репродуктивным здоровьем женщин в условиях крупного города. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Алматы. - 2001. – 24с.
5. Кагирова Г.И., Перфильева Г.Н., Реутова Н.Н. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья населения Алтайского края. // Пути развития современной гинекологии. – Москва. – 1995. – С.32.
6. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. – Москва. – 2000. – 160с.
7. Гаврилова Л.В. Информационные системы анализа состояния репродуктивной функции как средство повышения эффективности деятельности службы охраны материнства и детства. // Современные вопросы сохранения репродуктивного здоровья женщины: Материалы 6-й Поволжской научно-практической конференции врачей акушеров-гинекологов. – Волгоград. – 2000. – С.86-89.
8. Кузмичева Р.А. Оптимизация амбулаторно-гинекологической помощи и ее эффективность. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. – 2000. – 26с.
9. Линева О.И. Медико-социальные аспекты формирования и профилактики патологии репродуктивной системы. – Самара. – 1999. – 18с.
10. Нукушева С.Г. Социально-гигиенические факторы, формирующие репродуктивное поведение и здоровье женщин. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы. – 2002. - №23. – С.57-62.
11. Нукушева С.Г., Нурлибаева С.Г., Нурмуханбетова Б.Б., Альмурзаева К.К. Основные причины нарушения репродуктивного здоровья в современных условиях. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы. - 2002. - №23. – С.54-57.
12. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. – Москва. – 1997. – 433с.
13. Сивочалова О.В. Репродуктивное здоровье как проблема медицины труда (концепция). // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – С.63-67.
14. Айриян А.Л., Пирумян М., Смбалян К.А., Шавердян А.М., Акопян С.Б., Хачикян М.М. Социально-гигиенические аспекты нарушения репродуктивной функции у женщин, проживающих в сельской местности. // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – 1986. – Т.26. - №5. – С.462-467.
15. Баранов А.А. Региональный подход в совершенствовании охраны материнства и детства: Лекция – Москва. – 1990. – 16с.
16. Блуштейн Л.Я., Эсаулова В.В., Дацкевич И.И. и др. Влияние медико-биологических, социальных и региональных факторов на материнскую и детскую заболеваемость и смертность в сельской местности. // Актуальные вопросы снижения материнской и детской смертности. – Москва. – 1988. – С.6-10.
17. Васильева Т.П., Бостриков Е.Б., Фадеева Е.Г., Мушников Д.Л., Фолифорова О.Г. Причины смертности населения репродуктивного возраста. // Новые технологии охраны здоровья семьи: Сборник научных трудов, посвященных 65-летию со дня рождения основателя института В.Н.Городкова. – Иваново. – 1997. – С.363-365.
18. Кагирова Г.И., Перфильева Г.Н., Реутова Н.Н. Роль семейного планирования в рождении здорового поколения. // Перинатальная охрана плода и новорожденного. – Барнаул. – Белокуриха. – 1997. – С.23-25.
19. Перфильева Г.Н. Служба планирования семьи в сельскохозяйственном регионе с обширной территорией и низкой плотностью населения. – 1994. – №5. – С.48-49.
20. Комаров Ю.М. Что нас ожидает в следующем поколении: прогноз здоровья населения России на 2040 год. // Экономика здравоохранения. – 1997. – №12. – С.18-21.

21. Каткова И.О., Соколов О.И. Характеристика репродуктивного поведения и заболеваемости женщин. // Советское здравоохранение. – 1998. – С.42-47.
22. Гусарова Г.И. Основные направления семейной политики в Самарской области. // Профилактика - основа деятельности врача первичного звена: Материалы VI межрегионального съезда акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов. – Самара.- 1999. – С.15-17.
23. Серов В.Н. Основные направления современной диспансеризации женщин. // Акушерство и гинекология. – 1988. - №10. – С.3-7.
24. Ваганов Н.Н. Перинатальная медицина в России: Доклад на Всероссийском объединенном съезде акушеров-гинекологов и педиатров. – Москва. – 1992.- 60с.
25. Нукушева С.Г., Егеубаева С.А. Проблемы и современные подходы в организации ПМСП женщинам старшего фертильного возраста. // Вестник Министерства образования и науки НАН РК. – Алматы. 2002. - №1. – С.95-100.
26. Джусубалиева Т.М. К вопросу о репродуктивных установках и репродуктивном поведении женщин г.Алматы. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы. – 2000. - №18. – С.56-58.
27. Федорова О.К. Состояние половой сферы и детородной функции у женщин-животноводов мясо-молочных производств. // Вопросы охраны труда и здоровья сельскохозяйственных рабочих. – Краснодар. – 1986. – С.100-104.
28. Гаврилов Н.И., Фофанов В.И. Организация медицинской помощи сельскому населению. – Москва. – 1982. – 128с.
29. Григорьев Ф.Г. Актуальные задачи сельского здравоохранения. // Советское здравоохранение. – 1990. - №2. – С.3-8.
30. Бейсенбекова Т.К. Управление снижением гинекологической заболеваемости сельских жительниц в условиях реорганизации здравоохранения. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Оренбург. – 1996. - 27с.
31. Сай С.Ю. Состояние репродуктивной системы женщин, работающих в сельскохозяйственном производстве (эпидемиологические исследования). // Гигиена труда и профессиональные заболевания. – 1988. - №2. – С.42-43.
32. Куриленко Л.И. О планировании и рациональном размещении специализированных акушерско-гинекологических коек в области. // Вопросы организации медицинской помощи женщинам и детям в сельской местности. – Москва. – 1976. – С.51-56.

УДК 616 2-056.54

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Р.К. Джунусова, Э.А. Абдукасымова, А.И. Абдраманова, А.У. Байкубекова, К.М. Халимова  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

#### ТҮЙІН

Гинекологиялық тәжірибеде жатырдан тыс жүктілік кезінде қынаптық сонографияны қолдану тиімді. Бұл әдістің уақытылы диагностика мен емдеудегі маңызы зор.

#### SUMMARY

The transvaginal echosonography is the valuable diagnostic method of different types of extrauterine pregnancy: tubal, ovarian, cervical, abdominal, intraperitoneal, rudimentary uterine horn pregnancy, cesarean scar ectopic pregnancy.

Внематочная (эктопическая) беременность - беременность, при которой имплантация плодного яйца происходит вне полости матки. Частота внематочной беременности имеет стойкую тенденцию к росту и в последние годы отмечается рост заболеваемости среди подростков и женщин 30-39 лет[1].

Внематочная беременность часто характеризуется стертой клинической проявлений. Поэтому для ее диагностики самым достоверным методом является трансвагинальная эхография.

Классификация эктопической беременности основана на локализации плодного яйца[1-4]:- трубная беременность (98,5% случаев);- яичниковая беременность (0,1-1,3% случаев);- шеечная беременность (0,1-0,4% случаев);- брюшная беременность ( 0,1-0,9%);- интралигаментарная беременность (0,1%);- беременность в рудиментарном роге (0,2-0,9%);- гетеротопическая беременность (0,02%).

#### Трубная беременность.

Возможны 4 варианта клинического течения трубной беременности[1,2]:- прогрессирующая трубная беременность;- беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта;- беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы;- неразвивающаяся трубная беременность.

Эхографические признаки эктопической беременности[4,5].

Достоверный признак:- обнаружение вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом.



Косвенные признаки:

- визуализация в проекции придатков матки неоднородных образований, имеющих различную форму и размеры;  
- отсутствие маточной беременности;- увеличение размеров матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности;- утолщение срединного М-эха в результате стимуляции эндометрия прогестероном (децидуальная реакция);- обнаружение ложного плодного яйца в полости матки;- выявление свободной жидкости в углублениях малого таза;- обнаружение кисты желтого тела;- зона гиперваскуляризации в придатковом образовании.

Диагностика развивающейся трубной беременности основывается на обнаружении за пределами полости матки плодного яйца с эмбрионом, у которого имеются признаки жизнедеятельности: кардиальная пульсация, двигательная активность.

Обнаружение патологического образования в проекции придатков матки является наиболее точным из всех косвенных признаков[5]. Данное образование представляет собой трубу с плодместилищем. При малых сроках беременности в просвете маточной трубы определяется полость плодного яйца округло-овальной формы, внутри которой можно визуализировать желточный мешок в виде кольцевидной структуры.

Увеличение размеров неизменной по структуре матки отмечается у 20-30% пациенток[6].

Утолщение эндометрия до 3 мм и эхографическое изображение срединного комплекса, характерное для фазы регенерации, встречается в 33% случаев [6].

Ложное плодное яйцо- редко встречающийся признак, визуализируется как анэхогенное включение в полости матки, симулирующее полость плодного яйца, появление его связано с гиперсекрецией трубчатых желез эндометрия или с локальным скоплением крови в полости матки [7].

Если произошел разрыв маточной трубы, то образуется конгломерат, примыкающий к заднебоковой поверхности матки, состоящий из разорвавшейся трубы, плодместилища и геморрагического содержимого, а также петель кишечника и сальника.

Трубная беременность, особенно прервавшаяся, в 60% случаев приводит к появлению свободной жидкости в малом тазу, а кровотечение свыше 300-400 мл позволяет контрастировать не только маточные трубы, но и связочный аппарат матки и яичников [1,7].

#### **Яичниковая беременность.**

Яичниковая беременность возникает при оплодотворении яйцеклетки непосредственно в яичнике (первичная) или вследствие трубного выкидыша путем повторной имплантации (вторичная). Факторами риска считаются перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза, применение стимуляторов овуляции, внутриматочные контрацептивы[1].

Эхографическая диагностика яичниковой беременности ранних сроков невозможна, так как плодное яйцо, желточный мешок симулируют фолликул или желтое тело. Как правило, этот вид эктопической беременности остается нераспознанным в связи с апоплексией яичника и кровотечением на ранних сроках [1]. Если беременность прогрессирует, то ультразвуковая диагностика возможна только при визуализации эмбриона или при обнаружении в плодном яйце желточного мешка в совокупности с данными хорионического гонадотропина [8].

#### **Шеечная беременность.**

Шеечная беременность характеризуется nidацией плодного яйца в цервикальном канале, дистальнее области внутреннего зева[1]. Если плодное яйцо имплантируется в шейке и области перешейка, то такая локализация называется шеечно-перешеечной.

Эхографические признаки шеечной беременности:- визуализация плодного яйца с трофобластом в цервикальном канале;- гравидарная реакция эндометрия;- увеличение размеров шейки матки;- отрицательный симптом скольжения.

Плодное яйцо, расположенное в цервикальном канале, имеет овоидную форму в связи с ригидностью мышечного слоя, а также отсутствием выраженной децидуальной реакции слизистой шейки матки.

Гравидарная реакция эндометрия проявляется расширением полости матки до 1-2 мм за счет анэхогенного содержимого при шеечной беременности.

Симптом скольжения позволяет выявить подвижность плодного яйца в цервикальном канале и тем самым дифференцировать неполный аборт и шеечную беременность. При осторожном надавливании на шейку матки трансвагинальным датчиком в случае шеечной беременности плодместилище по отношению к стенкам канала остается неподвижным.

При оценке границ полости плодного яйца и зоны хориона в сроках, превышающих 5-6 нед., можно определить место инвазии трофобласта.

В отличие от хирургической тактики прошлых лет, в последние годы все чаще прибегают к разным видам органосохраняющих операций на шейке матки с целью сохранения репродуктивной функции женщины. Брюшная беременность.

Брюшная беременность может возникнуть вследствие имплантации плодного яйца на висцеральном или париетальном листке брюшины (первичная брюшная беременность), либо вследствие трубного аборта (вторичная брюшная беременность) [9]. Считается, что риском возникновения брюшной беременности является длительное вторичное бесплодие[1].

Эхографические признаки брюшной беременности 9]:Выраженное маловодие;Атипичное (высокое) расположение плода;Утолщение плаценты;Нечеткий и неровный контур плаценты;Отсутствие изображения стенки матки;Задержка развития плода;Аномалии развития плода;Гемоперитонеум.

По данным А.Н.Стрижакова и соавт.[1], в 35-75% случаев возникают такие аномалии развития плода, как гипоплазия легких, аномалии лица, что, возможно, связано с маловодием.

Прогноз для развития беременности неблагоприятный, чаще всего возникают опасные кровотечения вследствие инвазии сосудов плаценты в стенки кишечника, магистральных сосудов и паренхиматозные органы брюшной полости, поэтому при выявлении брюшной беременности производят срочное родоразрешение. Материнская смертность при этом виде эктопической беременности достигает 20%, а перинатальная-80-91% [1].

#### **Интралигаментарная беременность.**

Интралигаментарная беременность развивается между листками широкой связки матки и имеет те же эхографические признаки, что и брюшная беременность [1].

#### **Беременность в рудиментарном роге матки.**

Беременность в рудиментарном роге матки представляет собой такой вид беременности, при котором имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки происходят в зачаточном роге. С позиции топографической анатомии локализация плодного яйца в рудиментарном роге матки является вариантом маточной формы беременности[1]. Однако в связи с недостаточно развитым мышечным слоем, неполноценностью слизистой оболочки[10], возможностью рождения плода только в брюшную полость[11] и особенностями клинического течения [1] такую беременность рассматривают как внематочную [1,10].

Беременность в рудиментарном роге матки является редкой акушерско-гинекологической патологией, ее частота составляет 0,19-0,90% [1,10,11]. Материнская смертность при этой патологии достигает 5-6% [1].

Механизм проникновения бластоцисты в полость рудиментарного замкнутого рога связан с трансперитонеальной миграцией сперматозоидов или яйцеклетки[1,10]. Особенности строения рудиментарного рога создают условия для достаточно быстрого прорастания ворсин хориона в миометрий [12]. Это приводит к прерыванию беременности в рудиментарном роге в 18-26 недель по типу наружного разрыва плодместилища, сопровождающегося обильным кровотечением и развитием геморрагического шока, что требует экстренного хирургического вмешательства [10].

В отдельных случаях, по данным литературы, такая беременность может заканчиваться более благоприятно для женщины.

Клиническая диагностика прогрессирующей беременности в рудиментарном роге матки представляет значительные трудности из-за отсутствия патогномичных симптомов [10]. При влагалищном исследовании при этой патологии можно обнаружить слегка увеличенную матку мягкой консистенции, отклоненную в сторону и не соответствующую сроку беременности. Сбоку от матки может определяться подвижное образование округлой формы, мягко-эластической консистенции, с четкими контурами, безболезненное при пальпации, связанное с маткой толстой ножкой [10]. Эти признаки не являются специфичными.

Использование эхографии позволяет с высокой точностью установить беременность в рудиментарном роге матки.

Основными ультразвуковыми признаками беременности в рудиментарном роге являются: - необычная локализация плодного яйца,- тонкая стенка матки,- неполноценность миометрия, - наличие пустой матки, наличие слизистой ножки, соединяющей плодное яйцо с маткой.Беременность в рубце на матке после кесарева сечения.

Имплантация плодного яйца в области рубца на матке является одной из наиболее редких форм эктопической беременности. Она составляет 0,15% от числа всех беременностей, разрешенных путем операции кесарева сечения [12] и 1,05% от числа всех внематочных беременностей [13].

Первое сообщение о беременности в рубце на матке после кесарева сечения было представлено Larsen J.V.,Solomon M.H. в 1978 г.[14]. Значительное увеличение за последние годы числа операций кесарева сечения привело к существенному росту частоты этой патологии.

Причинами возникновения этой патологии являются различные хирургические вмешательства на матке, внутриматочные инфекции, эндометриоз, небольшой интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью, экстракорпоральное оплодотворение.

Это серьезное осложнение, представляющее иногда угрозу жизни и здоровью женщины. Основными неблагоприятными проявлениями данной патологии являются кровотечения и разрыв матки, в ряде случаев приводящие к летальному исходу.

Клиническая диагностика беременности в рубце на матке практически невозможна. Наличие таких клинических проявлений, как аменорея и кровотечение, не является специфичным и поэтому не может способствовать повышению выявления данной патологии.

В настоящее время ведущим методом диагностики беременности в рубце на матке является эхография.

Основные эхографические признаки беременности в рубце:- наличие пустой матки;- дефект нижнего отдела передней стенки матки;- расположение плодного яйца в области дефекта передней стенки матки;- истончение миометрия передней стенки матки в области рубца.

Чаще беременность в рубце на матке диагностируется в 6-12 недель, но имеются наблюдения, когда диагноз не ставился правильно вплоть до разрыва матки. Анализ свидетельствует, что беременность в рубце на матке в основном принимают за маточную беременность, угрожающий выкидыш и пузырный занос [13].

Для устранения этой патологии используют как медикаментозные, так и хирургические методы лечения. При этом наилучшие результаты получаются при ранних сроках беременности, что возможно диагностировать методом эхографии. Ценность данного метода - в своевременной диагностике беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения и проведении необходимых лечебных мероприятий.

Частота сочетания маточной и внематочной беременности, по данным разных авторов, составляет от 1 на 100 до 1 на 30000 беременностей [16]. Определив плодное яйцо в матке, при эхографии можно пропустить второе плодное яйцо, локализованное вне ее полости.

Еще реже встречается многоплодная внематочная беременность. В большинстве случаев это ампулярные или истмические трубные беременности, варианты яичниковой и брюшной беременности. Они возможны после резекции маточной трубы и экстракорпорального оплодотворения.

В заключение можно процитировать Б.И. Зыкина о том, что «...внематочная беременность остается «твердым орешком» для диагностики...», а оптимальная диагностика эктопической беременности возможна при «...интеллектуальной корреляции данных ультразвукового исследования и клинической картины болезни...» [15].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. Изд. 2-е перераб. и дополн. М.: Медицина, 2001, 215 с.
2. Акушерство и гинекология/ пер. с англ. Под ред. Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. М.: ГЭОТАР-Мед. 1997. 718 с.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г., Неоперативная гинекология. Изд. 3-е, перераб. и дополн. М.: МИА, 2003. 560 с.
4. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. М.: Медицина, 1990, 221 с.
5. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.3/ Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. М.: Видар, 1997, 320
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Трансвагинальная эхография. Атлас. М.: Медицина. 2001. 154 с.
7. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности. Озерская И.А., Агеева М.И. // Ультразвуковая и функциональная диагностика, научно-практический журнал, ВИДАР, №2. 2005 г.
8. Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Волдохина Э.М. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей яичниковой беременности // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. 1993. №4. с. 71-72.
9. Васина И.Б., Ступенькова Г.Г., Колесник И.В., Гончарова С.Г. Случай ультразвуковой диагностики брюшной беременности // Ультразвуковая диагностика. 1996 г. №2. с. 56-57.
10. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Нижний Новгород: НГМА, 2000. 171 с.
11. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика пороков развития матки и влагалища. Клиническая визуальная диагностика. Выпуск 7. М.: Триада-Х, 2006. 119 с.
12. Эхография при беременности в рудиментарном роге матки. Саркисов С.Э., Демидов А.В. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. Научно-практический журнал, ВИДАР, №1. 2009. с. 10-11
13. Применение эхографии для диагностики беременности на матке после кесарева сечения. Саркисов С.Э., Демидов А.В., Белоусов Д.М., Романовская О.А. // Ультразвуковая и функциональная диагностика. Научно-практический журнал, ВИДАР, №2. 2009. с. 39.
14. Larsen J.V., Solomon M.H. Pregnancy in a uterine scar sacculus -an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report // S. Afr. Med. J. 1978. V.53. № 4. P. 142-143.
15. Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии: Атлас. М.: Видар, 1994.
16. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство под ред. А.Е. Волкова. Изд. 2-е. Феникс. Ростов-на-Дону. 2007.

УДК 616 2-056.54

#### ЭХОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Р.К. Джунусова, Г.У. Акбердиева, А.И. Абдраманова, А.У. Байкубекова, Д.А. Борибаева  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада плацентадағы патологиялық өзгерістердің негізгі ультрадыбысты белгілері сипатталады. Акушериялық тәжірибеде плацентаның эхосонографиялық зерттеу әдісінің диагностикалық маңызы зор.

#### SUMMARY

In this article the main echosonographic signs of different placental pathology were described. Placental ultrasonography is the valuable diagnostic method in obstetrics.

Роль плаценты как органа, обеспечивающего формирование и рост плода, очень велика как при физиологической беременности, так и при осложненном ее течении. Своевременная и правильная оценка состояния плаценты предупреждает или ослабляет неблагоприятное воздействие различных факторов на плод [1]. В настоящее время плацентографическое исследование является неотъемлемой частью ультразвуковой диагностики в акушерстве. С внедрением в клиническую практику ультразвукового метода появилась возможность получения информации о локализации, размерах, структуре, патологических изменениях [3].

Плацента человека относится к гемохориальному типу и характеризуется непосредственным контактом хориона с материнской кровью, который возникает вследствие нарушения слизистой оболочки матки со вскрытием ее сосудов. Полноценное развитие плода во многом определено адекватной маточно-плацентарной гемодинамикой, которая зависит от анатомо-морфологических особенностей плаценты [2].

В процессе развития плаценты различают стадии дифференциации, роста, зрелости и старения [1], направленные на удовлетворение потребностей развивающегося плода.

Ультразвуковое исследование при беременности позволяет точно установить локализацию плаценты и высоту ее прикрепления по отношению к области внутреннего зева шейки матки.

#### **Низкая плацентация.**

Эхографическими критериями низкого прикрепления плаценты принято считать обнаружение ее нижнего края на расстоянии менее 5 см от внутреннего зева во втором триместре и менее 7 см – в третьем триместре беременности. Однако, диагноз «низкая плацентация» клинически значим лишь тогда, когда реально влияет на акушерскую тактику, определяя метод и сроки родоразрешения.

В течение беременности расположение плаценты меняется, плацента «мигрирует», ее смещение происходит только в одном направлении - снизу вверх. Этот процесс происходит медленно, на протяжении 6-10 нед., завершается в среднем к 34-35 нед. В случаях полного предлежания плаценты миграция может привести к отслойке плаценты и кровотечению.

Отслойка плаценты возникает вследствие нарушения ее прикрепления к стенке матки, что приводит к кровотечению из сосудов децидуальной оболочки, отслойке базального слоя эндометрия и скоплению крови между ним и миометрием. При нарастании кровотечения происходит прорыв крови с последующим тромбозом, имбиция крови в миометрий и тяжелыми последствиями для матки. В выявлении отслойки плаценты эхография играет вспомогательную роль, так как основное значение в диагностике принадлежит клинической картине. При отсутствии наружного кровотечения УЗИ может помочь при больших размерах гематом. При небольших гематомах (до 10 мм) эхография информативна только в ранние сроки беременности.

Эхографическое изображение гематом меняется в зависимости от давности их существования. Свежие (1-2 суток) гематомы имеют вид гипоэхогенных жидкостных образований с мелкодисперсной взвесью. Они имеют четкие границы с окружающей тканью и отличаются высокой звукопроводимостью. Начиная с 2-3 суток структура гематом постепенно приобретает более высокую эхогенность за счет различных по величине и плотности кровяных сгустков. От миомы они отличаются высокой звукопроводимостью, нечеткими наружными контурами, отсутствием капсулы, обязательной для этой опухоли.

Ретракция кровяных сгустков внутри гематомы обычно наступает на 10-15 сутки. Отмечается появление анэхогенной составляющей в сочетании с остатками кровяных сгустков, имеющих высокую эхогенность. Размеры гематомы уменьшаются за счет ее рассасывания. Нарушая плодово-материнское кровообращение, гематомы могут привести к гибели плода.

В дифференцировке отслойки плаценты от миоматозных узлов и расширенной венозной сети *desidua basalis* оказывает помощь ЦДК-цветовое доплеровское картирование.

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности и возникает в результате частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии, которое приводит к проникновению ворсин хориона. В зависимости от глубины проникновения ворсин в миометрий различают три варианта приращения плаценты. При *placenta accreta* губчатый слой атрофирован, ворсины контактируют с миометрием, не внедряясь в него и не нарушают его структуру. При *placenta increta* ворсины хориона проникают в миометрий и нарушают его структуру. При *placenta percreta* ворсины прорастают на всю глубину вплоть до висцеральной брюшины.

Наиболее ценным эхографическим критерием приращения является наличие в толще миометрия участков с лакунарным типом кровотока. Эти зоны характеризуются как множественные гипо- и анэхогенные образования в субплацентарном пространстве, распространяющиеся в толщу миометрия. Существенную помощь в уточнении диагноза может оказать ЦДК-метод, позволяющий точно определить локализацию сосудистых зон и оценить глубину проникновения ворсин в толщу миометрия и, соответственно, судить о степени инвазии и форме приращения. Сегодня УЗИ является единственным методом пренатального выявления приращения плаценты. Постановка этого диагноза очень ответственна, поскольку предлежание плаценты в сочетании с ее приращением является показанием к плановому оперативному родоразрешению и экстирпации матки.

Отек плаценты - неспецифическая реакция органа при иммунологической изоммунизации матери вследствие Rh или ABO конфликта, сахарного диабета, инфицирования. Ведущим эхографическим маркером отека плаценты является увеличение ее толщины на 30-100% и более. Также отмечается увеличение

эхогенности ткани плаценты и усиление звукопроводимости [4]. Первые эхографические признаки отека плаценты могут появляться уже в 15-22 недель беременности. При иммунологическом конфликте сроки появления отека плаценты зависят от титра антител. Наиболее часто эхографические признаки гемолитической болезни плода развиваются к 33 неделям. К ним относятся отек плаценты, увеличение печени и селезенки плода, асцит. В тяжелых случаях появляется гидроторакс.

Отек плаценты при сахарном диабете наблюдается только у 1/4 беременных. Наряду с увеличением толщины плаценты отмечается увеличение биометрических параметров плода, что указывает на наличие макросомии. Сроки возникновения отека плаценты при сахарном диабете обычно варьируют в пределах 25-30 недель беременности. Одной из важнейших проблем современной перинатологии является прогрессирующий рост инфекционной патологии плода и новорожденного. В структуре заболеваемости новорожденных внутриутробные инфекции (ВУИ) занимают второе место после гипоксии и асфиксии в родах [5].

ВУИ во многом определяют уровень мертворождаемости и ранней неонатальной смертности [6,7]. В структуре перинатальной смертности удельный вес ВУИ достигает 65,6% [8]. В настоящее время насчитывается более 2500 возбудителей, способных вызвать ВУИ плода, при этом количество их постоянно пополняется [9,10].

Возбудители этих инфекций обладают прямым и косвенным воздействием на плодово-плацентарную систему. Чем меньше гестационный возраст плода, тем более выражена альтерация тканей. Основным проявлением инфекции плода, возникающим на ранних сроках беременности, являются пороки развития. По мере увеличения сроков беременности в клинике преобладают симптомы классического системного воспаления, что проявляется в виде гепатита, пневмонии, менингита, энтероколита и др.

Косвенное воздействие возбудителей на плодово-плацентарную систему приводит к угрозе прерывания внутриутробной гипоксии плода, задержке внутриутробного развития, метаболическим нарушениям без специфических клинических признаков ВУИ. Метод ультразвуковой диагностики является доступным, высокоинформативным, неинвазивным и позволяет провести эхографическую оценку структурной патологии плода, плаценты, амниона, определить степень гемодинамических нарушений фето-плацентарного комплекса при ВУИ. К ультразвуковым маркерам плацентита относятся: - увеличение толщины плаценты; - появление кистозных полостей в плаценте или формирование псевдокист неправильной формы, с гиперэхогенным венчиком по периферии кист, отсутствием турбулентной жидкости во внутренней структуре. Ультразвуковая картина плацентита зависит от стадии процесса. Отек плаценты чаще носит транзиторный характер, наблюдается в период разгара заболевания, длится около 2-8 недель [11]. Обратные изменения в плаценте проявляются постепенным снижением ее эхогенности, нормализацией ее толщины и эхоструктуры. Утолщение базальной мембраны плаценты происходит при длительно текущем инфекционном процессе.

Ультразвуковое обследование плаценты, несмотря на трудоемкость процесса, оправдывает себя высокоинформативностью, возможностью контролировать беременность в динамике и оптимально решить срок и вид родоразрешения в случае необходимости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Федорова М.В., Калашникова Е.П. Плацента и ее роль при беременности. М.: Медицина, 1986.
2. Медведев М.В., Стрижаков А.Н., Кирющенко А.П. и др. Морфо-функциональное обоснование результатов доплерометрического исследования кровотока в маточных артериях при физиологической и осложненной беременности // Ультразвук. диагн. акуш. гин. педиатр. 1992. №1. с.44-51.
3. Зыкин Б.И. Возможности эхографии в оценке состояния плаценты, плодных оболочек и околоплодных вод // Клинические лекции по ультразвуковой диагностике в перинатологии / Под ред. Медведева М.В., Зыкина Б.И. М.: 1990. с.109-116.
4. Стыгар А.М. Эхографические аспекты физиологии и патологии последа. П. Плацента. // Ультразвук. Диагн. 1997. №1. с.78-92.
5. Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 2004. №6. с.3-5.
6. Григорьев К.И. Внутриутробные и неонатальные инфекции // Медицинская помощь. 2004. №5 с.7-15.
7. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н., Непокульчицкая Н.В. Гематологическая и иммунологическая характеристика внутриутробных инфекций у детей. // Педиатрия. 1997. №4. С.59-62.
8. Царегородцев А.Д., Рюмина И.И. Заболеваемость новорожденных внутриутробными инфекциями задачи по ее снижению в РФ // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2001. №2. С. 4-7.
9. Поморцев А.В., Никулин Л.А., Бойко Н.В., Астафьева О.В. Комплексная ультразвуковая оценка функциональной системы «мать-плацента-плод» при внутриутробном инфицировании. Ультразвуковая и функциональная диагностика. Видар. №5. 2008. С.99-102.
10. Макаров О.В., Бахарева И.В., Таранец А.Н. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 2004. №1. С. 10-12.
11. Цхай В.Б., Волков Н.А., Голубцов П.С. Возможности ультразвуковых методов исследования в диагностике внутриутробного инфицирования // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии, педиатрии. 2000. Т.8. №2. С.89-95.

## ПЕДАГОГИКА

УДК 811.111+37.012

## МЕТОД ФОНЕТИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

*Т.Ж. Сабитов., А.Ж. Жексембаева**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

## ТҮЙІН

Бұл мақалада авторлардың пайымдауынша кез келген ерікті дыбыс ассоциациясы әдістемесін өмірде интуиция арқылы қолданады. Бұл әдіс шет тілдерін қысқа мерзімде меңгеру үшін тиімді.

## SUMMARY

The authors of the article consider that the application in short term EFL learning of phonetic association method is possible as an effective means.

В процессе изучения английского языка в высшей школе, немаловажное значение уделяется методологической стороне вопроса. В данной статье мы хотели бы привлечь внимание специалистов и всех тех, кто интересуется иностранными языками, одним из методов эффективного обучения. Цель данной статьи заключается в том, чтобы показать возможность применения метода звуковых (фонетических) ассоциаций (МФА) на практической основе. Почти в каждом языке народов мира есть слова или части слов, звучащих одинаково, но имеющих разное значение. К тому же в разных языках встречаются слова, имеющие общее происхождение, но с течением времени получившие различное значение.[3] Часто люди пользуются этим методом, не отдавая себе отчета в том, что используют именно его. Впервые эффективность применения метода МФА описана в литературе конца прошлого века. Более подробно в 70-х гг. XX в. изучением применения ассоциаций в процессе овладения языком занимался профессор Стенфордского Университета Р.Аткинсон. Он и его коллеги применяли этот метод как "Keyword method". Были проведены многочисленные эксперименты, которые доказали высокую эффективность применения этого способа. МФА – это метод запоминания иностранных слов.[1]

Для того чтобы запомнить иностранное слово, нужно подобрать к нему созвучное или похожее слово на родном языке. Затем необходимо составить сюжет из слова-созвучия и перевода. Например, созвучным словом к английскому слову CHIN является русское слово ЧИН. Сюжет может быть таким: «Чем выше ЧИН, тем выше ПОДБОРОДОК». Сюжет необходимо составлять для того, чтобы примерное звучание слова и его перевод оказались бы в одной связке, а не оторванными друг от друга.[4] Созвучное слово должно совпадать с иностранным, даже достаточно созвучной части слова. Например: MESH (меш) петля, ячейка (сети). Созвучными могут считаться слова: «мешок» или «мешать». В зависимости от выбранного созвучия сюжеты могут быть такими: «ПЕТЛЯ МЕШАет выбраться» или «МЕШок завязали ПЕТЛЕЙ». Нужные слова (слово-созвучие и слово-перевод), наоборот, необходимо выделить, делать на них акцент. Если не получается сделать смысловой, то хотя бы интонационный акцент.[1] Часто для запоминания иностранного слова приходится подбирать не одно, а два созвучных слова. Это необходимо, когда слово достаточно длинное, а в родном языке нет похожего слова. В этом случае иностранное слово надо разбить на две части и подобрать слово к каждой из его частей (слова по возможности должны быть короткими и содержать как можно больше общих звуков с запоминаемым). Например, для английского слова NAPKIN (нэпкин) – САЛФЕТКА подбираем два созвучных слова: «НЕПтун» (или «НЕПоседа») и КИНул. Составляем сюжет: «НЕПтун КИНул в меня САЛФЕТКУ». При этом в сюжете первое и второе созвучные слова должны обязательно следовать одно за другим, и между ними не должно быть никаких слов. Надо заметить, что этот метод недаром носит название фонетических или звуковых ассоциаций. Необходимо подбирать ассоциацию именно к звучанию, а не написанию слова (во многих языках звучание и написание слов сильно отличаются).[2] Если вам пришелся по душе этот метод и вы хотите отработать его применение на практике, то можете попробовать выполнить следующее упражнение.

Перед вами несколько слов на английском языке. Подберите к ним звуковые ассоциации на русском и казахском языке и составьте сюжеты для запоминания.

CONCEAL (консил) - скрывать, утаивать. MUZZLE (мазл) – морда. LIP (лип) – губа. HILL (хил) – холм. SMASH (СМЭШ) – разбиваться. BALL (бол) – доп. TONGUE (тан) – тіл. LOOK (лук) – смотреть. US (аз) - біздікі. BUY (бай) - сатып алу. DENGUE (ДЕНГЕ) - лихорадка.

CONCEAL – скрывать. «КОНСУЛ скрывал важные факты». Можно запоминаемое слово разбить на две части и придумать созвучие к каждой из них: «КОНЬ» и «СИЛЬНЫЙ». «Скрывал КОНЬ, что СИЛЬный». MUZZLE – морда. «ИзМАЗал всю морду». Здесь хорошо бы использовать свои реальные воспоминания о том, как какое-нибудь животное измазало морду, вспомните, как оно при этом выглядело. Вообще же, когда сюжет переплетается с личным опытом, он запоминается особенно хорошо, поскольку активизируются не воображаемые, а реальные ощущения. HILL – холм. «ХИЛый с трудом

взбирается на холм». SMASH – разбиваться (вдребезги). «Разбился вдребезги, а ему все СМЕШно». BALL – бол. Бол теп допты. TONGUE – тіл. Таң атқанда тілінді тазала. US – бізге. Ас бізге қоректі зат. BUY – сатып алу. Бай болсан сатып ал. DENGUE – лихорадка. ДЕНЬГи лихорадят людей.[5]

Таким образом, метод фонетических ассоциаций отлично помогает запомнить значение слов. Таким образом, метод фонетических ассоциаций незаменим в условиях нехватки времени: при подготовке к экзамену, в туристической поездке или командировке, то есть в любой ситуации, когда за небольшой промежуток времени надо запомнить большое количество слов. С его помощью не составляет труда запоминать 30 – 50 слов в день, что согласитесь, совсем не плохо (это как минимум 11 тысяч слов в год). При этом самое важное то, что этот способ позволяет избежать утомительной зубрежки (что просто невозможно при традиционных методах заучивания иностранных слов) и даже может превратить запоминание слов в увлекательный, творческий процесс.[3]

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Плоткин, В.Я. Как устроен английский язык: - учебное пособие. – Москва.[2]
2. Селезнев, М.А. Фонетические ассоциации в иностранном языке: учебное пособие. – Москва, 1999.[3]
3. Беркович, С.Д. Звуковые (фонетические) ассоциации в процессе изучения английского языка. – учебно – методическое пособие. – СПб, 2000.[4]
4. Расторгуев, В.А. Запоминание иностранных слов при помощи иностранных звуковых ассоциаций: научно – популярное издание «Образование и бизнес» №5. – Москва, 1998.[1]
5. Concise Oxford Russian Dictionary: Издательский дом ИНФРА – М. – Москва, 2006.[5]

УДК 482.574

#### К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОБУЧЕНИЯ УСТНОЙ И ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ НА УРОКАХ РУССКОГО ЯЗЫКА

*Г.У. Анартаева, А.Н. Турсунов, Л.А. Бектурганова  
ЮКГУ им. М. Ауезова, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

*Бұл мақалада орыс тілі сабақтарында сөйлеудің ауызыша және жазбаша интенсивтендірін оқыту сұрақтар сөз болады.*

#### SUMMARY

This article is devoted to the teaching oral and written speech of Russian language.

Когда мы говорим об интенсификации обучения, речь, прежде всего, идет о традиционном обучении. Процесс обучения представляет собой процесс передачи информации. В процессе обучения следует различать мотивацию, сам процесс и его результаты.

Мотивация - это внутреннее побуждение к изучению языка, желание овладеть им в той или иной степени. Цель обучения необходимо определить четко, ибо курс обучения в нерусских группах (в нашем случае студенты-казахи) должен ставить и решать лишь конкретный, ограниченный, строго аргументированный ряд проблем речевой деятельности. Мотивация должна постоянно присутствовать в процессе обучения и ясно ощущаться студентами. Если студент не чувствует необходимости занятий, их целесообразности, у него возникает чувство неосознанного сопротивления усвоению информации.

Так, например, у студентов-казахов, находящихся в языковой среде, часто создается иллюзия, будто они достаточно хорошо владеют языком и дальнейшие занятия им не нужны. Они не любят процесс закрепления материала, мотивируя это тем, что "сколько можно повторять уже знакомое". Происходит это потому, что их речь, хотя еще и очень бедная лексически, плохо оформленная фонетически и интонационно, тем не менее правильно воспринимается окружающими и не препятствует коммуникации. А задача преподавателей развеять подобные иллюзии и доказать студенту недостаточность его знания. Для этого в качестве одного из приемов следует использовать ошибки студента, искажающие смысл высказывания и носящие абсурдно комический характер, например: Женщина идет под гору, гремя пустыми бедрами (вместо ведрами).

Студенты, приехавшие из периферий, для которых русский язык не является специальностью, часто относятся к изучению языка пренебрежительно. Это случается, когда они не понимают цели обучения языку в данном конкретном вузе и количество вводимой информации не совпадает с необходимым или намного превышает его. Поэтому цель преподавателя-руссита убедить студента, что лексика и грамматика, которые ему предлагаются, не содержат излишней информации, что этот материал действительно необходим ему для усвоения специальных дисциплин, облегчения общения, ключ к большим знаниям.

Разумеется, студент может в этом убедиться, лишь когда преподаватель сам будет знать границы данного микроязыка и найдет правильное соотношение между языковым правилом и речевым действием.

Мотивация тесно связана с результатом обучения. Следует иметь в виду также и уверенность студентов в результативности своего обучения на разных этапах. Чем больше студент убеждается в эффективности своего обучения, тем сильнее его побуждение к дальнейшему усвоению языкового материала. Весьма эффективны в этом отношении небольшие контрольные работы, подводящие итог усвоению очередного раздела курса. Говоря о процессе обучения, об особенностях мотивации и результата, не следует отделять их от процесса обучения. В процессе обучения участвуют три стороны: преподаватель, передающий информацию; студент, воспринимаящий информацию; среда, в которой происходит передача информации.

Роль среды (обстановки) здесь может быть двояким: мешает процессу обучения, отвлекая студента массой излишней информации; помогает, повышая интерес студента, если она служит целям обучения и достаточно дозирована. При вводе новых слов оправдывает себя предметная семантизация [2.75-78].

Таким образом, среда или действует угнетающе, вызывая скуку, или, наоборот, импонирует - вызывая радостное чувство или чувство удовлетворения. Поскольку среда не может быть полностью нейтральной, она, как и весь процесс обучения, должна вызывать положительные эмоции. В настоящее время не может быть эффективного обучения, если между преподавателем и студентом нет контакта. Это важно, т.к. преподаватель для студента не только источник информации, он - индивидуальность со своими вкусами, привычками, отношением к окружающему. Общение с преподавателем обязательно вызывает определенные эмоции. Нужно чтобы эти эмоции были положительными. Опытный преподаватель знает, что необходимая строгость должна уравновешиваться подчеркнутой справедливостью, а метод поощрения должен преобладать. Этого, конечно, недостаточно. Важно, чтобы сама манера общения была располагающей.

В процессе обучения студент является объектом воздействия. Все методические приемы, о которых уже упоминалось, ставили целью поддержать в студенте устойчивое внимание, закрыв доступ излишней информации. Однако этого не достаточно для интенсификации обучения. Нужны еще оптимальные условия для закрепления воспринятой информации. Обычно для закрепления прибегают к повторению, т.е. повторно вводят информацию. От преподавателя зависит, чтобы повторение не было монотонным, навязчивым и, следовательно, снижающим интерес к занятиям. При повторении можно использовать метод опроса и взаимного дополнения.

Здесь уместно упомянуть еще об одной проблеме: как вести занятие - от правила к действиям или от языкового действия к правилу. Важно заметить, что при отсутствии языковой среды правило вольно или невольно начинает преобладать. Лексический запас слишком скромен, речевое действие слишком непродолжительно, да и не является необходимым средством коммуникации. Иное положение в нашем случае в условиях языковой среды, в условиях стихийного владения родным языком. Тут, безусловно, преобладает речевое действие, а языковое правило призвало упорядочить его и дать студентам представление о системе языка. Итак, обучение студентов в вузах в условиях языковой среды - особый случай. Это предполагает следующие моменты: в начале их лексический запас мал, но поскольку речевое действие - обязательное средство общения, коммуникации, лексика быстро обогащается; студент подчас, зная правило, не успевает применить его, т.к. это замедляет темп речи. В самом деле, "беспрерывный" подбор падежей и предлогов, времен и наклонений в процессе общения вряд ли может вызвать положительные эмоции у говорящего. Значит нужно, чтобы языковое правило было сплавлено с речевым действием уже в процессе обучения. Основой при таком обучении является не лексическая единица - слово, а синтаксический блок - готовое словосочетание. Таким образом, общие условия интенсификации могут быть: поддержание интереса студентов к информации получаемой в процессе обучения; целесообразность привлеченного лексического грамматического материала. Основная работа над текстом лексическая, грамматическая тема не выделяется. Индивидуальный подход с учетом языковых способностей студента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев Б.В. Об основном методе и методах обучения иностранному языку. // ИЯШ., 1964;
2. Беляев Б.В. Очерки по психологии обучения иностранным языкам. - М., 1965. - стр.75-78;
3. Базис Н., Корж О., Оганесова С. Тексты для чтения по русскому языку для студентов экономики и права. - М., 1965.

УДК 482.57

#### ЗНАЧЕНИЕ ВНЕАУДИТОРНОГО ЧТЕНИЯ В ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ НА НЕЯЗЫКОВЫХ ФАКУЛЬТЕТАХ

*Г. У. Анартаева, А. Н. Турсунов  
ЮКГУ им. М. Ауезова, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

*Бұл мақалада тілдік емес факультеттерде орыс тілін аудиториядан тыс оқыту сұрағы сөз болады.*

#### SUMMARY

This article is devoted to the teaching process of Russian language in higher educational establishment.



Специфика неязыковых факультетов высших учебных заведений предполагает приоритет самостоятельного приобретения новых знаний студентами в процессе занятий языком. Чтобы лучше решить проблему подготовки личности с хорошими знаниями и навыками свободного владения языком, способного работать с иноязычным текстом как источником информации по своей специальности из всех видов самостоятельной работы студентов большее предпочтение отдается внеаудиторному чтению. Это так же ускоряет процесс приобщения будущего специалиста к иноязычной культуре.

Успех в организации внеаудиторного чтения зависит от определения норм чтения по семестрам, трудности читаемых текстов, стиля произведений, поэтапный переход от чтения художественной литературы, чаще адаптированной, к научно-популярному тексту, наконец, к научному. При чтении художественной литературы, прежде всего, на начальном этапе привлекаются тексты лингво-страноведческого характера [5,60-64]. Это повышает эффективность процесса обучения чтению и развития устной речи, повышает культурно-образовательный уровень студентов. Тексты художественной литературы подбираются таким образом, чтобы создать системное представление об этой литературе с целью достижения максимального знакомства с ее лучшими представителями.

Книга становится для большинства студентов своеобразным способом вхождения в разные стороны жизни и проблемы человеческих отношений. Отличительной чертой художественного текста является его антропоцентричность, т.е.художественная литература направленная, в первую очередь, на познание человека. Тексты научно-популярного стиля характерны доступностью форм изложения. Их цель - не освоение ,а ознакомление читателя с теми или иными сведениями через типовые приемы популярной отработки знания. Эти тексты подобранные с учетом специальности на действительно научно-лингвистической основе, отличаются доступностью, интересом изложения узко-специальных тем.

Эти тексты вырабатывают у студентов следующие навыки: оформления, т.е. автоматизированного пользования грамматическими, лексическими, фонетическими правилами. Исползования, т.е. правильного отбора языковых средств в адекватных ситуациях.

Синтезирования, т.е. порождения завершенного высказывания, состоящего из ряда языковых единиц, уровня предложений, соединенных в определенной логической последовательности. Следуя этим, формирование навыков чтения - это умение читать тексты по специальности.

Умение читать литературу по специальности является одной из задач обучения языкам на неязыковых факультетах. Она успешно реализуется, когда язык используется как средство получения информации для реальных задач учебной и научно-исследовательской работы студентов, а ядром творческой самостоятельности является наличие мотивов, т.е. внутреннего побуждения к ней. Чтение специальной литературы способствует развитию у студентов навыков работы со специальной терминологией, выделения основной информации и редактирования научного текста. В процессе работы с научной литературой студенты получают информацию для практической и научной работы по своей специальности. Все это будет иметь успех и значение только в том случае, если проработаны продуманные формы эффективного контроля.

Формы контроля тоже должны быть определены для каждого семестра обучения: на I-этапе - перевод отдельных абзацев на родной язык; ответы на вопросы по содержанию.на II-этапе - описание некоторых действующих лиц, определение фабулы содержания.на III-этапе - краткое сообщение о содержании научно-популярного текста; письменная аннотация. на IV-этапе - сообщение о новой информации, полученной из текста; реферирование статей; устная защита реферата. Желательно, чтобы чтение было систематическим, полезно проводить контроль на каждом занятии (выборочно) в виде отчета о прочитанном.

Таким образом, внеаудиторное чтение играет важную роль в процессе обучения языком, интенсифицирует учебный процесс, создает ситуацию естественного речевого общения, способствует проявлению творческой активности и самостоятельности студентов. На более продвинутом этапе обучения под самостоятельной работой студентов следует понимать любой вид деятельности студентов, связанной с формированием знаний, выработкой умений и навыков "самостоятельно добывать знания".

Естественно, в процессе такой работы обогащается словарный запас студентов, что входит в круг задач решаемых посредством внеаудиторного чтения. Чтение текстов как художественных, так и научно-популярных отличается большим лексическим, грамматическим своеобразием. К тому же чтение в продолжении обеспечивает достаточно частую повторяемость лексических единиц в новых контекстах, комбинациях и знакомых грамматических конструкций с новым лексическим накоплением. Словоупотребление может регулироваться путем насыщения текстового материала дополнительно в ходе адаптации текста.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Орлова В.А.,Чен Г.С. Методические рекомендации к изучению научного стиля. - Ош, 1990.
2. Быстрова Е.А.Теория и практика преподавания русскогоязыка.//Педагогика, N4, 1994.
3. Леонова И.Чтение как вид речевой деятельности.//РЯНШ,№10,1990.
4. Селиванова Н.А.Литературно-страноведческий подход к отбору текстов для домашнего чтения.//ИЯ.,№1, 1991.
5. Шарипова С.Н.Организация итогового контроля в практическом курсе русского языка. // РЯНШ, №7, 1990.

СОДЕРЖАНИЕ

<b>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Б.М. Бекшиев</i> .....	3
ERYTHROCYTIC TRANSPORT OF GLUCOSE IN OXYGEN DEFICIENCY <i>М.К.Канкозжа</i> .....	5
АНАЛИЗ МАТРИЦЫ «BABIES» ПО ЮКО <i>Б.С. Малгаждарова, И.М. Глазбная, Г.Ж. Нурмухамедова, Н.Л. Шатаева, С.Б. Аккошкарлова, А.К. Аликул, А.Ш. Бапахова</i> .....	7
УСИЛЕННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА БЕЗОПАСНОСТЬЮ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ С ВХОЖДЕНИЕМ КАЗАХСТАНА В ЕДИНЫЙ ТАМОЖЕННЫЙ СОЮЗ <i>А.С. Кидырова, В.Н.Губарева, Г.Д.Есембекова, Л.З.Белгибекова</i> .....	9
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ПЫЛЕОБРАЗОВАНИЯ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПЛОЩАДКАХ ПРИ ОТКРЫТОЙ ДОБЫЧЕ МАРГАНЕЦСОДЕРЖАЩЕЙ РУДЫ <i>К.И.Садыков</i> .....	11
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ САМООЦЕНКИ И ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>А.М.Жаксыбергенов</i> .....	14
РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ЗАНЯТЫХ НА ХЛОПКОВОМ ПРОИЗВОДСТВЕ <i>А.М.Жаксыбергенов, Н.У.Шардарбеков, А.О.Сапарғалиева</i> .....	17
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНЕ ДИСЛОКАЦИИ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА <i>М.А. Булешов, Г.А. Алиева, Б.Е. Шаймерденова, Н.Б. Мауленов, Т.А. Маймаков</i> .....	19
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КВОТ ДЛЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЮКО ЗА 2009 ГГ <i>Д. Б.Тюрбаева</i> .....	21
О РЕГИСТРЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПО ДАННЫМ Г. ШЫМКЕНТА И ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2007-2009 ГОДЫ <i>А.К. Мауленова</i> .....	23
ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИНСУЛЬТ АУРУЫНАН ТУЫНДАҒАН МҮҒЕДЕКТІКІ ОҒАЛТУДЫҢ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУ ЖОЛДАРЫ <i>С.Қ.Еркебаева, Г.У. Дүйсен, К.А. Қазыбекова</i> .....	24
УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ЕТУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ МІНЕЗДЕМЕСІ <i>М.Б. Қаржаубаева, М.Ә. Бөлешов, Т.А. Маймаков</i> .....	27
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К РАЙОНУ ДИСЛОКАЦИИ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВУЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА <i>Г.А. Алиева</i> .....	29
ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИНСУЛЬТ БОЙЫНША МҮҒЕДЕКТІК ОҚИҒАЛАРЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ <i>С.Қ. Еркебаева</i> .....	32
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>С.М. Саркулова, Д.М. Булешов</i> .....	36
ЕМХАНАҒА ҚАРАЛУ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ <i>С.М. Досжанова</i> .....	38

ӨНДІРІС ЖҰМЫСШЫЛАРЫ ЖӘНЕ ҚОРҒАСЫН ЗАУЫТЫНА ЖАҚЫН ОРНАЛАСҚАН АУМАҚ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ АУРУЫНЫҢ НЕГІЗГІ ҚАУІП ҚАТЕР СЕБЕПТЕРІНІҢ ТАРАЛУЫН БАҒАЛАУ <i>М.А. Булешов, С.М. Досжанова, Г.К. Каусова</i> .....	40
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ <i>Г.О. Сапарова, М.А. Булешов, Т.А. Маймаков</i> .....	43
ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>С.К. Еркебаева</i> .....	45
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ РАННЕЙ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ <i>Д.М. Тулебекова</i> .....	48
КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ <i>Ш.Х. Оспанова</i> .....	49
СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Я.Г. Чуриева, Г.К. Жакыманова, Б.Е. Шаймерденова</i> .....	51
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Н.А.Сарыбаева</i> .....	54
МЕЖЛАБОРАТОРНЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИСПЫТАНИЯ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ ИСПЫТАТЕЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРИЙ <i>А.С.Кидырова, В.Н.Губарева, Г.Д.Есембекова, Л.З.Белгибекова</i> .....	57
ФАКТОРЫ ХЛОПКОВОГО ПРОИЗВОДСТВА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН <i>А.О.Сапаралиева, Р.Т.Тлеужан, Д.А. Азимова, М.Т.Ерназарова</i> .....	58
ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ <i>М.А. Булешов, М.У. Анартаева, Г.О. Сапарова</i> .....	60
ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ХЛОПКОВОДСТВА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ <i>Р.У.Кадырова, Т.И. Варзилов, А.Р. Алимбетова, В.И. Гавриков, Б.Т. Адильбекова, Г.Р. Арыстанбаева, Б.А. Ахметова</i> .....	63
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО САЙРАМСКОМУ РАЙОНУ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ <i>Идрисов К.С.</i> .....	65
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТИРОЗИН - И ТРИПТОФАН СОДЕРЖАЩИХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>М.Т. Серикбаева, А.К. Джусупов, М.А.Емешева, Т.О.Жундибай, М.А.Садыкова</i> .....	68
УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІ <i>Б.Қ. Досыбаев, М.Б. Қаржаубаева, Г.У. Дүйсен, К.А. Қазбекова, Г.К.Жакыманова</i> .....	71
ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЮКО <i>А.Ш. Бапахова</i> .....	73
РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ИНТЕГРАЦИИ ЗАПАДНОЙ И ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Г.А. Дуцанова, Ж.Е. Куттыгулова</i> .....	76

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА <i>Ж.Е. Қуттыгулова, Г.А. Дуцанова.....</i>	78
АНГИОТЕНЗИН ІІ РЕЦЕПТОРЛАРЫНЫҢ АНТАГОНИСТЕРІН АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ НӘТИЖЕЛЕРІ <i>Д.М. Тулебекова .....</i>	80
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ <i>А.К. Карабеков, Е.Т. Бектаев, Н.С. Нарходжаев.....</i>	81
ФАРМАКОФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ КРОВОТОКА В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ <i>М.А. Файзиева.....</i>	83
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМАТОМИЕЛИЕЙ <i>Г.М. Еликбаев.....</i>	85
СУБКЛИНИКАЛЫҚ ГИПОТИРЕОЗДЫҢ ЙОДТАПШЫЛЫҚТА АЙМАҚТАҒЫ ЕМІ <i>Г.А.Шагиева, Қ.А.Сартаева, Э.Ж.Искандирова, Б.О.Сахова.....</i>	90
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ <i>Н.С. Нарходжаев.....</i>	92
АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОТЕРИ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Э.Ш. Султанов, Б.А.Наржанов, Г.К. Усенов.....</i>	96
СОЗДАНИЕ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ <i>Э.Ш.Султанов, Б.А.Наржанов, Г.К. Усенов .....</i>	98
ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>М.Т.Серикбаева, Ж.З. Ахментаев, Г.В. Пягай, Ж.А.Тлеулиева, Г.А. Алиева .....</i>	100
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>А.Х. Хайрулла, Б.М. Ашыкбаева, Н.А. Жалимбетова, Д.А. Жумадилова, Н.А. Баширова.....</i>	101
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГЕСТОЗЕ <i>М.С.Тажибоева, Б.С. Ахметов, Ж.А.Хансеитова, М.Ш.Турсынханов, Б.О.Жармакина, С.А.Намазбекова .....</i>	103
ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ТАҒАМДЫҚ АЛЛЕРГИЯ <i>А.Х. Хайрулла, А.Н.Умарова, А.Е.Мынбаева, М. Ахметова, Г.С.Сатканова, А. Дуйсеналиқызы.....</i>	105
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>Г.Е. Бектенова, С.В. Катхе.....</i>	108
ЖҮҚТІЛІКТІҢ ҮЗІЛУ ҚАУПІН КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕУ ҚАҒИДАЛАРЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ <i>Л.М. Бегімбекова, К.С. Аширханов, Т.И. Варзилов, Г.Р. Арыстанбаева, Л.Т. Бердибек, А.Д. Ауданова.....</i>	111
БАЛАЛАРДАҒЫ НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМДА ГОМЕОСТАЗДЫ БҮЙРЕКШІЛІК РЕТТЕУ ЖҮЙЕСІ <i>У.Р.Карсыбаева, Р.А.Аманбаева, Б.Б.Абрахманова, А.Талғатқызы.....</i>	113
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>А.К. Айтаханова, Г.Б. Батырханова, З.С. Калгинбаева, Г.С. Тлеубаева .....</i>	115
ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ОБМОРОЧНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ <i>М.А. Хайруллаев .....</i>	116

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОНАТАЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ <i>А.Х. Хайрулла, Н.А.Алиханов, А.Н. Умарова, Н.А. Баширова, Н.А. Жалимбетова, А.А.Есентаева</i> .....	117
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЕВ <i>Л.З. Енсебаева</i> .....	119
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ <i>С.М. Мамаева</i> .....	121
ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА <i>Н.Д. Жамбаева</i> .....	122
МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА <i>Ж.К. Абенов</i> .....	125
ПРОБЛЕМА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В НЕЙРОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Э.А.Абдухалилова</i> .....	126
ПРОБЛЕМА ЗАИКАНИЯ В ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ <i>Э.А.Абдухалилова</i> .....	128
КАРТОГРАММА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА И ИХ ПРОГНОЗНЫЕ ТРЕНДЫ ДО 2015 ГОДА <i>У.К. Жумашиев</i> .....	130
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ <i>Т.И. Варзилов</i> .....	135
ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>Б.М. Ашыкбаева</i> .....	136
РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В РАЗВИТИИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ <i>С.К. Оспанова</i> .....	138
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>К.К. Салхожаева, А.М. Айтбекова, С.М. Мамаева, К.С. Ахметова, Ш.Т.Оналбеков</i> .....	141
ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У РАБОТНИКОВ ШУ-САРЫСУЙСКОЙ УРАНОВОРУДНОЙ ПРОВИНЦИИ <i>Р.А. Шакиева, А.Х. Оспанова, У.А. Жумабаев, Г.С.Туктибаева</i> .....	142
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>А.А. Алдешев, С.А. Намазбекова, С.Т.Рахматов, П.Садуакасов,</i> <i>Б.Б.Махатова</i> .....	145
ОПТИМИЗАЦИИ ТЕХНИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ <i>В.Э. Цай</i> .....	147
ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С ЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ <i>А.А. Алдешев, С.Т. Рахматов, Ж.Ж.Артыкбаев, П.Садуакасов, Б.Б.Махатова</i> .....	148
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Л.А. Галиева</i> .....	150
ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ЗАРДАБЫ <i>М.Е.Тлеубаев</i> .....	151
ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДОВ С ПОМОЩЬЮ ДОППЛЕРОГРАФИИ <i>С.Б.Енсепов</i> .....	153

<b>ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ</b>	
КҮНЖІТ МАЙЫ НЕГІЗІНДЕ ЖАСАЛҒАН СУППОЗИТОРИЙЛЕРДІҢ ҚҰРАМЫ ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯСЫ <i>Г.А. Жузенова</i> .....	155
ПРИМЕНЕНИЕ СУМАМЕДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>А.И. Нуранова</i> .....	157
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ГИДРОЛИЗАТА СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ «ХУМАНА ГА-1 И 2» В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА <i>Р.О. Абдраманова</i> .....	158
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ, ОДЫШКУ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ <i>Л.А. Галиева</i> .....	160
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДЛЯ ТЕРАПИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ <i>Ж.У. Есжанова, С.У. Базарбаева, С.М. Айдарбекова</i> .....	162
ЖҮРЕК БЫРҒАҒЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ БАР НАУҚАСТАРДА МАГНЕ В6 ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІГІ <i>Л.Б. Байтемирова</i> .....	164
ЛЕРКАНИДИПИННІҢ ЭФФЕКТІЛІГІ МЕН ҚАУПСІЗДІГІ ТУРАЛЫ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗІ <i>Л.Б. Байтемирова</i> .....	166
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ <i>Д.Т. Мухитдинова</i> .....	167
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БОНВИВА» ПРИ РЕНАЛЬНОЙ ОСТЕОПАТИИ <i>Г.И.Кадеева</i> .....	169
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛОКСОФ» В ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА <i>Ж. К. Абенов</i> .....	170
ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРВИЧНЫХ ОБРАЩЕНИЙ В АПТЕЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ <i>Р.А. Шаймерденова</i> .....	172
«АНТИПСИХОТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ» <i>Б.С. Ахметов</i> .....	174
ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ <i>З.А. Керимбаева</i> .....	177
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПРИ ЗАПОРАХ <i>Р.А.Шаймерденова, С.Т. Рахматов, М.А. Аскарбек, Г.М.Есеева</i> .....	179
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ФЕТО - И ПЛАЦЕНТОМЕТРИЯ, УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК И КАРДИОТОКОГРАФИЯ ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ <i>А. А. Сагиндыкова</i> .....	181
РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАРМАЦЕВТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>М.М.Сапақбай</i> .....	184
СИЛЬНЫЕ И СЛАБЫЕ СТОРОНЫ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ РИСКИ ЕЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН <i>Б.К. Махатов, А.Д. Ахимова</i> .....	186

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ <i>Л.Ю. Пак, Б.К. Махатов, А.Д. Ахимова</i> .....	190
<b>СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ</b>	
СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ <i>Г.И. Кадеева</i> .....	194
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>М.Е. Глеубаев</i> .....	196
<b>ОБЗОРЫ</b>	
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К РУДОДОБЫВАЮЩИМ ПРОИЗВОДСТВАМ (ОБЗОР) <i>О.А. Абеуова, Н.Р. Рамаиов, К.И. Садыков, Р.А. Мыктыбаева, А.Б.Абеуов</i> .....	199
ЕМІЗУ ЖӘНЕ ЖАСАНДЫ ҚОСПАЛАР (ӘДЕБИ ШОЛУ) <i>К.А.Мұстафина</i> .....	201
ДӘРІГЕР-СТОМАТОЛОГТАРДЫҢ АУРУШАҢДЫҒЫ МЕН ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫНЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ) <i>Е.М.Қожабеков</i> .....	206
ГЕМОФИЛИЯЛАРҒА ЗАМАНУИ ҚӨЗҚАРАС (ӘДЕБИ ШОЛУ) <i>К.Т.Байжанова</i> .....	210
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛНИЦ СЕЛА И ФАКТОРЫ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Р.Т.Глеужан</i> .....	214
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Р.К. Джунусова, Э.А.Абдукасымова, А.И.Абдраманова, А.У.Байкубекова, К.М.Халимова</i> .....	217
ЭХОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Р.К. Джунусова, Г.У.Акбердиева, А.И.Абдраманова, А.У.Байкубекова, Д.А. Борибаева</i> .....	220
<b>ПЕДАГОГИКА</b>	
МЕТОД ФОНЕТИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА <i>Т.Ж. Сабитов., А.Ж. Жексембаева</i> .....	223
К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОБУЧЕНИЯ УСТНОЙ И ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ НА УРОКАХ РУССКОГО ЯЗЫКА <i>Г.У. Анартаева, А.Н. Турсунов, Л.А. Бектурганова</i> .....	224
ЗНАЧЕНИЕ ВНЕАУДИТОРНОГО ЧТЕНИЯ В ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ НА НЕЯЗЫКОВЫХ ФАКУЛЬТЕТАХ <i>Г. У.Анартаева, А.Н.Турсунов</i> .....	225

**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 одним (1) 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 двух языках (на русском, английском, если статья на казахском языке; если статья на русском языке — резюме составляется на казахском, английском языках; если статья на английском языке - резюме, соответственно, на казахском, русском 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>