

ХАБАРШЫСЫ

№ 1 (46), 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
<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, доцент
Баймахамбетов Ж.Ж. – доктор мед.наук, профессор
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Дуцанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Карабеков А.К., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.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)

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.342 – 002.44 – 053.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Г.Т. Мырзабекова

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

ТҮЙІН

Балалардағы он екі ішектің жаралы ауруының клиникалық ағымның ерекшеліктері.

Балалардың асқорыту мүшелерінің созылмалы ауруларының арасындағы негізгі орынды жаралы ауру алады. Қазіргі кезде жаралы ауру терапия әдістерін жетілдіру, дамытудың тетіктері және клиникалық ағымның ерекшеліктері мағыналы факторлар болып саналады, сондай-ақ ары қарай зерттеулеріне лайық болатын медико-әлеуметтік мәселе болып табылады.

Ауруды жасару, ауыр ағымы бар патологияның еншісін үлкеюлерді белгілейді. 60% балаларда он екі ішектің жарасы тыртық деформация түрінде белгіленеді. Осы мәлімет балаларда жаралы міннің қолайсыз тыртықтануы туралы куәландырады. Бала

лардағы жаралы ауруды клиникалық пайда болуы аурудың кезеңіне және ойылымның оқшау бөліктерінен тәуелді болады.

SUMMARY

Among the chronic diseases of the digestive system in children an important place belongs to peptic ulcer. Currently, this disease is the medical and social problem that needs further study and predisposing cause significant factors, the mechanisms of development and clinical course, and improve the methods of therapy.

Note «Rejuvenation» disease, increasing the proportion with severe disease. Clinical manifestations of peptic ulcer in children depend on the disease stage and localization of ulcers. 60% of children have scar deformity bulbs. This factor indicates unfavorable scarring of the ulcer in children.

Keywords: children, peptic ulcer disease, eradication therapy, diagnosis, scar deformity.

В последние годы отмечается рост хронических болезней среди детского населения [1].

Известно, что распространенность заболеваний гастродуоденальной области в настоящее время превышает 300 на 1000 детского населения [2]. Одно из первых мест в структуре соматической патологии среди детей г. Алматы занимают болезни органов пищеварения [3] и общая тенденция к их росту продолжает сохраняться.

Нами была исследована структура заболеваний у детей, находящихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ № 2 г. Алматы (главный врач - к.м.н. Брежнева И.В.). Рубрификацию гастроэнтерологических заболеваний проводили по принадлежности к группам заболеваний в соответствии с «Международной номенклатурой и классификацией заболеваний, травм и причин смерти» X пересмотра.

Структура болезней органов пищеварения по группам заболеваний у детей г. Алматы

Таблица 1

Группы заболеваний	По годам		
	2006 (абс.число/%)	2007 (абс.число/%)	2008 (абс.число/%)
Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	1029/98,7	882/96,4	876/96,3
Болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы	6/0,5	12/1,3	13/1,4
Болезни кишечника	5/0,4	11/1,2	16/1,7
Прочие	2	9	4
Итого	1042/100	914/100	909/100

Как видно из таблицы 1, в структуре выявленной патологии в целом преобладали заболевания желудка и 12-перстной кишки, чаще в возрастной группе 10-14 лет. В динамике отмечается рост болезней печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и кишечника в 2-3 раза.

Нами также было проведено углубленное изучение факторов риска формирования язвенной болезни у детей.

Язвенная болезнь у детей г. Алматы за период 2006-2008 гг

Таблица 2

Нозологическая форма	По годам		
	2006 %	2007 %	2008 %
Язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка	3,6	3,9	5,7

Проведенный анализ показывает увеличение числа детей, страдающих язвенной болезнью за период 2006-2008 гг. с 3,6% до 5,7%. Возрастно-половой анализ показал максимальную частоту заболевания в возрасте 10-11 лет и 14 лет, и преобладание в 2 раза чаще у мальчиков. Длительность заболевания у 70% детей была более 1 года. Всем детям были проведены углубленные лабораторно-инструментальные исследования, которые включали анализ крови, мочи, кала, ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, фиброгастро스코пию. При проведении ЭГДС выявляли выраженность изменений в пищеводе, желудке и ДПК и оценивали в зависимости от распространенности гиперемии слизистой оболочки, степени отека, размеров и количества дефектов слизистой оболочки.

Следующая задача заключалась в изучении преморбидного фона и наиболее часто встречающихся факторов риска, их места в развитии язвенной болезни.

Аntenatalный и пренатальный периоды жизни наблюдаемых детей были отягощены наличием хронических заболеваний у мам (72%), анемией во время беременности (48%), частыми отрицательными психоэмоциональными воздействиями во время беременности. Только в отдельных наблюдениях у родителей не выявлялись хронические заболевания органов пищеварения.

Изучение характера вскармливания детей первого года жизни показало, что в группе детей с язвенной болезнью больше половины детей (60%) находились на грудном вскармливании. Наиболее значимыми факторами для возникновения язвенного поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки являлись: частые повторные ОРВИ, хроническая ЛОР-патология. Необходимо отметить сочетание язвенной болезни с патологией органов мочевой системы, а именно с хроническими пиелонефритами у 30% детей.

Клиническая симптоматика язвенной болезни отличалась полиморфизмом. В то же время наиболее закономерными были боли в животе тощакового характера (78,5%), локализующиеся в эпигастриальной у 100% детей, пилородуоденальной областях (32%), и у 70% детей в правом подреберье. Болезненность при пальпации живота отмечалась практически у всех, но наиболее часто в эпигастрии и пилородуоденальной области, правом подреберье. При анализе характера болевого синдрома у половины детей она была давящего характера. Необходимо отметить, что у 60% детей отмечалась рубцовая деформация луковицы ДПК. Данный фактор свидетельствует о неблагоприятном рубцевании язвенного дефекта у детей.

Моторно-эвакуаторные нарушения были представлены гастро-эзофагальным рефлюксом у 20% и дуодено-гастральным рефлюксом у 40% детей.

Разнообразными были и диспепсические расстройства, которые проявлялись нарушением аппетита, его снижением либо избирательностью; чувством тяжести в эпигастриальной области и ощущением чувства быстрого насыщения; у 50% наблюдалась отрыжка воздухом, у 30% пациентов - изжога; у 30% детей - тошнота и рвота съеденной пищей; выявлялись сухость во рту и неприятный запах изо рта; вздутие и урчание в животе; запоры. Анализ диспепсических расстройств указывал чаще на сочетанный характер поражения органов пищеварения у наблюдаемых пациентов.

Наряду с характерной абдоминальной болевой клинической симптоматикой и диспепсическими расстройствами у большинства обследуемых больных выявлялся астеноневротический синдром в виде периодической головной боли (78%), повышенной утомляемости, головокружения, непереносимости транспорта, душных помещений и др.

При оценке эндоскопических изменений органов гастродуоденальной зоны, очень часто (85,3%) воспалительные изменения распространялись и на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, что позволяло диагностировать гастродуоденит. У детей с язвенной болезнью, как правило, язвенный дефект был обнаружен в луковице двенадцатиперстной кишки, в единичных наблюдениях имели место множественные язвы слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

В проводимых исследованиях *H.pylori* был обнаружен бактериологическим, дыхательным уреазным тестами у 74% больных.

С учетом результатов обследования детей в специализированном отделении назначали эрадикационную и симптоматическую терапию.

Эрадикационная терапия (триплекс - терапия) включала амоксициллин, β -лактамный антибиотик, нарушающий синтез гликопротеидов в стенке бактерий. Выделенные клинические штаммы *Helicobacter pylori* были проверены на чувствительность к широкому спектру антибактериальных препаратов. Высокий эрадикационный эффект в наших наблюдениях отмечался у азитромицина, который мы применяли наряду с

кларитромицином. Третьим компонентом эрадикационной терапии были ингибиторы протонной помпы. Использование у детей современных протоколов эрадикационной терапии позволили достигнуть репарации на 10-12 день лечения.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что язвенная болезнь представляет серьезную проблему в педиатрической практике, в связи с высоким уровнем распространения, омоложением патологии, утяжелением клинического течения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Машкеев А.К., Карсыбекова Л.М., Шарипова М.Н. Вопросы терапии хронической гастродуоденальной патологии у детей. Алматы. 2005; 254
2. Детская гастроэнтерология (избранные главы). Под ред А.А.Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. Москва.2002; 592.
3. Куанышбекова Р.Т. Состояние педиатрической службы г. Алматы. Международная конференция «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям»: Материалы. Алматы. 2009; 233-235

УДК: 616.211-002.73:616.5-002.73 (574)

К ВОПРОСУ О СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЛЕПРЫ ПОЛОСТИ НОСА

С.С. Мауяева

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

ТҮЙІН

Лепроматозды нес наукастарында мұрынның зақымдалуы 66,7%-100% кездеседі. Олар әдетте мұрынның алдыңғы бөлігінде орналасады, және мұрынның пердесінің зақымдануы және сыртқы мұрынның деформациясын шақырады. Зақымдану лепрома мен, инфильтраты, ойық жарамен және тыртық пен, кірпікшелі эпителиямен, нерв талшықтарының қан тамырларының, бездерінің, өзгерістерімен, трофикалық бұзылыстармен, шірішті қабаттың және кеуілжердің атрофиясымен көрінеді. Көпшілік наукастарда иіс сезу бұзылуы. Лепроматозды пестің ерте көріністеріне тұмау, термиальді, тактильді және ауру сезімділігінің бұзылуы жатады.

SUMMARY

Defeating frequency of a nose mucous membrane in patients with lepromatous leprosy on different authors data vary from 66,7 % to 100 %.

They are usually localized in forward departments of a nose, quite often destroy a nasal partition and cause deformation of an external nose. Defeats are shown legroom, infiltrate, ulcer and hems, changes vibrating epithelioid nervous fibers, blood vessels, glands, tropic frustration, atrophic a mucous membrane and nasal bowls. At many patients sense of smell is lowered. Cold infringement of thermal, tactile and painful sensitivity are early signs of lepromatous leprosy.

Частота поражений слизистой оболочки носа у больных лепроматозной проказой по данным различных авторов варьирует от 66,7 до 100%. Некоторые исследователи считали насморк одним из первых проявлений лепры и придавали большое диагностическое значение носовому кровотечению, считая его таким же патогномоничным симптомом для лепры, как легочное кровотечение для туберкулеза легких. К ранним признакам лепры относятся отечность слизистой оболочки носа и пятна желтого или серого цвета.

По данным авторов которые считают, что лепроматозному риниту обычно предшествуют другие симптомы, а изменения в носу следует относить не к продромам, а к начальным проявлениям активной лепры.

Различают 4 стадии развития специфического процесса в носу: 1) продромы, 2) инфильтраций 3) изъязвления и 4) рубцевания.

Первичные проявления в носу могут сопровождаться лихорадкой и ознобом или развиваться на фоне видимого благополучия. Больные обычно жалуются на ощущение сухости в носу и чихание. Слизистая оболочка носа воспалена, отечна с расширенными сосудами, набухшая с слизисто-серозным отделяемым. Дыхание через нос затрудняется. В дальнейшем на этом фоне появляются лепромы величиной от просяного зерна до вишневой косточки, бледно-желтые, иногда с легким красноватым оттенком, они напоминают капли застывшего воска или имеют вид манной крупы. Лепроматозные инфильтраты обычно мягкие, бледно-красные или серовато-красные, рыхлые, легко кровоточат при дотрагиваний.

Лепромы и инфильтраты локализуются, главным образом, в передних отделах носа, в хрящевой части перегородки и реже на латеральных стенках полости.

Если лепромы под влиянием лечения не рассасываются, то они рано или поздно изъязвляются. Выделения из носа становятся вязкими и густыми, сливкообразными, желтовато-молочного цвета, содержат большое количество микобактерий. Количество эксудата в носовой полости уменьшается, он засыхает и

образует желтоватые корки, позднее более плотные и толстые, а при присоединение сукровицы или крови темно-бурые, иногда почти черные.

Язвы только иногда болезненны, края их ровные, округлые, дно гладкое, нередко покрыто гнойно-кровянистыми корками, часто они достигают хряща или кости. Постепенно язвы увеличиваются в диаметре, углубляются, нарушают питание четырехугольного хряща и вызывают прободение носовой перегородки. Дефекты носовой перегородки - от точечного отверстия до значительных размеров, чаще округлые, с утолщенными краями, кровоточат и окружены инфильтрированной слизистой оболочкой.

Обильные корки затрудняют носовое дыхание. После удаления корок обнаруживается язва или перфорация перегородки. Корки прикреплены очень крепко, располагаются, обычно, в обеих половинах носа, в передних отделах. Обычно они издают неприятный приторный запах. Корки в носу обнаруживаются у 51-81,8% лепроматозных больных.

Чаще дефекты возникают в переднем отделе перегородки, что приводит к нарушению архитектоники носа. Н.Сеггити с авторами, 1945; Н.С.Уайс, 1954; и др. Е.Жансельме (1934) объясняет разрушение хряща интерстициальным рассасыванием его, J.Jadossohn (1928) – некрозом, размягчением и даже нагноением хряща. В.П.Беловидов (1932) полагает, что хрящевой остов носа инфильтруется лепроматозной гранулемой, разрушается и замещается фиброзной тканью.

Слизистая оболочка передней части носовой перегородки постепенно разрушается, чему способствует нарушению питания вследствие запустения сосудов и присоединения вторичной инфекции.

Язвы слизистой в результате распада лепрой и инфильтратов часто разрушают хрящевой отдел носовой перегородки, костный же - значительно реже. Разрушение хрящевого отдела носовой перегородки приводит к западению нижней части спинки, а иногда и кончика носа. Иногда лепромы и инфильтраты при обратном развитии заканчиваются рубцовой атрофией.

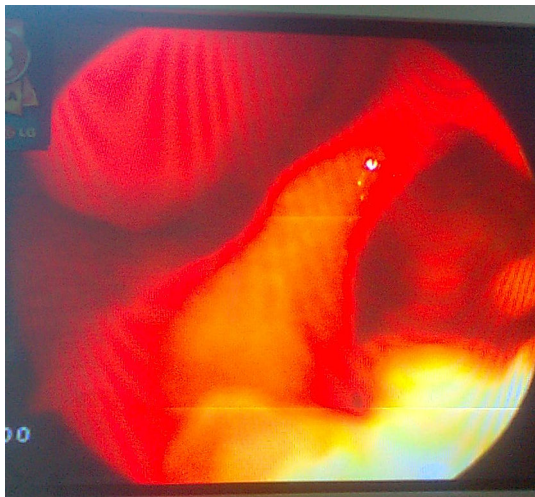


Рисунок 1

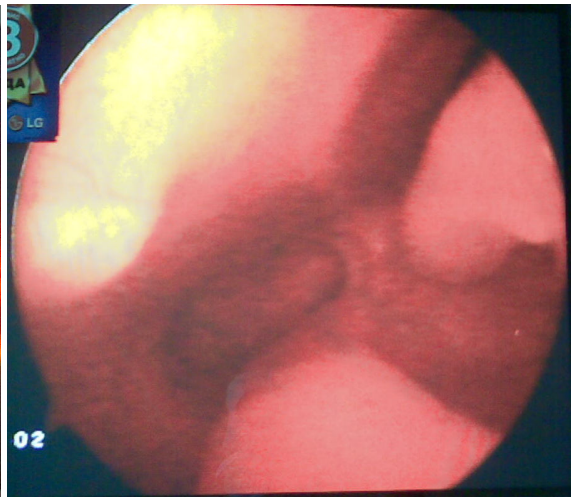


Рисунок 2

Лепромы, инфильтраты и рубцы вызывают изменения мерцательного эпителия, нервных волокон, кровеносных сосудов, желез, что в конечном итоге приводит к атрофии слизистой оболочки и носовых раковин. Часто образуется синехии между перегородкой и раковинами, что также усиливает деформацию носа. Слизистая оболочка беловатая, сухая, рожистоподобная, иногда напоминает пергаментную бумагу.

С.К.Джоб со авторами (1966) приводят описание гистологических изменений слизистой оболочки, хряща и кости при всех четырех стадиях поражения носа при лепроматозной проказе. В первой стадии продромы имеется значительное увеличение продукции слизи клетками эпителиальной выкладки, отек и увеличение сосудов субмукозного слоя, инфильтрация его большим количеством лимфоцитов и плазматических клеток и небольшим – макрофагов, содержащих микобактерии и гипертрофию желез.

Во второй стадии инфильтрации слизистая оболочка утолщена и отечна. Субэпителиальная ткань инфильтрирована вакуолизованными пенистыми макрофагами, содержащими микобактерии, отдельными лимфоцитами и плазматическими клетками. Железы гипертрофированы, окружены воспалительным инфильтратом и выделяют обильный секрет. Иногда эпителиальная выстилка желез атрофична. Надхрящница утолщена и инфильтрирована макрофагами.

Стадия изъязвления характеризуется разрушением хряща носовой перегородки лепроматозным инфильтратом. Цилиндрический эпителий атрофичный и истонченный, но с оставшимися слизистыми железами, замещается многослойным плоским. Изъязвленные участки часто вторично инфильтруются. Надхрящница и хрящ инфильтрируются грануломатозной тканью и постепенно разрушаются. Носовые раковины могут частично или полностью атрофироваться.

В период рубцевания происходит метаплазия цилиндрического эпителия в многослойный плоский, где субэпителиальная ткань перегородки замещается фиброзной с наличием лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов с вакуолизированной цитоплазмой. Часть хряща гиалинизируется. Микобактерии лепры встречаются редко.

Нарушения чувствительности слизистой оболочки носа у большинства больных лепроматозной проказой отмечаются на участках слизистой оболочки, констатируют резкое понижение, вплоть до выпадения, тактильной и болевой чувствительности, что объясняется сдавлением специфическим инфильтратом чувствительных нервных волокон. При рассасывании инфильтрата чувствительность постепенно восстанавливается. В передних отделах носовой перегородки и носовых раковин тактильная чувствительность в ряде случаев отсутствует, а болевая понижена, внешне слизистая представлялась неизменной, но гистологически установлено формирование специфического инфильтрата. Н.Cerruti со авторами (1945) констатировал изменения термической чувствительности слизистой оболочки носа у болеющих различными типами лепры при видимо нормальной слизистой оболочки и при отрицательных результатах бактериоскопических исследований соскобов.

Чем длительнее заболевание лепрой, тем чаще нарушается чувствительность

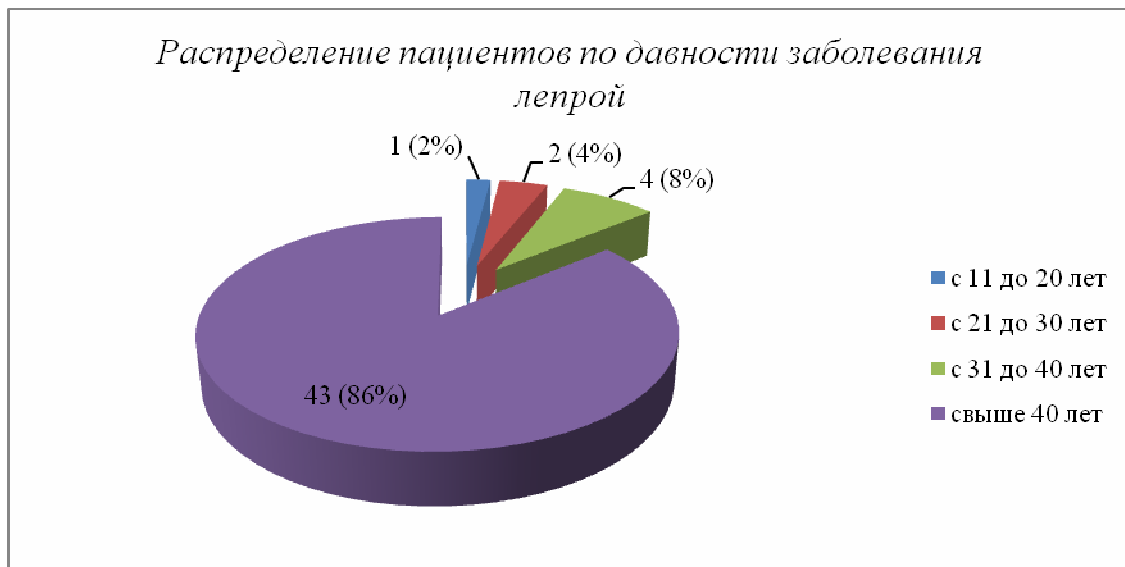


Рисунок 3

По нашим исследованиям из 50 обследованных больных лепроматозной проказой установлено, что расстройства температурной чувствительности встречаются несколько чаще (50,7%), чем болевой (47,4%) и тактильной (45,4%).

Исследователь J.Goldschmidt в 1897 году первым бактериоскопически в носовой слизи у 2 больных обнаружил спирто- и кислото- устойчивые бациллы. Широко популяризировал и внедрил в практику исследования носовой слизи для диагностики лепры.

Е.Jeanselme (1897) для взятия материала рекомендует делать поверхностный соскоб слизистой носа и из полученного материала делать мазки. Более эффективен метод «биопсии соскобом». После анестезии с подозрительного участка с помощью острой ложки берется материал, который растирается между двумя стеклами, фиксируется и окрашивается по Циль-Нильсену. Н.Cerruti со авторами (1945) рекомендуют метод поскабливания слизистой перегородки носа с обеих сторон до получения кровянистого тканевого субстрата, а при отрицательном результате исследования на микобактерии лепры, производить кюретаж слизистой оболочки в переднем отделе носовой перегородки.

Р. Chaussinand (1955) советует ватным тампоном плотно накрученным на зонд сильно тереть с одной стороны носовой перегородки, стараясь не вызвать кровотечения, а другим тампоном проделать тоже с другой стороны и обязательно просматривать оба препарата. По его мнению манипуляции кюреткой можно избежать. Если слизистая оболочка у больного поражена, то метод Е.Jeanselme дает положительные результаты.

Таким образом, поражения носа у больных лепроматозной проказой встречаются в 66,7%-100%. Они обычно локализируются в передних отделах носа, нередко разрушают носовую перегородку и вызывают деформацию наружного носа. Поражения проявляются лепромами, инфильтратами, язвами и рубцами, изменениями мерцательного эпителия, нервных волокон, кровеносных сосудов, желез, трофическими расстройствами, атрофией слизистой оболочки и носовых раковин. У многих больных понижено обоняние. Насморк, нарушение термической, тактильной и болевой чувствительности являются ранними признаками лепроматозной проказы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Измагамбетов А.Ж., Сейталиев М.А. К вопросу элиминации лепры в Республике Казахстан. Материалы международной юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-летию противолепрозной службы Республики Таджикистан. Душанбе, 2000г., стр. 38-41.
2. Кешелева З.Б. Эпидемиология лепры в Казахстане и история развития противолепрозной службы. Вопросы дерматологии и венерологии, № 1, 2000г., стр. 15-19.
3. Ющенко А.А. Можно ли считать лепру побежденной?// Тез. докл. IX Всероссийского съезда дерматовенерологов. М., 2005.-Т.1.-С.82.
4. Измагамбетов А.Ж. Годовой отчет Казахского Республиканского Лепрозория за 2008 год., Кызылорда, 2008.
5. Мырзахметов Е.И. Лепра в Казахстане: эпидемиология, клиничко-иммунологическая характеристика, совершенствование методов диагностики и терапии. Автореф. дисс. д.м.н. Алматы, 2006, 49 с.
6. Пискунов Г.З. и соавт. Клиническая ринология. 2002. С.- 390.
7. Ющенко А.А. Современные методы диагностики, лечения и профилактики лепры. Пособие для врачей, Астрахань 1997г.
8. Дайхес А.И. Анализ и классификация деформации и дефектов лица при последствиях лепры. – Учен. Зап. Инт-та по изучению лепры. Астрахань, 1968, №5 (10), с. 193-200
9. Мирзоев Ф.П. Изменения внешнего носа и слизистых ротовой полости, зева и верхних дыхательных путей при лепре. – Сб. науч. работ по лепрологии и дерматологии. Ростов-н/Д 1956, №7, с. 243-297.
10. Barton R.P.E., Davey T.F., McDougall A.G., Rees R.J.W., Weedell A.G.M. Clinical and histological studies of the nose in early lepromatous leprosy,- In: Tenth International Leprosy Congress: Abstracts, Bergen, 1973, p.30-30.
11. Job O.K., Karat A.B., Karat S. The histopathological appearance of leprous rhinitis and pathogenesis of septal perforation in leprosy – J. Laryng. Otol., 1966, v.80, No.7, p.718-732.
12. Бимбад С.М. Состояние верхних дыхательных путей при ранней лепроматозной и туберкулоидной лепре: Автореф. дис. канд. мед. наук. _Сталинград, 1954 – 14 с.
13. Чиж Г.И. Поражения верхних дыхательных путей и органа слуха у больных лепроматозным типом проказы до и после ведения современной антилепрозной терапии: Автореф. Дис. канд. мед. наук, Донецк, 1963, -206 с.
14. Усманов Р.К. Поражения верхних дыхательных путей и органа слуха у больных лепроматозной проказой. Автореф. Дис. докт. мед. наук, Донецк, 1973, - 19 с.
15. Rogers L., Muir E. Leprosy. – 3 Ed. – Baltimore, 1946. – 280 pp.
16. Cochrane R.G., Davey T.F. Leprosy in Theory and Practice. – 2d ED. – Bristol, 1964. – 472 pp.

УДК 618.2.251.2:616.12.331.1

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОРРЕКЦИИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ

*К.К. Есенгалиева, М.У. Анартаева, Д.Д. Курбанов
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Авторлар преэклампсияға шалдыққан әйелдердің қанының микроэлементті құрамын түзету әдісіне қарай жүктілік, босану мен босанғаннан кейінгі кезең және жаңа туған нәрестелердің жағдайына салыстырмалы талдау жүргізген. Преэклампсияны емдеу жөніндегі іс-шаралар кешеніне «Витрум Пренатал Форте» дәрі-дәрмегінің құрамында болатын микроэлементті қосудың жүктілік кезінде, босанғаннан кейінгі кезеңде және жаңадан туылған нәрестелердің жағдайына жағымды әсер ететіндігі, акушерлік асқынулардың жиілігін азайтатындығын көрсетіп отыр. Сонымен бірге жүргізілген салыстырмалы талдау дәстүрлі преэклампсия терапиясының босану кезеңінде, босанғаннан кейін және жаңадан туылған нәрестелерді толығымен қалпына келтіретін әсерге ие еместігін көрсетіп отыр. Акушерлік асқынулар, іштегі нәрестенің және жаңадан туылған нәрестелердің гипотрафиясының жоғары дәрежедегі жиілігі сақталып отыр.

SUMMARY

The Authors have performed the comparative analysis for gestation, delivery and down-lying course and infants' state depending on the method of correcting the blood microelement composition of women having preeclampsia.

It has been defined that Vitrum Prenatal Forte preparation containing microelements, when included in the complex curative measures against preeclampsia, has a beneficial effect on delivery, down-lying course and infants' state, as well as reduces obstetric complications frequency. However the comparative analysis showed that traditional preeclampsia treatment does not completely normalize delivery, down-lying course and infants' state. Number of obstetric complications, small-for-date fetuses and small-for-gestational-age babies still remain very high.

Важную роль во время беременности играет питание женщины. Особая роль при этом отводится витаминам и микроэлементам [1,3]. Известно, что дефицит различных нутриентов приводит к невынашиванию беременности, плацентарной недостаточности, анемии, увеличивает риск развития гестоза и других осложнений беременности. Витамины и микроэлементы, являясь биологически активными веществами и участвуя в клеточном метаболизме, обеспечивают физиологическое течение беременности, нормальное внутриутробное развитие плода [2,4].

Потребности организма женщины в период беременности и грудного вскармливания закономерно возрастают. Поступающие пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы, витамины) используются как для питания материнского организма, так и для жизнеобеспечения плода. Не всегда удается восполнить дефицит витаминов с помощью пищевой коррекции, особенно это касается железа, витаминов, фолатов, магния, цинка, кальция. Поэтому возникает необходимость в профилактике витаминной недостаточности у беременных женщин, направленной на восполнение недостатка в витаминах.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных в зависимости от метода коррекции микроэлементного состава крови у женщин с преэклампсией.

Материал и методы исследования. Клиническое обследование, лечение беременных с преэклампсией и их родоразрешение проводились в отделении патологии беременности и в родильных отделениях родильного дома №2 г. Шымкента. Обследована 81 женщина в III триместре беременности в одном временном сезоне. Из них 31 беременная с преэклампсией легкой степени тяжести составили основную группу, которые получали в течении всей беременности препарат «Витрум Пренатал Форте». В исследование не включали беременных с тяжелой степенью преэклампсии, так как наличие данной патологии являлось показанием для досрочного родоразрешения. Кроме того, учитывая, что микроэлементный гомеостаз крови может меняться в зависимости от наличия хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, для чистоты исследования не включались женщины с данной патологией. Группу сравнения составили 28 беременных с преэклампсией легкой степени, которые получали только традиционную терапию преэклампсии, никаких витаминно-минеральных комплексов в лечение не было включено. Контрольную группу составили 22 женщины без гестоза.

Результаты и их обсуждение. Анализ течения родов у беременных с преэклампсией показал несвоевременное излитие околоплодных вод у 16,9% женщин (табл.1). Из них только у 3,2% женщин, получавших традиционную базисную терапию на фоне «Витрум Пренатал форте», что в 10 раз было ниже значений у женщин, получавших традиционную терапию преэклампсии.

Наличие маловодия было одинаковым в обеих группах исследования. Однако, многоводие встречалось только в группе женщин, получавших традиционную терапию преэклампсии и составило 7,1%. Преждевременная отслойка плаценты и преждевременные роды наблюдалась только в группе женщин, получавших традиционную терапию преэклампсии в 10,7% и 32,1% случаях соответственно, в сравниваемой группе таких осложнений не наблюдалось ни в одном случае.

Анализ течения родов показал, что аномалия родовой деятельности в виде слабости родовой деятельности и рождение детей с гипотрофией у женщин с преэклампсией наблюдалась в 20,3% и 15,2% случаях соответственно. Из них в группе беременных, получавших традиционную терапию, это осложнение встречалось с частотой 39,2% и 28,5%, что было в 12 раз реже, чем в сравниваемой группе (3,2%). При этом перинатальная смертность встречалась только в группе женщин, получавших традиционную терапию и составила 3,5%.

Особенности течения беременности и родов у женщин в зависимости от использованного метода терапии преэклампсии

Таблица 1

Группы	Традиционная терапия+ Витрум Пренатал форте n=31		Традиционная терапия n=28		Без преэклампсии n=22	
	абс	%	Абс	%	Абс	%
Несвоевременное излитие вод	1	3,2	9	32,1	1	4,5
Преждевременная отслойка плаценты	-	-	3	10,7	-	-
Преждевременные роды	-	-	9	32,1	1	4,5
Аномалия родовой деятельности	1	3,2	11	39,2	-	-
Маловодие	1	3,2	1	3,5	-	-
Многоводие	-	-	2	7,1	-	-
Кесарево сечение	1	3,2	3	10,7	1	4,5
Рождение детей с гипотрофией	1	3,2	8	28,5	1	4,5

Гипотонические кровотечения	-	-	2	7,1	-	-
Дефект плаценты	1	3,2	3	10,7	1	4,5
Обострение хронического пиелонефрита	-	-	1	3,5	-	-
Гипогалактия	-	-	2	7,1	1	-
Перинатальная смертность	-	-	1	3,5	1	1,7

Примечание: где* - $P < 0.05$ по сравнению с данными женщин, получавших «Витрум Пренатал форте».

У беременных с преэклампсией, получавших традиционную терапию, 10,7% роды были разрешены операцией кесарево сечение. Показаниями к проведению операции кесарево сечение явились: наличие рубца на матке и крупного плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалия родовой деятельности.

Осложнения во время родового акта чаще наблюдались у рожениц с преэклампсией на фоне традиционной терапии, чем у пациенток сравнимой группы. Так, гипотонические кровотечения и дефекты плаценты чаще встречались в этой группе женщин – 17,8% против 3,2% в сравнимой группе. При этом осложнения в послеродовом периоде встречались только у женщин данной группы в виде обострения хронического пиелонефрита и гипогалактии – 3,5% и 7,1% соответственно.

Нами проведен анализ особенностей течения периода физиологической адаптации у 59 новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией. Группу сравнения составили 22 ребенка, родившиеся от матери с физиологическим течением беременности. Состояние новорожденных при рождении представлено в таблице 2.

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар при рождении ($M \pm m$ %)

Таблица 2

Оценка по шкале Апгар	Группы матерей в зависимости от метода лечения		
	Традиционная терапия+ Витрум Пренатал форте n=31	Традиционная терапия n=28	Физиологическое течение n=22
Более 7 баллов	93,5	64,3*	90,9
6-7 баллов	6,4	21,5*	9,1
5-4 баллов	-	10,8	-
3 и менее баллов	-	3,5	-

Примечание: где* - $P < 0,05$ в сравнении с группой, получавшей «Витрум Пренатал форте».

В состоянии асфиксии родилось всего 86,4% детей. Так, в основной группе наблюдалась асфиксия легкой степени в 2 случаях и составила 6,4%. У пациенток группы сравнения в состоянии асфиксии легкой степени родилось в 3 раза больше детей (21,5% против 6,4% соответственно, $P < 0,05$). Тяжелая и средняя степень асфиксии наблюдалась только во второй группе детей и составило 3,5 и 10,8% соответственно.

Сравнительный анализ состояния младенцев при рождении показал, что средняя масса малышей во всех группах обследованных женщин была примерно одинаковой ($3386,5 \pm 247$ г, $3313,7 \pm 345$ г, $3282,6 \pm 351$ г соответственно). Однако во второй группе отмечается преобладание маловесных ($8,5 \pm 1,6\%$ и $9,3 \pm 2,8\%$ соответственно, $P < 0,05$).

Анализ корреляционных связей показал, что имеется прямая зависимость массы тела плода во всех обследуемых группах от содержания в пуповинной крови селена, йода и цинка ($r = 0.8-0.7$). Эта зависимость не прослеживается только у детей от матерей с традиционной терапией преэклампсии.

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий преэклампсии «Витрум Пренатал Форте» оказывает благоприятное влияние на течение родов и послеродового периода и на состояние новорожденных, уменьшается частота акушерских осложнений. Необходимо подчеркнуть, что традиционная терапия преэклампсии не оказывает полного нормализующего влияния на течение родов, послеродового периода и состояние новорожденного. Сохраняются высокая частота акушерских осложнений, гипотрофии плода и новорожденного.

Полученные результаты указывают на целесообразность широкого использования «Витрум Пренатал Форте» в течение всей беременности с целью предотвращения акушерских и перинатальных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.П. Микроэлементозы человека. М.-1991.-490 с.
2. Громова О.А., Авдеев Т.В., Скальный А.В. и др. Микроэлементозы и их лечение, М., 1997
3. Бурлев В.А., Мурашко Л.Е., Сопоева Ж.А., Карибджанов О.К. Клиническое значение коррекции дефицита железа у беременных с анемией. Матер. III Российского форума "Мать и дитя", 2001; 204-5.
4. Broughton Pipkin F. Defining preeclampsia – the problems and the pitfalls // New approaches in terminology, prevention and therapy of hestosis: Book of abstracts, first international symposium. - Moscow, 1997.-P.13-16

УДК 616.23/.24:616.9:613.34

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯЛАРДЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ

М.Д. Дәулетова, А.К. Бекенова, М.А.Таджибаева, З.Ә.Юнусова, К.М. Мусаходжаева, Л.Т. Алимбекова, Д.С.Рахымбердиев
Қ.А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қаласы

РЕЗЮМЕ

Основными возбудителями пневмонии оказались: Streptococcus pneumoniae (18,8%), Moraxella catarrhalis (15,8%), Streptococcus viridans (14,9%), Streptococcus pyogenes (14,8%).

SUMMARY

The main agents of pneumonia are - Streptococcus pneumonia (18,8%), Moraxella catarrhalis (15,8%), Streptococcus viridans (14,9%), Streptococcus pyogenesis (14,8%).

Кіріспе. Тыныс жүйесі ауруларымен сырқаттанушылық соңғы он жылда өрістеуде. 1995 жылы тыныс ауруларымен 100 мың адамға шаққанда 21456 жағдайды құраған, оның ішінде 1,7% - 3% пневмония үлесінде [1, 2, 3]. Қазақстанда 2002 жылы тыныс жолдарының ауруларымен науқастар саны 10 мың тұрғынға шаққанда 1579,0 жағдайды құрады. Оның ішінде таралуы бойынша бірінші орында жедел респираторлы инфекция, жедел респираторлы вирусты инфекция, одан кейін созылмалы бронхиттер тұрады [4]. Жұмыс мақсаты: ауруханадан тыс пневмониялардың этиологиялық құрылымын зерттеу.

Материал және әдістер. Пневмониямен сырқат науқастардың қақырығындағы микрофлора сандық бактериологиялық әдіс бойынша зерттелді. Бөлініп алынған таза дақылдарды ажырату микробиологиялық компьютерлік «Микротакс» анализаторында жүргізілді.

Нәтижелер және оларды талқылау. Микробиологиялық анализаторда идентификация өткізу нәтижесінде ауруханадан тыс пневмониямен сырқат науқастарда коздырғыштардың көп түрлері анықталды. Зерттеу жүргізілген бес жыл ішінде (2002-2006 жылдар) қақырықтан 20 туысқа, 41 түрге жататын 563 дақылдар анықталды. Олардың ішінде себепші фактор ретінде 105 және одан жоғары мөлшерде анықталған микроорганизмдер түрі есепке алынды.

Streptococcus туыстығының өкілдері барлық бөлінген штамдардың жартысынан астамын құраған – 61,0%. Екінші орынды қақырықтан бөліну жиілігіне қарай Moraxella туыстығы алды, бұл туыстыққа Moraxella catarrhalis түрі жатады – 16,9%. Staphylococcus туыстығының микроорганизмдері 5,3% жағдайда бөлінді. Enterobacteriaceae тұқымдасының өкілдерінің анықталуы 5,5% -ды құрады. Enterococcus туыстығына 19 дақыл жатады және олар қақырықтан бөлінген барлық микробтардың 3,6% алды.

Ферменттемейтін грам теріс бактериялардың өкілдерінің үлесіне бөлінген барлық бактериялардың 4,0% тиді, ал зерттелінген қақырықтан осы микроорганизмдер тобына жататын үш туыстық өкілдері бөлінді – Pseudomonas, Flavimonas пен Acinetobacter.

Candida туыстығына жататын ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар қақырықтан 1,7% жағдайда анықталды. Қақырықтан стрептококктардың 13 түрі бөлінді. Streptococcus туыстығының 13 түрінен бөлінген барлығы 350 дақылдың ішінде ауруханадан тыс пневмонияның этиологиясында жетекші орынды Streptococcus pneumoniae алады, оның үлесіне барлық бөлінген стрептококктардың үштен бірі келеді, яғни 30,3%. Бөлінген штамдардың саны бойынша екінші орында Streptococcus viridans бактериялары, олар 24% құрайды. Осыған өзара бірдей шамадағы бөлік Streptococcus pyogenes үлесінде (23,7%). Штамдардың 8%-нан Streptococcus anhaemolyticus, ал 2,9%-нан Streptococcus agalactiae ажыратылып бөлінген. Стрептококктардың қалған түрлері жекелеген штамдар түрінде бөлінген.

Стафилококктар туыстығы бөлінген барлық микробтардың 5,3% құрап, 4 түрмен анықталған. Staphylococcus aureus бөлінген барлық стафилококктардың тіпті жартысына жуығын құрай отырып жетекші орынды алған – 53,3%. Staphylococcus epidermidis пен Staphylococcus saprophyticus сәйкесінше 2-ші

және 3-ші орындарды алды – 33% пен 10% жағдайды құрайды. Гемолездеуші стафилококстар дақылдары сиректеу кездескен – 3,3 %.

Enterobacteriaceae тұқымдасына 31 дақыл жатады, бұл бөлінген микроорганизмдердің 5,5% құрайды. Бұлардың ішінен 4 туыстық пен 7 түр өкілдері бөлінген. Ішек бактериясы тұқымдасы бактерияларынан қақырықтан келесі туыстық өкілдері бөлінді: Escherichia, Enterobacter, Klebsiella, Citrobacter. Қақырықтан бөлінген шартты-патогенді энтеробактериялар тұқымдасы өкілдерінің арасында Escherichia туыстығының басымдығы көрінеді. Осы туыстық бактериялары 35,5% жағдайды құрап, көлемді орынды алады, өкілдерінің арасында тек бір түрі ғана бар – Escherichia coli. Бұдан аздаған жиілікте бөлінген Enterobacter туыстығының микроорганизмдері 29% кездесіп келесі түрлермен анықталды: Enterobacter cloacae, Enterobacter aerogenes және Enterobacter gergoviae. Klebsiella туыстығының өкілдері 19,4% құрады және екі түрмен көрінді: Klebsiella pneumoniae және Klebsiella oxytace. Citrobacter freundii 13% жағдайда кездескен.

Глюкозаны ферменттемейтін грам теріс бактериялардың (ФГТБ) өкілдерінен біздің зерттеулерімізде қақырықтан үш туыстық түрлері бөлінді – Pseudomonas, Flavimonas және Acinetobacter. ФГТБ жартысынан астамы, яғни 64,3% Flavimonas oryzihabitans үлесіне тиді, 28,6% - Pseudomonas aeruginosa, 3,8%-дан - Pseudomonas fluorescens пен Acinetobacter spp. кездескен.

Enterococcus туыстығына жататын бактериялардың екі түрі бөлінді - Enterococcus faecium және Enterococcus faecalis. Олар қақырықтан бөлінген микроорганизмдердің жалпы санының 3,4% құрады, негізгі пайыздық көлемді барлық энтерококстардың ішінде Enterococcus faecium алды - 84,2%, ал Enterococcus faecalis 15,8% жағдайда кездесті.

Қорытындылай келгенде, зерттеу нәтижесі бойынша ауруханадан тыс пневмониялардың қоздырғыштары бойынша бірінші орынды Streptococcus pneumoniae өкілдері алды – 18,8%. Қақырықтан бөліну жиілігі бойынша келесі екінші орынды Moraxella catarrhalis дақылдары иемденіп, 15,8% құрады. Үшінші орын Streptococcus viridans түріне тиесілі – 14,9%. Төртінші орынды Streptococcus pyogenes бактериялары 14,8% құрады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Кабыкенова Р.К. Смертность населения Республики Казахстан от болезней органов дыхания // Сборник тезисов IV Международного конгресса пульмонологов Центральной Азии, Астана, 2004 г. - С. 4-5.
2. Лохвицкий С.В. , Ержанов О. Н. Этиология и патогенез острой эмпиемы плевры // Здравоохранение Казахстана, 1996, №7, С. 33-36.
3. Баймаканова Г.Е. Клинико-этиологические особенности и состояние свободнорадикального окисления липидов у больных пневмонией пожилого возраста: автореф. ...к-та мед. наук. – КазНМУ, 2002. – 24 с.
4. Кабыкенова Р.К. Проблемы бронхолегочной патологии среди населения Республики Казахстан // Сборник тезисов IV Международного конгресса пульмонологов Центральной Азии, Астана, 2004 г.

УДК 616.23/24:616.9:611.30

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

*М.Д. Даулетова, М.А. Таджибаева, З.К. Жаримбетова, Л.Т. Алимбекова, Д.С.Рахымбердиев,
Б.А.Тулепбергенова*

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясауи, г. Туркестан

ТҮЙІН

Созылмалы бронхиттер қоздырушылар анықталды. Олардың басым көпшілігін Str. Viridans, Moraxella catarrhalis, Str. haemolyticus, Str. pneumonia, Str. Anhaemolyticusлер құрайды. Қалған түрлері бірыңғай штаммаларға жаттады.

SUMMARY

The principal stimulator of Chronic Bronchitis - Str. Viridans, Moraxella catarrhalis, Str. haemolyticus, Str. pneumonia, Str. anhaemolyticus and str. Pyogenes were studied by us.

Актуальность. В развитых и развивающихся странах отмечается устойчивая тенденция к увеличению распространенности заболеваний дыхательных путей. По данным Европейского респираторного общества только 25% случаев заболевания выявляется на ранних стадиях [1]. Показатели смертности и заболеваемости в этой группе болезней в ряде промышленно развитых стран вышли на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Наряду с гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями, все большее значение в патологии человека приобретают пневмонии и бронхиты. В России смертность по классу легочных заболеваний составила 107,7 на 100 тысяч населения у мужчин и 44,3 у женщин [2, 3, 4].

В Казахстане, по данным официальной статистики, в 2003 году заболеваемость по классу органов дыхания составила 22 160,6 случаев на 100 тыс. населения, а в 2004 году заболеваемость болезнями органов дыхания составила 22419,1, что свидетельствует о неуклонном росте числа заболеваний дыхательной системы [5, 6, 7]. Особенно важным в борьбе с легочными заболеваниями является изучение их этиологии. В этиологии инфекционного обострения ХБ могут принимать участие различные бактерии и вирусы, но преобладающее

значение имеют два микроорганизма — *H.influenzae* и *S.pneumoniae*, на долю которых в сумме приходится 60-80% случаев обострения [8]. Из числа этиологических агентов при хроническом бронхите *M.catarrhalis* уступает лишь *H.influenzae* и *S.pneumoniae* [9]. Monso E. и др. к числу потенциально патогенных относили следующие виды микроорганизмов: *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, а также другие виды, относящиеся к грам-отрицательным палочкам. Роль вирусной инфекции не совсем ясна. Рассматривается роль вирусов в формировании изменений слизистой оболочки бронхов, способствующих суперинфекции. По данным серологической диагностики, наиболее часто при обострении хронического бронхита выявляется вирус гриппа А (20% от общего числа больных) [10, 11].

Цель работы: изучение этиологической структуры хронического бронхита.

Материалы и методы. Проведено количественное бактериологическое исследование микрофлоры мокроты больных ХБ. Идентификация выделенных чистых культур проводилась на микробиологическом компьютерном анализаторе «Микротакс».

Результаты и их обсуждение. В результате идентификации на микробиологическом анализаторе выявлен широкий спектр возбудителей воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей у больных хроническими бронхитами за 2002-2005 годы. За это время нами из мокроты было выделено 504 культуры микроорганизмов, принадлежащих к 38 видам, 9 родам. За этиологический фактор принимались только те виды микроорганизмов, которые выделялись из мокроты в количестве 105 и выше.

Представители рода *Streptococcus* составляли более половины от количества всех выделенных штаммов - 60,71%. На втором месте по высеваемости из мокроты находился род *Moraxella*, представленный видом *Moraxella catarrhalis* - 18,45%. Микроорганизмы рода *Staphylococcus* были нами выделены в 6,35%. Из представителей, не ферментирующих грамотрицательных бактерий (НФГОб), на долю которых приходилось 6,35 % от всех выделенных бактерий. Представители семейства *Enterobacteriaceae* выделялись в 4,56%. Род *Enterococcus* составил 1,79 %, а протеи 0,60 %, *Haemophilus* (*Haemophilus haemolyticus*) 0,40% и *Corynebacter* (*Corynebacter faecium*) 0,79 % от общего количества выделенных их мокроты микробов. Род стрептококков составил 60,71% от общего количества выделенных микробов и был представлен 13 видами. Среди рода *Streptococcus* ведущую роль в этиологии ХБ играет *Streptococcus viridans*, на долю которого приходится - 30,72%. На втором месте по количеству выделенных штаммов находится *Streptococcus haemolyticus* и составляет 20,92%. На третьем месте *Streptococcus pneumoniae* - 16,01%. Штаммы *Streptococcus anhaemolyticus* - 11,44 %, *Streptococcus pyogenes* - 8,50% и *Streptococcus faecium* составил 1,96%. *Streptococcus salivarius* 2,29%, *Streptococcus agalactiae* 1,96%, *Streptococcus faecalis* 2,29 % и *Streptococcus sanguis* 1,63% соответственно. Остальные виды стрептококков были представлены единичными штаммами.

Род стафилококков составил 6,35% от общего количества выделенных микробов и был представлен 6 видами. Лидирующую позицию занимали бактерии вида *Staphylococcus aureus*, он составил почти половину от всего количества выделенных стафилококков - 46,88%. *Staphylococcus epidermidis* составил 31,25%. Виды *Staphylococcus haemolyticus* -9,38%, *Staphylococcus anhaemolyticus* -6,25%, *Staphylococcus hominis* и *Staphylococcus saprophyticus* занимали одинаковую позицию по 3,13%.

К семейству *Enterobacteriaceae* принадлежало 23 культуры, что составило 4,56% от общего количества выделенных микроорганизмов. Были выделены представители 3 родов и 7 видов. Из семейства кишечных бактерий нами из мокроты были выделены представители следующих родов: *Escherichia*, *Enterobacter*, *Klebsiella*. Среди представителей семейства энтеробактерий лидировал род *Escherichia*. Бактерии данного рода составляли большую часть - 34,78% и были представлены одним видом - *Escherichia coli*. Представители рода *Klebsiella* были представлены двумя видами: *Klebsiella oxytace* (17,39%) и *Klebsiella pneumoniae* (13,04%). Микроорганизмы рода *Enterobacter* - представлены следующими видами: *Enterobacter cloacae* и *Enterobacter aerogenes* по 13,04%, *Enterobacter gergoviae* и *Enterobacter taylorae* по 4,35% соответственно.

Из представителей, не ферментирующих глюкозу грамотрицательных бактерий (НФГОб), из мокроты выделены представители трех родов - *Flavimonas* (*Flavimonas oryzihabitans* 46,88%), *Pseudomonas* (*Pseudomonas aeruginosa* 37,50%) и *Acinetobacter* (*Acinetobacter iwoffii* 15,63%). Тремя видами был представлен род *Enterococcus* - *Enterococcus faecium* (55,56 %), *Enterococcus spp* (11,11%) и *Enterococcus faecalis* (33,33%).

По результатам наших исследований на первом месте были представители вида *Streptococcus viridans* - 18,65%. На втором месте по выделению из мокроты находились культуры *Moraxella catarrhalis* - 18,45%. Третье место принадлежало виду *Streptococcus haemolyticus* - 12,70%. На четвертом и пятом месте были представители *Streptococcus pneumoniae* - 9,72%, *Streptococcus anhaemolyticus* - 6,94 % и *Streptococcus pyogenes* - 5,16% соответственно.

Таким образом, результаты наших исследований по изучению структуры микрофлоры мокроты показали, что достаточно широкий круг микроорганизмов может быть этиологическим фактором возникновения хронических бронхитов. Но при этом основными возбудителями ХБ являлись следующие бактериальные агенты - *Streptococcus viridans*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus anhaemolyticus* и *Streptococcus pyogenes*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anzueto A, Niederman MS, Tillotson GS. Etiology, susceptibility, and treatment of acute bacterial exacerbations of complicated chronic bronchitis in the primary care setting: Ciprofloxacin 750 mg bid vs. Clarithromycin 500 mg bid. Clin Ther 1998; 20: 885-900.
2. Черняев А.Л., Никонова Е.В. Заболеваемость, смертность и ошибки диагностики пневмонии // *Materia Medica*, 1995, №4, С. 11-17.
3. Чучалин А.Г. Пневмония – актуальная проблема медицины // *Тер. архив*, 1995, №3, С. 3-7.
4. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития // *Пульмонология*, 1998, №4, С.6-22.
5. Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2003 г.: Статистический сборник, Астана - Алматы, 2004, 160 с.
6. Кабыкенова Р.К. Проблемы бронхолегочной патологии среди населения Республики Казахстан // *Сборник тезисов IV Международного конгресса пульмонологов Центральной Азии*, Астана, 2004 г.
7. Кабыкенова Р.К. Смертность населения Республики Казахстан от болезней органов дыхания // *Сборник тезисов IV Международного конгресса пульмонологов Центральной Азии*, Астана, 2004 г.
8. Cosentini R., Tarsia P., Blasi F. et al. Community-acquired pneumoniae: role of atypical organisms // *Monaldi Arch Chest Dis*. -2001.-Dec; 56 (6): 527-34.
9. Doern GV, Pfaller MA, Kugler K et al. Prevalence of antimicrobial resistance among respiratory tract isolates of *Streptococcus pneumoniae* in North America: 1977 results from the SENTRY antimicrobial surveillance program // *Monso E, Ruiz J, Rosell A, et al. Bacterial infection in chronic obstructive pulmonary disease: a study of stable and exacerbated outpatients using the protected specimen brush. Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152:1316-20.
10. Soler N, Ewig S, Torres A, Filella X, Gonzalez J, Zaubet A. Airway inflammation and bronchial microbial patterns in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1999;14:1015-22.

УДК 612.392.69:616.89:616.053

ВЛИЯНИЕ МИКРОНУТРИЕНТОВ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Г.Е. Бектенова

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

ТҮЙІН

Мақалада рациональдық тамақтану кезінде микроэлементтердің баланың дамуы психикасына әсері жайында айтылады.

SUMMARY

The article is discussed about the role of vitamins and microelements which influenced on growth and psychical development of child.

Психомоторное развитие (ПМР) – сложный процесс, в основе которого лежит генетическая программа, реализуемая в условиях постоянной адаптации к меняющимся условиям окружающей среды [1].

Одним из важнейших факторов, влияющих на ПМР ребенка, является рациональное питание детей, играющая 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 [2]. Эти возрастные особенности определяют высокую потребность не только в белке и энергии, но также в эссенциальных микронутриентах (витаминах и микроэлементах). Наиболее значимыми для психомоторного развития детей являются йод, цинк, железо.

Существует достаточно много публикаций, свидетельствующих о негативном влиянии йодного дефицита на формирование мозга и его функционирование в постнатальном онтогенезе [3,5,6,7,11].

Отрицательное влияние дефицита йода на интеллект детей связано с тем, что в эндемичных районах в организме снижается уровень тиреоидных гормонов, которые играют огромную роль в работе мозга. В условиях низкой обеспеченности организма йодом образуется недостаточное количество тироксина (Т4). Это, в свою очередь, сопровождается снижением концентрации трийодтиронина (Т3) в тканях мозга, что ведет к уменьшению синтеза целого ряда специфических белков, входящих в ткани мозга. При дефиците Т3 нарушаются процессы деления нейробластов, нейрональная миграция, созревание и дифференцировка нейронов, пролиферация нейрональных отростков, формирование скелета астроцитов, выработка нейротрофинов, синаптогенез, миелинизация нервных волокон и др. снижение уровня Т3 в мозге ослабляет экспрессию некоторых нейрональных генов, которые важны для синтеза нейроспецифических белков – синапсина, фактора роста нервов, РС-протеина и многих других, что нарушает естественные процессы морфофункционального созревания ЦНС.

Доказано, что дефицит цинка в рационе младенцев значительно тормозит развитие детей раннего возраста [5,7,12]. При этом на первом году отмечается задержка развития мелкой моторики, речи, навыков. Цинк играет важную роль во внутриклеточном метаболизме, развитии иммунной системы, обмене витамина А и бета-каротина, способствует стабилизации биологических мембран. При дефиците цинка нарушается деятельность иммунной системы, тормозятся процессы роста, снижается аппетит. Кроме того, в период активного роста дефицит цинка отрицательно влияет на нервно-психическое развитие и когнитивные способности.

Более того, цинк входит в состав более чем 300 металлоферментов, важных для процессов обмена и жизнедеятельности. Физиологическая роль цинка в период быстрого роста и развития приобретает особую важность для внутриутробного роста плода, а также развития детей первого года жизни [3].

Недостаточное обеспечение детей железом также неблагоприятно влияет на ЦНС [4,7]. Это связано с нарушением в условиях дефицита железа синтеза и метаболизма серотонина, допамина, катехоламинов, миелина, снижением синтеза ДНК, текучести мембран клеток вследствие увеличения уровня холестерина в мембранах, уменьшением цитохром-С-оксидазной активности [3]. Дефицит железа нарушает миелинизацию нервных волокон, что вызывает задержку передачи нервных импульсов, затрудняет реакцию ребенка на внешние стимулы и снижает интеллектуальное развитие [8]. Многие исследователи утверждают, что длительный дефицит железа с признаками железодефицитной анемии вызывает необратимые изменения в психоневрологическом развитии ребенка [9,10].

Наиболее острая проблема сбалансированного и полноценного обеспечения микронутриентами, эссенциальными для роста и развития, возникает у детей, лишенных грудного молока. В этой связи обеспечение гармоничного развития детей, лишенных грудного молока, возможно только в случае использования для вскармливания тех детских молочных смесей, которые содержат не только полноценный белок, жиры, достаточное количество энергии, но также витамины, микроэлементы, минералы и другие эссенциальные для младенцев пищевые вещества в количестве, соответствующем возрастным потребностям растущего организма (Малютка 1, Малютка 2, Фрисолак 2,3 и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Михеева И.Г. и соавт. Регуляторные пептиды экзогенного происхождения и психомоторное развитие детей грудного возраста: влияние различных видов вскармливания. Педиатрия.2009;3:67-70.
2. Боровик Т.Э. Научно-практическая программа «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации». Педиатрия.2008;4:75-79.
3. Щеплягина Л.А. Микронутриенты для роста и развития ребенка. Педиатрия.2008;6:79-80
4. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. СПб.: Наука, 1998.
5. Щеплягина Л.А., Легонькова Т.И., Моисеева Т.Ю. Клиническое значение дефицита цинка для здоровья детей: новые возможности лечения и профилактики. Рус.мед.журнал, 2002; 10 (16):730-732.
6. Щеплягина Л.А. Йодный дефицит и интеллект. Рус.мед.журнал, 2006; 14 (19): 1380-1383.
7. Pettifor IM, Zlotkin S. Micronutrient deficiencies during the weaning period and the first years of life. Nestle Nutrition Workshop Series. Karger-Basel, 2004:54.
8. Roncagliolo M., Garrido M., Walter T. et al. Evidence of altered central nervous system development in infants with iron deficiency anemia at 6 months: delayed maturation of auditori brainstem responses. Am.I.Clin.Nutr.1998;68:683-690.
9. Pollit E. Iron deficiency and cognitive functions. Ann. Rev. Nutr. 1993;13:521.
10. Lozoff B., Klein NK, Nelson EC. Behavior of infants with iron deficiency anemia. Child.Dev.1998;69:24-36.
11. Дайнеко О.Я. Состояние здоровья детей первого года жизни из йододефицитного района: Автореф.дисс... канд.мед.наук. М., 2003.

УДК 616. 34-008.314.4:615.874

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ HUMANA ПРИ ДИАРЕЕ

*М.М. Бердыкулова, А.Ш.Бациева, Э.С.Шойынбай, Г.Д. Жабикенова, Г.К.Исабаева
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент
Городская инфекционная больница, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Бұл мақалада үйлестірілген майлылығы мен лактозасы төмен жоғарғы деңгейлі орташа тізбелі триглицерид қосымдысын жұқпалы диареясы бар балаларға қолдану тәжірибесі ұсынылды.

Бұл қоспаның қолданылуы нәжістің қалпына келуімен энтеральді шығындарды тоқтату мүмкіндігін туғызады.

SUMMARY

Acute intestinal infection is one of the main diseases of infectious pathology all over the world.

For the treatment of infectious diarrhea on children used the mixture of fat and lactose with the triglyceride.

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать одно из ведущих мест среди инфекционной патологии во всем мире и уступают по частоте лишь острым респираторным заболеваниям. ОКИ занимают значительное место в структуре летальности. В 28% случаев причиной смерти у детей до 5 лет являются острые диареи. Диарея или частый жидкий водянистый стул является результатом нарушения биоценоза кишечника и сопровождается дегидратацией, потерей электролитов, нарушением всасывания жиров, транзиторной непереносимостью лактозы.

Одним, из основных принципов лечения диареи, помимо этиотропной, патогенетической, симптоматической, является лечебное питание, способствующее обеспечению физиологической потребности детей в энергии и всех пищевых продуктов, нормализации кишечной микрофлоры, и двигательной функции кишечника. Рациональное питание является важнейшей частью лечения детей с ОКИ. Доказано, что даже при тяжелых формах ОКИ переваривающая и всасывающая функции кишечника сохраняются.

В связи с этим необходимо выбрать такие специальные молочные смеси, которые будут оптимальными при этой патологии. Правильно организованное питание ребенка с диареей является одним из основных условий успешной терапии. Адекватный подбор питания способствует повышению сопротивляемости организма и приводит к благоприятному исходу ОКИ у детей.

Материалы и методы исследования. Компания Humana (Германия), предлагает уникальную программу лечебного питания при острых и хронических расстройствах пищеварения. Примером продуктов лечебного питания, рекомендованного при лактазной недостаточности являются лечебные смеси Humana HN и Humana HN-МСТ. Humana HN - это низколактозное лечебное питание, в 100 мл которого содержится 1,9 г белка. Белок на 90% представлен в виде казеина, который при расщеплении выделяет казоморфин, обладающий успокоительным эффектом на кишечник и нормализует ее перистальтику. Содержащийся в нем пектин банана, является природным адсорбентом и источником калия. Пребиотики, которое представлены 100% галактоолигосахаридами, являются питательной средой для нормальной микрофлоры кишечника, стимулируют рост бифидофлоры, ускоряют восстановление слизистой кишечника. Смесь имеет также невысокую осмолярность. Пищевые волокна связывают избыток воды в кишечнике, снижают потери жидкости при диарее, уменьшают интоксикацию. Humana HN-МСТ, которой с 2001 года Европейским законодательством присвоено звание «Продукт, предназначенный для специальных медицинских целей», полностью сбалансированный продукт, предназначенный для детей раннего возраста со среднепечечными триглицеридами, пищевыми волокнами, сниженным содержанием жира (2,5г/100мл) и лактозы (0,5г/100мл), имеющий приятный вкус бананов. Жировой компонент на 50% представлен среднепечечными триглицеридами (СЦТ), который не требует желчных кислот для абсорбции и легко усваивается. СЦТ – улучшают реабсорбцию кальция и магния, а также легкодоступный источник энергии. Humana HN-МСТ содержит необходимый уровень минералов – натрия, калия, поскольку при кишечных расстройствах существует опасность развития ацидоза, а также дополнительно обогащена железом и цинком. Витаминно-минеральный состав в нем соответствует международным стандартам. Пищевые волокна, за счет лигнина, целлюлозы, гемицеллюлозы обладают высокой способностью связывать избыток воды в кишечнике, и снижает потери жидкости при диарее. Развивающаяся на фоне кишечных инфекций лактазная недостаточность, приводит к урчанию, вздутию живота, повышенному газообразованию, беспокойству ребенка. Основой лечения в таких случаях является правильно подобранная диета, а именно использование низколактозных смесей. Галактоолигосахаридами смеси Humana HN и Humana HN МСТ в сочетании с банановой клетчаткой с естественным содержанием фруктоолигосахаридов обладают пребиотическим действием, стимулируют рост нормальной бифидофлоры и ускоряют восстановление слизистой кишечника.

Клиническое испытание было построено как рандомизированное. Лечебное питание смесью Humana HN и Humana HN-МСТ получали дети до 1,5 лет, госпитализированные в ГИБ, страдающие диареей. Детям давали лечебные смеси на протяжении болезни. Контрольная группа детей до года с диареей оставалась на прежнем питании, которую они получали до заболевания.

Ориентиром являлась частота поноса и исследование кала на копрологию. Основной конечной точкой служило время от приема лечебной смеси Humana до излечения, которым считалось отсутствие симптомов со стороны пищеварительного тракта.

В исследование вошли 25 детей до 18 месяцев. Все дети находились с диагнозом «ОКИ, средней степени тяжести». Из них 36% (9) составляли дети до 6 месяцев, 56% (14) от 6– до 12 месяцев, 8% (2) – от 12 до 18 месяцев. Большинство детей – 68% (17) находились на искусственном вскармливании, 32% (8) детей – на смешанном вскармливании. У 56% (14) детей отмечалась БЭН I степени, у 40% (10) детей - анемия I степени. Явления гастроэнтерита с жидким водянистым стулом до 6-8 раз отмечались у 56% (14) детей, в копрограмме которых были выявлены непереваренный жир + или ++, от единичных до 5-6 в поле зрения, слизь +, гастроэнтероколит был у 20% (5) детей, жидкий стул у которых был от 5 до 10 раз в сутки со слизью, зеленью.

В копрограмме: лейкоциты от 10-20 в поле зрения до «сплошь», слизь +++, непереваренный жир ++ или +++ . У 16% (4) детей наблюдались явления гемоколита, жидкий стул со слизью, зеленью, прожилками крови. В копрограмме у них: эритроциты «сплошь», лейкоциты «сплошь», слизь +++ . У 8% (2) детей, предположительно с вирусной диареей, протекавшей по типу гастроэнтерита, жидкий стул был до 4-5 раз без примесей. В копрограмме: лейкоциты единичные, непереваренный жир +. У 72% (18) больных было обезвоживание I степени, у 12% (3) обезвоживания II степени.

Из 13 детей контрольной группы: все дети были в возрасте от 6 мес. до 12 месяцев, все – находились на искусственном вскармливании. У 53% (7) детей – отмечалась БЭН I степени, у 46,1% (6) детей – анемия. Все дети этой группы находились с диагнозом «ОКИ средней степени тяжести». Явления гастроэнтерита с жидким водянистым стулом до 6-8 раз отмечались у 61,5% (8) детей. Гастроэнтероколит был у 38,5% (5) детей, жидкий стул у которых был от 5 до 10 раз в сутки со слизью, зеленью. В копрограммах у детей с гастроэнтеритом и гастроэнтероколитом были такие же изменения, как и в исследуемой группе. У 23% (3) детей было обезвоживание 2 степени, у остальных 77% (10) детей – обезвоживание 1 степени.

Дети исследуемой группы наряду с основным лечением, получали в начале лечебную молочную смесь Humana HN в течение первых 3-5-и дней болезни, затем после улучшения общего состояния, купирования основных проявлений болезни: рвоты, эксикоза и нормализации стула, продолжали получать лечебную молочную смесь Humana HN-МСТ. Объем определялся возрастом ребенка и характером предшествующего вскармливания. Ребенка не кормили насильно. Смесь разводили строго в соответствии с инструкцией на упаковке. У детей, находящихся на смешанном вскармливании, грудное кормление не прекращалось, увеличивалась кратность грудного кормления на 1-2. Всем детям суточный рацион питания уменьшался на 20-30% на 2-3 дня с последующим восстановлением объема питания на 3-4-й день заболевания. Детям до 6 месяцев, находящихся на искусственном вскармливании, также увеличивалась кратность обычного кормления: по 20-50 мл через 2 ч. (10 раз), затем по 60-80 мл через 2,5 ч. (8 раз), по 90-100 мл через 3 ч. (7 раз), по 110-160 мл через 3,5 ч. (6 раз), 170-200 мл через 4 ч. (5 раз) в течение 3- 4-х дней. Детям со смешанным типом вскармливания 3 кормления обычной смесью заменяли лечебной смесью Humana HN. Детям, до 6 месяцев находящимся на искусственном вскармливании, все кормления заменялись смесью. Детям старше года Humana HN давали в виде каш 2-3 раза в день. В последующем, всем детям продолжали давать лечебную смесь Humana HN-МСТ. Особенно лечебную смесь старались давать детям, по времени в период учащения стула.

Результаты и обсуждения. Проведенные исследования показали, что у 28% (7) больных с гастроэнтеритом - прекратились рвота, и стул нормализовался уже к концу 1-го дня приема лечебной смеси. У 56% (14) больных из них с гастроэнтеритом (9) и гастроэнтероколитом (5) – рвота прекратилась в 1-ый день, а стул нормализовался на 2-3-й день приема лечебной смеси. У 16% (4) детей с гемоколитом, стул нормализовался на 3-й день приема лечебной смеси, т.е. у всех детей в течение 3-х дней отмечались нормализация стула, улучшение общего состояния, купирование основных проявлений болезни: рвоты, эксикоза. У 16% (4) детей с гемоколитом стул нормализовался на 3-й день приема смеси, т.е. у всех детей в течение 3-х дней отмечалась нормализация стула, улучшение общего состояния, купирование основных проявлений болезни: рвоты, эксикоза.

В то же время у 69,2% (9) больных контрольной группы из них с гастроэнтеритом (8) и гастроэнтероколитом (1) – рвота прекратилась на 2-3-й день, а стул нормализовался на 5-6-й день госпитализации. У оставшихся 30,8% (4) детей – с гастроэнтероколитом, рвота также прекратилась на 2-3-й день, а стул нормализовался на 7-й день госпитализации, т.е. у всех детей только в течение 6-7 дней отмечалась нормализация стула, улучшение общего состояния и купирование основных проявлений болезни: рвоты, эксикоза.

Таким образом, у детей с ОКИ использование адаптированной лечебной смеси Humana HN и Humana HN-МСТ уже на ранних этапах позволило добиться нормализации стула, способствовало прекращению энтеритных потерь и дети не теряли в массе тела по сравнению с контрольной группой детей, получавших во время диареи обычную смесь или находящихся до болезни на прежнем режиме питания. Это позволяет рекомендовать низколактозные лечебные смеси немецкой компании Humana в качестве лечебного питания детям раннего возраста в острый период кишечных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Екисенина Н.И. Лечебное питание при заболеваниях кишечника. Справочник по диетологии. М.Мед., 1981г., стр.235-251.
2. Покровский А.А., Самсонов М.А. Справочник по диетологии. -М.Мед., 2004г.
3. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. - М Мед.,2001г.стр.808.
4. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Лечение ОКИ у детей. Пособие для врачей. – М.Медицина, 2003г., стр.48.

УДК:616.12 – 053.2

АНОМАЛИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С ДИСПАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ*Б.М. Сариева, Ж.П. Кенжебекова**Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент**ТОО «Клиника Сункар», г. Шымкент***ТҮЙІН**

Бұл жұмыстың негізгі мақсаты дәнекер ұлпаның дисплазиясы бар балалардағы экстракраниялды тамырлардың ауытқуын зерттеу. Ауытқу неврологиялық белгілермен өтеді. Мойын тамырлары ультра дыбыс әдісімен зерттелді.

SUMMARY

The aim of this work was to examine the correlation of pathological kinking of internal carotid arteries at children with various symptoms of small forms of systemic abnormalities of connective tissue. 24 patients with pathological kinking of ICA were examined with the help of color Doppler imaging of neck's blood vessels.

Актуальность темы. В практике педиатра-кардиолога наследственные аномалии и заболевания соединительной ткани встречаются очень часто (40-45% из общего населения). [1]. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – это заболевание с очень разными клиническими проявлениями, и в ряде случаев неврологическая симптоматика у пациентов этой категории становится ведущей.

Цереброваскулярные заболевания при ДСТ являются наиболее опасными в прогнозе жизни и здоровья. Одной из причин этих расстройств в детском возрасте являются аномалии экстракраниальных сосудов (27% из неврологической патологии). [2].

Целью настоящей работы было исследование взаимосвязи аномалии экстракраниальных артерий с различными проявлениями малых форм дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы. Для выявления малых форм ДСТ всем детям с аномалией экстракраниальных артерий проводилась тщательное изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, оценка соматического статуса, обнаружение маркеров дисплазии соединительной ткани.

С целью выявления малых аномалии сердца было проведено ЭКГ, ЭхоКГ, а для выявления аномалии сосудов шеи – триплексное сканирование экстракраниальных сосудов по стандартной методике на УЗИ сканере Vivid 3 (General Electric, США), Medison 8X (Корея).

При обнаружении аномалии хода артерий отмечали формы извитости. Извитость считалась патологической, если в месте максимальной ангуляции были зарегистрированы локальные нарушения гемодинамики в виде турбулентции и расширение доплеровского спектра частот. Всем детям проводили измерения показателей кровотока в трех точках: в проксимальном по отношению к извитости участка артерии, в месте наиболее выраженной ангуляции и дистальном по отношению к извитости сегмента внутренней сонной и позвоночных артерий, а также в дистальном участке контрлатеральной артерии, если она не была поражена. Оценивали пиковую систолическую (Vps), конечную диастолическую (Ved) и индекс резистентности (RI) в выше перечисленных участках артерии.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 24 ребенка в возрасте от 7 до 14 лет.

Основным проявлением аномалии экстракраниальных артерии в детском возрасте являются симптомы цереброваскулярной недостаточности, такие как головные боли, слабость, утомляемость, низкое успеваемость в школе, зрительная дисфункция.

Результаты ультразвукового исследования экстракраниальных артерий показали что у большинства пациентов (18 человек) отмечалась патологическая извитость внутренних сонных артерий, и она сочеталась с нарушением хода позвоночных артерии у 7 детей с обеих сторон, у 3-х – с одной. Извитость сонных артерий имела S образную форму у 12 человек, петлеобразную – у 4. Высокое впадение позвоночных артерии в костный канал у 3 детей. Были обнаружены асимметрия диаметров и кровотока по позвоночным артериям у 8 детей с патологической извитостью. У 4 детей было сочетание извитости сонных артерий с гипоплазией и патологической извитостью в V3 сегменте позвоночной артерии.

У многих пациентов была выявлена патология со стороны сердца (19 человек). Очевидно это сочетание неслучайно из-за общего эмбриогенеза внутренней сонной артерий и сердца. Были обнаружены дополнительные хорды, пролапсы клапанов, у 4 детей отмечалась дисплазия межпредсердной перегородки в сочетании с открытым овальным окном, сеть Киари, расширение синусов аорты. Большую распространенность имел аритмогенный синдром, он отмечался у 13 пациентов. Это были желудочковые и предсердные экстрасистолы, миграция водителя ритма, атриовентрикулярная блокада 1 степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром ранней реполяризации желудочков, синдром удлиненного QT.

Синдром гипермобильности суставов отмечался в 7 случаях, вертеброгенный синдром – у 11 детей.

Все вышеперечисленные изменения, характерные для детей с аномалией экстракраниальных артерий, являются маркерами соединительно-тканной дисплазии сердца, и обнаружение их еще раз подтверждает системность патологии.

В нашем исследовании каждый ребенок с аномалией сосудов шеи имел признаки патологии со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Высокая частота сочетания малых форм ДСТ с аномалией экстракраниальных сосудов у детей позволяет заключить, что эта аномалия является одним из проявлений генерализованной недифференцированной патологии соединительной ткани.

Аномалия экстракраниальных артерий у детей с ДСТ часто является причиной, приводящей к сосудистой патологии нервной системы.

С целью раннего предупреждения цереброваскулярных расстройств рекомендуется проводить ультразвуковое исследование сосудов шеи у детей с ДСТ в качестве скринингового и верифицирующего метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева Т.И., В.П.Конев. «Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение». Лечащий врач.
2. Ткаченко Ю.Г., Подлианова И.С. «Возрастная динамика клинических проявлений синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани». Врачебная практика 2003, №2.
3. Гавалов С.М., Зеленская В.В., Тимофеева Е.П., Праворотов Г.В. «Особенности течения заболевания у детей с недифференцированными (малыми) формами дисплазии соединительной ткани» - Новосибирск, 1998.
4. Земцовский Э.В. «Соединительно-тканые дисплазии сердца». – СПб, 1998.
5. «Наследственная патология человека» / Под ред. Вельтищева Ю.Е., Бочкова Н.П. – М., 1992. – Т. 1. – С. 91 – 162.
6. Покровский А.В. «Болезни сердца и сосудов» Руководство для врачей – М., 1992.
7. Белозеров Ю.М. «Детская кардиология» - М., 2004.

УДК 616.973 – 07: 615.281: 314.4 (574.5)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ, АНАЛИЗ РОСТА РЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ NEISSERIA GONORRHOEAE, К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПО ЮКО ЗА 2007-2009 ГОДЫ

*Г.Б. Нурмагамбетова, А.К. Дерипсалдинова, Е.Е.Щеглова, Л.А.Патсаева, К.Б. Карабасова
Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент*

ТҮЙІН

2007-2009 жылдар аралығында ОҚО бойынша сөз инфекциямен ауыру-сырқауына талдау жүргізілген, сонымен бірге 2007-2009 жылдар аралығында ОҚО бойынша- N. GONORRHOEAE антибиотик сезімталдық штамдарының өсуіне талдау жүргізілген.

SUMMARY

The organized analysis to diseases gonorrhoea infection on YUKO for period 2007-2009, was also organized analysis of the growing antibioticoresistens N. GONORRHOEAE on YUKO for 2007-2009 .

Laboratory analysis of the gonorrhoea, growth analysis of the resistant stamps Neisseria Gonorrhoea to antibacterial preparations about SKO from 2007 to 2009 have been made.

Гонорея – это инфекционное заболевание, вызываемое гонококком, передающееся преимущественно половым путём при контакте через влагалище или прямую кишку, а также при оральном сексе. При гонорее поражаются слизистая оболочка мочеполового тракта, прямой кишки, конъюктива глаз, слизистая оболочка полости рта и глотки.

Возбудитель гонореи - NEISSERIA GONORRHOEAE, микроорганизмы с вполне характерной морфологией, достаточно крупные. Это бобовидной формы диплококк, который, как правило, можно легко идентифицировать с помощью окраски по Грамму, с использованием обычной световой микроскопии. При возникновении трудностей в идентификации и диагностике по мазку, проводят культуральную диагностику, т.е. посев материала от больного на специальные питательные среды с последующей идентификацией выросшего на этой среде возбудителя, что и является золотым стандартом в диагностике гонореи. [1]

Гонорея приносит массу страданий людям сексуально-активного возраста. Наибольшему риску заражения подвергаются сексуально активные подростки моложе 25 лет с большим количеством половых партнёров, гомосексуалисты и проститутки.

Легкомысленное предположение, что вылечиться можно легко без врача с помощью советов «опытных» друзей и знакомых, представляет главную опасность для пациента. А. Нейссер открывший возбудитель гонореи, говорил, что «...по своим последствиям гонорея есть болезнь несравненно более опасная, чем сифилис», и она гораздо более распространена, чем сифилис. Самолечение ведёт лишь к устранению симптомов гонореи, в дальнейшем болезнь прогрессирует и переходит в хроническую форму, что в конечном счёте грозит серьёзными осложнениями: воспалительными заболеваниями гениталий и внутренних органов, нередко ведущих к бесплодию. Болеть гонореей можно несколько раз, стойкого иммунитета к ней не существует.[2]

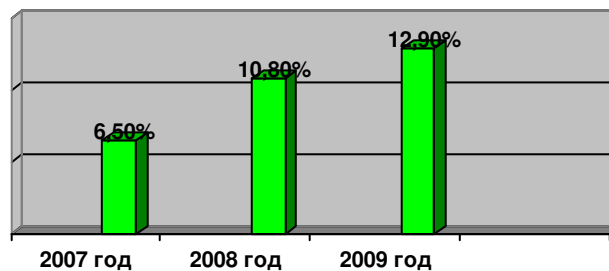
Возбудитель гонореи передаётся от больного человека, здоровому, практически, исключительно половым путём. Из этого правила возможны исключения.[3] Хотя и описаны случаи так называемого бытового заражения, но их достоверность, как правило вызывает сомнения. Безусловно, встречаются случаи заражения плода при прохождении родовых путей матери, поражённых гонококком, при этом возбудитель может попасть на конъюнктиву глаз и вызвать гонобленнорею.[4]

Благодаря крупным размерам и характерной морфологии, как правило, идентификация *N. GONORRHOEAE* не представляет особых трудностей. Наиболее распространённым методом лабораторной диагностики гонореи является окраска по Грамму мазков отделяемого из уретры или цервикального канала. В подавляющем большинстве случаев такого исследования для выявления гонореи бывает достаточно. Если же возникают какие-либо трудности, то используют культуральную диагностику, т. е. посев материала от больного на специальные питательные среды с последующей идентификацией выросшего на этой среде возбудителя. Одним из наиболее важных правил в лечении гонореи является определение чувствительности штамма гонококка к выбранному антибактериальному препарату у каждого конкретного больного, однако, это проводится не всегда, так как, в случае неэффективности вначале выбранной терапии, назначают препарат из другой группы антибактериальных препаратов, т.е. действуют как бы методом подбора и исключения. Во избежании ошибок в выборе терапии следует руководствоваться региональными данными об устойчивости возбудителя к антибактериальным препаратам для каждой конкретной местности.[5]

Был проведён анализ выявляемости по гонореи по Южно-Казахстанской области за 2007-2009 годы

Таблица 1

Период	Всего обследовано	Положительные	%
2007г	21333	458	6,5
2008г	22840	1116	10,8
2009г	29223	1641	12,9



Как видно из таблицы №1, процент положительных находок при культуральном методе исследования (бактериологический посев), который является золотым стандартом в лабораторной диагностике гонореи, в период с 2007 года по 2009 год увеличился с 6,5% до 12,9%. Данные результаты заставляют задуматься о причинах такого роста заболеваемости почти в два раза.[6]

Как и любая другая инфекция, гонорея имеет тенденцию к периодическим повышением и снижениям заболеваемости. Это связано с изменяющимися геополитическими, социальными, экономическими и другими глобальными условиями жизни населения, но это очень широкое объяснение проблемы. Как было сказано выше, одним из правил успешного лечения гонорейной инфекции является выбор антибактериального препарата, к которому чувствителен конкретный штамм возбудителя гонореи, у конкретного больного. Необходимо отметить, что данный вид лабораторной диагностики, (бактериологический посев на *N. GONORRHOEAE* с определением чувствительности к антибактериальным препаратам), возможен только в специализированной бактериологической лаборатории, специально обученными специалистами, что не всегда возможно в клиниках и кабинетах частного характера.[7]

Был проведён анализ роста резистентных штаммов гонореи к определённым антибактериальным препаратам по ЮКО. Использовался диско-диффузионный метод для определения чувствительности к antimicrobial препаратам (АМП). Выбор антибиотиков определялся рекомендованными и наиболее часто применяемыми препаратами для терапии гонококковой инфекции – пенициллин, ампициллин, доксициклин, азитромицин, тетрациклин, ципрофлоксацин, цефтриаксон, цефазолин.

Таблица 2

№ п/п	Вид АМП	Процент резистентных штаммов N. GONORRHOEAE 2007 год	Процент резистентных штаммов N. GONORRHOEAE 2008 год	Процент резистентных штаммов N. GONORRHOEAE 2009 год
1	Пенициллин	63,4%	82,7%	92,5%
2	Ампициллин	89,3%	92,4%	96,1%
3	Доксициклин	64,2%	72,15	77,3%
4	Азитромицин	59,4%	58,8%	62,3%
5	Тетрациклин	72,9%	76,5%	87,2%
6	Ципрофлоксацин	32,5%	37,2%	44,6%
7	Цефтриаксон	29,5%	32,8%	39,4%
8	Цефазолин	17,1%	21,8%	33,7%

Сравнительный анализ результатов мониторинга антибиотикорезистентности штаммов N. GONORRHOEAE, проводившегося в 2007-2009 годах по ЮКО, отмечена тенденция к нарастанию резистентности штаммов N. GONORRHOEAE, практически ко всем антибактериальным препаратам, применявшимся для мониторинга:

- число штаммов нечувствительных к пенициллину, увеличилось с 63,4% в 2007 году до 92,5% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к ампициллину, увеличилось с 89,3% в 2007 году до 96,1% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к доксициклину, увеличилось с 64,2% в 2007 году до 77,3% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к азитромицину, увеличилось с 59,4% в 2007 году до 62,3% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к тетрациклину, увеличилось с 72,9% в 2007 году до 87,2% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к ципрофлоксацину, увеличилось с 32,5% в 2007 году до 44,6% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к цефтриаксону, увеличилось с 29,5% в 2007 году до 39,4% в 2009 году.
- число штаммов нечувствительных к цефазолину, увеличилось с 17,1% в 2007 году до 33,7% в 2009 году.

Результаты мониторинга устойчивости штаммов N. GONORRHOEAE, на протяжении 2007-2009 годов по ЮКО, позволяют отметить, что наиболее высокий уровень чувствительности N. GONORRHOEAE, регистрируется к таким антибактериальным препаратам как: цефазолин, цефтриаксон, ципрофлоксацин. Однако обращает на себя внимание то, что в период с 2007 по 2009 годы, количество чувствительных штаммов N. GONORRHOEAE к данным препаратам снижается.

Анализируя данные таблицы №2 видно, что антибактериальные препараты пенициллин, ампициллин, тетрациклин, доксициклин в настоящее время являются препаратами, к которым подавляющее большинство штаммов N. GONORRHOEAE (до 96 %) резистентны, что подтверждает необходимость исключить вышеуказанные препараты из схем лечения гонорейной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меликянц И.Г., Волков В.М., Гонорея у женщин. 1999 г. стр. 123-127
2. Филатова Е.Н., Аковбян В.А., Дмитриев Г.А., Тихонова Л.И., Культуральный метод диагностики гонореи при проведении скрининга на инфекции передаваемые половым путём. 2001 г. стр.20-25.
3. Гомберг М.А., Соловьёв А.М. Вариант терапии неосложнённой гонорейно-хламидийной инфекции. Инфекции передаваемые половым путём. 2000 г.
4. Борисенко К.К., Каминский А.А., Дмитриев Г.А. Эффективность цефтриаксона при лечении мужчин, больных неосложнённой гонореей.

5. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М., Смирнова Т.С., Павлова Н.Г., Беляева Т.В., Аравийская Е.Р., Антонов М.М. Методические материалы по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространённых инфекций, передаваемых половым путём /методическое пособие/ СПб: Издательство Н-Л, 2002 год.
6. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М., Беляева Т.В., Алмазьян Э.К. Инфекции, передаваемые половым путём, руководство для врачей. М.: Медпресс-информ, 2006 год.
7. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путём. СПб: Фолиант, 2004 год.

УДК 616.97 – 07

ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДИКАМИ

Г.Б.Нурмагамбетова, А.К. Дерипсалдинова, Е.Е.Щеглова, Л.А. Патсаева, Ж.У.Будесова, К.Б. Карабасова
Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Урогениталды трихомониазбен ауыратын 57 науқасқа қазіргі заманғы әдістермен зертханалық анықтау нәтижелеріне талдау жүргізілді: жағынды әдістері, культуралды әдіс, иммуноферментті талдау, ПЦР-талдау.

SUMMARY

Comparative analysis of the laboratory results of the urogenital trichomoniasis diagnostics has been made at 57 patients by modern methods (laboratory, microbiological, PCR analysis)

Возбудителем урогенитального трихомониаза является паразит *Trichomonas vaginalis*, это широко распространённое инфекционное воспалительное заболевание, передаваемое половым путём, не носит сезонного характера и поражает все слои населения. Болезнь протекает с минимальными клиническими проявлениями, поэтому часто трихомонады выявляются при профилактических осмотрах или при активном привлечении к обследованию половых партнёров, больных трихомониазом. Трихомонадное носительство встречается у 40-50% больных со смешанной урогенитальной инфекцией.[1]

При анализе заболеваемости ИППП за 2009 по ЮКО, урогенитальный трихомониаз (далее УГТ), занимает по структуре третье место, после урогенитального уреоплазмоза и микоплазмоза. Хотя поражение урогенитального тракта микоплазмами и уреоплазмами не всегда говорит об одноимённой инфекции, так как эти микроорганизмы являются условно-патогенными и могут вызывать патологический процесс при наличии некоторых факторов (снижение иммунитета). Соотношение больных УГТ мужчин и женщин составило примерно соотношение 1:5, это скорее всего связано с определёнными нюансами в строении мочеполювого тракта у мужчин. [2]

Данные уровня заболеваемостью УГТ за 2007-2009 гг по ЮКО

Таблица 1

	2007 год	2008 год	2009 год
Число обследованных	6198	5449	5304
Число положительных находок	1073	963	1360
%	17,3%	17,7%	25,6%

Как видно по данным таблицы 1 процент положительных находок *Trichomonas vaginalis* в течение предпоследних двух лет 2007-2008 гг, оставался примерно на одном уровне, в 2009 году этот процент составил 25,6%. [3]

Существенную эпидемиологическую проблему представляет преобладание при УГТ вялотекущих форм воспалительного процесса, трихомонадоносительство, а также резистентность к метронидазолу и другим препаратам этого ряда. Следует также отметить способность влагалищных трихомонад осуществлять незавершённый фагоцитоз различных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и, таким образом, резировировать в себе гонококки, хламидии, уреоплазмы, микоплазмы и другие инфекционные агенты, которые могут длительное время персистировать в простейших и проявлять резистентность к воздействию антимикробных препаратов в периоды лечения.[4]

Возбудителем УГТ является *Trichomonas vaginalis*, относится к царству высших процистов – Protozoa, классу жгутиковых - Flagella, семейству - Trichomonadidae, роду - Trichomonas. В организме человека существует три вида трихомонад: *Trichomonas tenax* (elongate), *Trichomonas hominis*

(abdominalis), *Trichomonas vaginalis*. В ротовой полости чаще присутствует *Trichomonas tenax*. При диспептических расстройствах, обычно у детей, выделяют комменсал толстого кишечника *Trichomonas hominis*. [4]

Trichomonas vaginalis – это одноклеточный простейший микроорганизм, имеющий пять жгутиков, ядро и различные включения. Вагинальные трихомонады бывают трёх форм: грушевидной, амёбозной и почкующейся. Последняя, встречается реже других. Основной считается грушевидная форма, а остальные представляют собой промежуточные стадии жизненного цикла трихомонады, вне человеческого организма малоустойчивы. Обязательным условием их жизнеспособности является наличие влаги, при высушивании они быстро погибают. Эти простейшие неустойчивы также ко многим другим факторам окружающей среды: повышение температуры более 40°C, прямые солнечные лучи, изменения осмотического давления, воздействие антисептических средств.[3]

УГТ является многоочаговым заболеванием, при котором урогенитальные трихомонады могут локализовываться во всех мочеполовых органах. Попадая на слизистую оболочку уретры во время полового акта, они держатся в первые 12-24 часа на поверхности ладьевидной ямки, выстланной плоским эпителием. Размножаясь, они стелются как плюш, по поверхности, но не проникают в щели плоского эпителия. В ответ на внедрившуюся инфекцию появляется активная гиперемия, которая выражается в припухлости и покраснении губок наружного отверстия уретры, а субъективно больной ощущает зуд и лёгкое щекотание. По мере размножения и распространения урогенитальных трихомонад вдоль слизистой оболочки уретры, они достигают мест выстланных цилиндрическим эпителием, примерно через 24-36 часов. С вовлечением в воспалительный процесс цилиндрического эпителия происходит просачивание через стенки сосудов серозной жидкости, которая разрывает связь между эпителиальными клетками и соединительной тканью. Нарушается нормальное состояние сосудистых стенок, начинается обильная миграция лейкоцитов с инфильтрацией ими верхних слоёв подэпителиальной ткани. Под влиянием урогенитальных трихомонад эпителий уретры травмируется, дегенерирует, нарушается взаимная связь между клетками и их питание, эпителий слущивается вплоть до образования эрозий и язв. Последние, образуются за счёт воздействия протеолитических ферментов простейших на эпителиальные клетки и подэпителиальную ткань. Слизистая оболочка уретры припухает, утолщается, теряет свою эластичность, легко кровоточит. При отсутствии лечения через 3-4 недели воспалительные явления начинают стихать, выделения прекращаются или же наблюдаются только по утрам, после обильного употребления алкоголя или полового акта. Происходит метаплазия эпителиального покрова слизистой оболочки уретры: вместо дегенерированного слущивающегося цилиндрического эпителия образуется многослойный плоский эпителий.[4]

В настоящее время для диагностики УГТ используются четыре лабораторных метода определения *Trichomonas vaginalis*: микроскопический, культуральный, иммунологический и генодиагностический.

Микроскопический включает в себя две схемы исследования. Первая – это определение трихомонад в нативном препарате при фазовом контрастировании. Необходимо найти овальное или грушевидное тело, чуть больше лейкоцита, имеющее жгутики и совершающее характерные толчкообразные поступательные движения. Такое исследование следует проводить практически «не отходя от пациента», иначе в течение нескольких минут влагалищная трихомонада может прекратить свои движения. Вторая методика предполагает окрашивание препарата метиленовым синим (как вариант раствором бриллиантовой зелени) или по Грамму. Ведётся поиск известной формы трихомонады с правильно очерченным ассиметричным ядром на фоне нежно-ячеистой структуры цитоплазмы. Для выявления жгутиков и ундулирующей мембраны препарат следует изучать методом окраски по Романовскому-Гимзе, Лейшману. По различным источникам чувствительность метода микроскопии варьирует от 38-82 %. Несмотря на то что, метод можно считать экономически более целесообразным по сравнению с другими диагностическими тестами, он всё-таки далеко не оптимален по степени надёжности, поскольку имеет низкую чувствительность, опять же относительно других методов лабораторной диагностики. Это может быть обусловлено в первую очередь потерей влагалищными трихомонадами характерной для них подвижности после того, как простейшее уже извлечено из среды человеческого организма. Особенно большая доля субъективизма проявляется в интерпритации низкотиражных или препаратов содержащих огромное количество клеток эпителия, лейкоцитов и другого деструктивного материала из очага поражения. В очаге поражения чаще всего влагалищная трихомонада представлена округлыми (амастиготными) формами со сниженной метаболической активностью, лишёнными блефаропласта, жгутиков и ундулирующей мембраны, что визуально может быть диагностировано исследователем как полиморфноядерные лейкоциты или эпителиоциты и, таким образом, явиться причиной диагностической ошибки. Кроме того, необходимо учитывать, что даже типичные морфологические признаки нередко теряются во время фиксации и окрашивания, что тоже создаёт трудности для этиологической идентификации.[4]

Метод выращивания влагалищных трихомонад в бульонной культуре – «золотой стандарт» диагностики. Это простой в интерпритации метод требует наличия менее чем 300-500 трихомонад в 1мл

инколума для начала роста в культуре. Тем не менее определённые ограничения, присущие всем культуральным методам, существуют и в этом методе.

Прямой иммуноферментный и иммунофлюоресцентный анализ мазков урогенитального соскоба, предполагающий использование пероксидазо- и флуорохроммеченных смесей моноклональных антител к различным структурам *Trichomonas vaginalis*, так же чувствителен и специфичен, как и культуральный метод. К тому же определение возбудителя трихомониаза данным методом достигается в течение одного часа, что позволяет специалисту проводить быстрый и достаточно точный диагностический поиск.

Новая генодиагностическая технология – полимеразная цепная реакция (ПЦР) – основаны на выявлении специфичных молекул ДНК у большинства возбудителей ИППП, и частности у влагалищных трихомонад.[5]

В течение 2009 года в ЦКБЛ ОДВД ЮКО было проведено исследование 57 пациентов на наличие *Trichomonas vaginalis* тремя методами лабораторной диагностики: микроскопия мазков окрашенных по Романовскому-Гимзе, культуральным методом и ПЦР-анализ (таблица 2).

Таблица 2

Количество обследованных пациентов	Количество положительных находок методом микроскопии	Количество положительных находок культуральным методом	Количество положительных находок методом ПЦР-анализа
57	23(40,4%)	15(26,3%)	13(22,8%)

По данным таблицы 2 видно, что из 57 обследованных пациентов методом микроскопии мазков окрашенных по Романовскому-Гимзе у 23 пациентов были обнаружены *Trichomonas vaginalis*, что составило 40,4%. При культуральном методе обследования из 57 пациентов положительный результат на *Trichomonas vaginalis*, оказался у 15 пациентов, что составило 26,3%. Обследование методом ПЦР-анализа, даёт положительный результат у 13 пациентов, что соответствует 22,8%. Анализ вышеизложенного позволяет сделать вывод, что у 13 пациентов из 57 обследуемых, были обнаружены *Trichomonas vaginalis*, всеми тремя методами лабораторной диагностики. Также заставляет задуматься тот факт, что в ходе обследования 57 пациентов всеми тремя методами диагностики *Trichomonas vaginalis*, выявлены 4 пациента у которых при микроскопии мазков *Trichomonas vaginalis* обнаружены не были, однако при культуральном обследовании и ПЦР-анализе у пациентов получены положительные результаты. Это ещё раз доказывает, что метод микроскопии окрашенных мазков имеет довольно низкую чувствительность, в пределах 40-70%, (качество забора материала, качество окраски, подготовленность и опыт лаборанта), и может быть использован как скрининговый метод при обследовании большого количества пациентов. Для выставления диагноза УГТ, необходимо проведение нескольких видов лабораторной диагностики *Trichomonas vaginalis*.

По вопросу резистентности, к процистоцидным препаратам, *Trichomonas vaginalis* в последние годы имеет тенденцию к росту. Проведён анализ количества положительных контрольных результатов анализов при культуральном методе обследования.

Таблица 3

Число положительных находок <i>Trichomonas vaginalis</i>	2007 год	2008 год	2009 год
	1073	963	1360
Из них положительных контрольных анализов	51	54	113
%	4,7%	5,6%	8,3%

По данным таблицы 3 можно сделать вывод, что устойчивость *Trichomonas vaginalis* к препаратам метронидазола с 2007 года по 2009 год возросла на 4,4%. Однако, в этом вопросе необходимо учитывать, что метод определения, является косвенным, и зависит от многих определяющих факторов: добросовестное выполнение пациентом всех требований и предписаний врача дерматовенеролога, приём качественных процистоцидных препаратов, так как в последнее время на фармацевтическом рынке широко распространены поддельные препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко К.К. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путём. Методические материалы. 3-е издание. М. Ассоциация САНАМ,1998 г
2. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М., Смирнова Т.С., Павлова Н.Г., Беляева Т.В., Аравийская Е.Р., Антонов М.М. Методические материалы по диагностике, лечению и профилактике наиболее распространённых инфекций, передаваемых половым путём /методическое пособие/ СПб: Издательство Н-Л,2002 год.
3. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М., Беляева Т.В., Алмазьян Э.К. Инфекции, передаваемые половым путём, руководство для врачей. М.: Медпресс-информ, 2006 год.

4. Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путём. СПб: Фолиант, 2004 год.
5. Шипицына Е.В., Будилова О.В., Савичева А.М. Метод амплификации нуклеиновых кислот NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification) и возможности его применения в акушерско-гинекологической практике. Журнал акушерства и женских болезней. 2005 год. Вып.2.

УДК 615.282: 616.992.282

ПРИМЕНЕНИЕ МИФУНГАРА В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ

А.К. Дерипсалдинова, Л.А. Патсаева
Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Мифунгармен кейбір дерматомикоздарды жергілікті емдеудің тиімділігі шет ел әдебиетінен және өзінің 24 наукасты бақылауынан алынған деректер берілген. Сол ауырумен ауыратын науқастардың салыстырмалы екі тобында жергілікті терапияны 1% экзодерил кремін (12 адам) және ламизилді (12 адам) қабылдап барлық науқастар клиникалық-этиологиялық емдеу жетістігіне жеткен.

SUMMARY

According to the data of the foreign periodics and observations of the authors of this article, mifungar is successfully used in treatment of dermatomycosis.

Results of treatment of 24 patients demonstrated mifungars therapeutic efficiency in imporation with exoderil and (amisi).

Инфекционные заболевания микотической природы широко распространены во всем мире. Особую актуальность этот вопрос приобретает в Южно-Казахстанской области, учитывая географическое положение, климато-географические данные, особенности экономического и социального уровня.

Несмотря на обилие на фармацевтическом рынке антимикотиков общего (системного) и местного (локального) действия, число больных с грибковыми заболеваниями растёт из года в год. Это прежде всего связано с ослаблением резистентности организма человека в последние десятилетия, зависящими в первую очередь от состояния иммунной реактивности и функций эндокринной и нервной систем. Поэтому растёт число больных дерматомикозами кожи, её придатков, а также с висцеральной патологией, обусловленной не только облигатными возбудителями, но и оппортунистическими грибами.[1]

Если лечение больных онихомикозами и висцеральными микозами требует применения антимикотиков системного действия (низорал, ламизил, орунгал и др.), то при поражениях гладкой кожи и краевом онихомикозе достаточно использовать локально действующие антимикотики.

К числу наиболее эффективных антимикотиков локального действия относится мифунгар крем чешской фирмы «Лечива». Действующим веществом мифунгара является оксиконазол нитрат – имидазольный препарат широкого спектра действия. Оксиконазол – единственный азол, имеющий в своём составе оксимную группу и 4 атома хлора. Высокая липофильность оксиконазола способствует подавлению синтеза АТФ в клетках грибов, ускоренной и более высокой пенетрации антимикотика в эпидермис. Действующая концентрация оксиконазола в базальном слое эпидермиса и глубоких слоях ногтя уже через 5 дней аппликации мифунгара крема превышает минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) для основных возбудителей микозов в 50 раз и более. Не обнаружено данных о развитии устойчивости грибов к оксиконазолу.[2]

По данным зарубежных авторов, которые изучили антифунгальную активность оксиконазола в отношении различных видов грибов родов *Candida*, *Aspergillus*, *Microsporum*, *Cryptococcus* spp., *Trichophyton*, успешно применяли препарат в локальном лечении поверхностных форм микозов, вызываемых этими грибами, показали преимущества мифунгара перед другими производными имидазолов при наружном лечении поверхностных микозов. Получен хороший эффект при лечении 1% кремом оксиконазола нитрата больных руброфитией кожи и краевыми поражениями ногтей. Процент излеченности составил 80%.

Препарат не имеет системного действия, всасываемость менее 1%. Он в течение 2 часов создаёт высокую фунгицидную концентрацию в роговом слое кожи, которая сохраняется в течение 72 часов, что обеспечивает возможность его использования 1 раз в сутки. Препарат не оставляет следов, не имеет специфического запаха. Показаниями к применению мифунгара крема являются грибковые заболевания кожи и волосяного покрова, а также вторичные пиодермии, развивающиеся нередко в очагах микоза.

Наносится мифунгар на поражённый участок 1 раз в сутки, лучше на ночь, средняя продолжительность применения, согласно инструкции и данным зарубежных исследователей до 3 недель. Во избежании рецидивов заболевания фирма рекомендует наносить его на очаг в течение ещё 1-2 недель после признаков полного излечения.[3]

Клинический диагноз микоза у всех пациентов подтверждался обнаружением элементов гриба в патологическом материале и выделением культуры возбудителя.

В числе сопутствующих заболеваний были нарушения пищеварительной системы хронический гастрит у 12 пациентов, глистные инвазии у 7 пациентов, сахарный диабет у 2 пациентов, компенсируемый антидиабетическими препаратами и диетой, гипертоническая болезнь у 4 пациентов, избыток массы тела. Сопутствующие заболевания принималось к сведению при назначении лечения с учётом рекомендаций соответствующих консультантов. На период лечения мифунгаром группа из 24 пациентов и экзодерил или ламизилом группы по 12 пациентов, другая общая или местная антимикотическая терапия исключалась.

Критериями переносимости и клинической эффективности мифунгара крема были оценка динамики клинического течения дерматоза, субъективных ощущений больного (переносимость), наличие и характер побочных эффектов, результаты лабораторных исследований.[3]

Мифунгар эффективен при микозах стоп и кистей, паховой и подмышечной эпидермофитии, кандидозе кожи. Применяют его и при терапии поверхностных микозов, когда невозможно произвести посев для идентификации вида возбудителя, так как препарат обладает широким спектром противогрибкового действия (дерматофиты, плесневые и дрожжеподобные грибы).

Распределение больных по диагнозу в группах, получавших мифунгар, экзодерил и ламизил 1% крем

Таблица 1

Диагноз	Общее число больных	Основная группа- мифунгар крем	Контрольная группа	
			Экзодерил 1% крем	Ламизил 1% крем
Трихофития гладкой кожи	4	2	2	-
Эпидермофития паховая	20	10	4	6
Микроспория гладкой кожи	5	3	1	1
Разноцветный лишай	19	9	5	5
Всего	48	24	12	12

Терапевтическая эффективность мифунгара крема по сравнению с экзодерилом и ламизилом 1% кремом. (обозначены сроки полного разрешения клинических проявлений)

Таблица 2

Диагноз	Общее число больных	Основная группа- мифунгар крем	Контрольная группа	
			Экзодерил 1% крем	Ламизил 1% крем
Трихофития гладкой кожи	4	22 дня	24 дня	-
Эпидермофития паховая	20	24 дня	26 дня	21 день
Микроспория гладкой кожи	5	18 дней	16 дней	15 дней
Разноцветный лишай	19	27 дней	20 дней	25 дней
Всего	48	24	12	12

Давность заболевания составляла от нескольких дней (например при микроспории), до 4-5 лет (разноцветный лишай). Многие больные периодически получали разнообразную антимикотическую терапию с временным успехом.

Как видно из таблицы № 2, по срокам полного клинико-этиологического излечения больных с перечисленными заболеваниями мифунгар крем при локальном применении не уступает экзодерилу и ламизилу 1% крему.

По данным зарубежной литературы, мифунгар крем успешно применяют при лечении микозов, осложнённых кокковой флорой, и для профилактики вторичного инфицирования ею. Препарат стабильно сохраняется после мытья рук, он – эффективная защита при посещении бассейна, саны, пляжа. Мифунгар до 2 суток сохраняется в очаге микоза после нанесения на кожу.[4]

Многочисленные данные зарубежных авторов и собственные наблюдения антимикотической эффективности мифунгара крема, по сравнению с экзодерилом и ламизилом кремом 1% свидетельствует о том, что мифунгар – активный антимикотик широкого спектра действия, применим при грибковых микстинфекциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королёва Л.П., Лещенко В.М., Лещенко Г.М. Ламизил в лечении микроспории Врач 2006. №5. С 63-71.
2. Лещенко В.М. Грибковые заболевания: современное состояние проблемы. Международный мед. журнал (Харькоа)2009.№2. С48-61.
3. Лещенко В.М., Кулагин В.И., Богущ П.Г. Актуальные проблемы терапии дермато- и онихомикозов. Хронические дерматозы: новые аспекты патогенеза и терапии. Инфекции передаваемые половым путём. М. 2005. С64-67.
4. Лещенко В.М. Лещенко Г.М. Экзодерил в терапии дерматомикозов. Проблемы медицинской микологии. Ст-Петербург 2006. № 4. С 47-49.

УДК 616.5 – 002.9- 056.3: 615.218.3

АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭРИУС» В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

А.К. Дерипсалдинова, Л.А. Патсаева

Областной дермато-венерологический диспансер, г. Шымкент

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

ОҚО бойынша 2007-2009 ж. Аллергиялық дерматоздар аурушандығы көрсеткіші жүргізілген. Аллергиялық дерматоздарды 32 науқасқа антигистаминді «Эриус» препаратымен емдеудегі қолдану әдісіне талдау жүргізу.

SUMMARY

Analysis of the ouergodermatosis about SKO from 2007 to 2009 is given in this article. Besides that the experience of using preparation «Erius» in treatment auergodermatosis at 32 patients is also described in this article.

Аллергодерматозы или аллергические заболевания кожи в структуре аллергических болезней, по данным различных авторов, занимают значительное место, и составляют от 12%-75% от общего их числа.[1] Распространённость аллергодерматозов зависит от возрастного состава, экологических и климатогеографических условий в регионе, сопутствующих заболеваний и многих других факторов. Однако, достоверных сведений об этом показателе до настоящего времени нет. Это связано с отсутствием единых подходов к терминологии, классификации, унифицированных методов диагностики и терапии данных форм аллергопатологии.[2]

За период 2007-2009 годы проведён анализ по формам заболеваемости аллергодерматозами в ЮКО. В таблице 1 представлены данные в процентах, отражающих долю той или иной формы от общего количества больных аллегордерматозами.

Таблица 1

Заболевания	Годы		
	2007 год	2008 год	2009 год
1. Крапивница	12,4%	12,7%	12,5%
2.Атопический дерматит	3,5%	3,3%	3,7%
3. Лекарственная аллергия	5,6%	8,8%	4,1%
4. Пищевая аллергия	2,8%	1,4%	2,3%
5. Аллергические реакции на укусы насекомых	0,7%	0,9%	1,4%
6. Холодовая аллергия	0,2%	0,4%	0,3%

Аллергодерматозы могут протекать по механизмам как истинных аллергических реакций (ИАР), так и по типу псевдоаллергических реакций (ПАР). [3]

Важнейшими иммунологическими процессами при аллергодерматозах, протекающих по механизмам ИАР, являются сенсебилизация и иммунный ответ при повторном контакте с аллергеном. Выделяют четыре типа ИАР, различающихся по механизмам развития. Первые три типа (анафилактический, цитотоксический и иммунокомплексный) относятся к В-зависимым реакциям и протекают по механизмам гиперчувствительности немедленного типа (ГНТ), А четвёртый, Т-зависимый, клеточно-опосредуемый тип, протекает по механизмам гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ).[4] При любом типе ИАР, лежащих в основе аллергодерматозов, условно можно выделить три

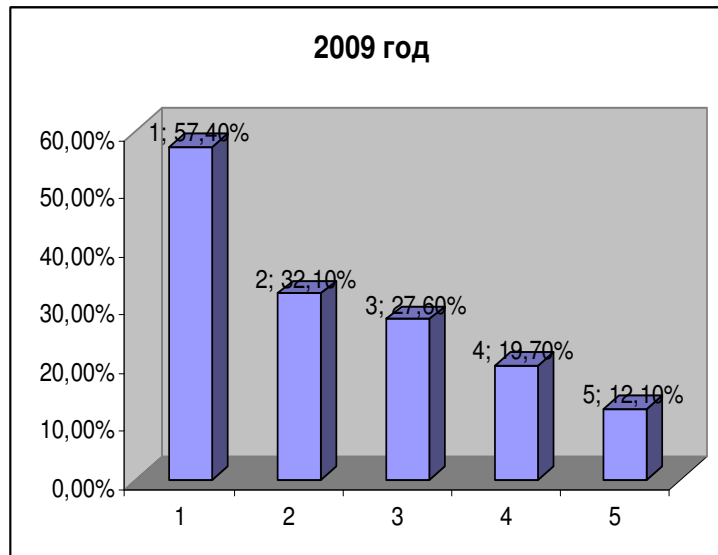
стадии. Первая иммунологическая, характеризуется синтезом аллергических антител (АТ) после первого контакта с аллергеном (АГ). Во второй стадии (патохимической) после повторного контакта с АГ происходит взаимодействие клеток-мишеней, несущих комплексы Ig E и других АТ, со специфическим АГ и последующим специфически обусловленным, высвобождением медиаторов. Высвобождение медиаторов, обладающих высокой биологической активностью, приводит к расширению сосудов и застою крови в капиллярах, повышению проницаемости их стенок, что приводит к отёку окружающих их тканей и сгущению крови, гиперсекреции желёз, спазму гладких мышц. Клинически высвобождение медиаторов характеризуется появлением гиперемии и зудом кожи, крапивницы, ангионевротических отёков Квинке (АОК) и других симптомов аллергодерматозов.[5]

ПАР получили своё название в связи выраженной схожестью клинических симптомов и чёткой связи их возникновения с воздействием причинно-значимых факторов, характерных для ИАР (принял медикамент - появилась крапивница).[6] Принципиальным и важнейшим отличием механизма ПАР является отсутствие при псевдоаллергии иммунологической стадии, т.е. они протекают без участия аллергических АТ. Следовательно, при ПАР, выделяют только две стадии: патохимическую и патофизиологическую. Но, отличие от ИАР, при ПАР высвобождение медиаторов осуществляется неспецифическим путём. Становится понятным, что одинаковые симптомы, развивающиеся при ИАР и ПАР, обусловлены участием в их формировании одних и тех же медиаторов (гистамин и др.), что отличает ПАР от других реакций непереносимости, связанных с генными нарушениями, ферментопатиями, токсичностью или передозировкой препаратов.[7]

Таким образом, в зависимости от преимущественного участия тех или иных механизмов в патогенезе заболевания, можно выделить иммунологический вид аллергодерматозов, которые протекают с участием иммунных реакций, и неиммунологический, протекающий без участия иммунных реакций.

Иммунологический вид аллергодерматозов, может включать аллергический тип (опосредован участием специфических аллергических АТ или сенсебилизованных лимфоцитов), протекающий по механизмам ГНТ или ГЗТ, и неаллергический тип (ПАР, в том числе), который протекает без участия специфических иммунных реакций, (например, обусловленный дефектом в системе комплимента, в частности, наследственный ангионевротический отёк (НАО)). [6] Примером аллергического типа аллергодерматозов, могут служить атопическая форма аллергической крапивницы, обусловленной участием специфических IgE-, неатопическая форма аллергической крапивницы обусловленной участием других классов аллергических антител, например Ig G, инфекционно-аллергическая форма крапивницы, характеризующаяся, сочетанием аллергии и клинических и/или лабораторных признаков иммунной недостаточности, иммуннокомплексные формы и другие.[8]

На диаграмме представлена структура аллергодерматозов по обращаемости в ОДВД ЮКО за 2009 год:



Крапивница-57,4%

Аллергодерматозы-32,1%

Пищевая аллергия-27,6%

Атопический дерматит-19,7%

Контактный дерматит-12,1%

Как видно из диаграммы отмечается высокий уровень крапивницы, аллергодерматозов и пищевой аллергии.

Тактика ведения и лечения крапивницы, протекающей по механизмам ИАР и ПАР, принципиально различны. Основными патогенетическими методами терапии крапивницы, обусловленных участием ИАР, являются элиминация, специфическая иммунотерапия и иммуномодулирующая терапия.[9]

В течение 2009 года для лечения алергодерматозов применялся антигистаминный препарат эриус - это препарат нового поколения, активным веществом которого является - дезлоратадин. Эриус был назначен 32 больным с хронической и рецидивирующей крапивницей, в возрасте от 15 до 57 лет. Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное обследование с целью выявления показаний и противопоказаний для назначения препарата. Критериями исключения являлись:

- наличие декомпенсированных заболеваний ЖКТ, гепатобилиарной нейроэндокринной систем;
- наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы с нарушениями ритма;
- наличие в анамнезе аллергии к антигистаминным препаратам;
- беременность и период лактации.

Клинический эффект препарата эриус выявлен при всех формах крапивницы. Наиболее выраженным он был при лёгких и среднетяжёлых формах, но даже у тяжёлых больных он способствовал значительному улучшению состояния. Переносимость препарата эриус у всех больных была хорошей. Побочные эффекты проявились у двоих пациентов, и проявлялись сухостью во рту во время приёма препарата, отмены или снижения дозы не требовалось. После окончания курса лечения препаратом эриус все больные изъявили желание в дальнейшем использовать его при обострении заболевания.

Таким образом, препарат эриус, можно рекомендовать как эффективный медикамент в комплексной терапии алергодерматозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зверькова Ф.А. Об атопическом дерматите. Вестник дерматологии-2007-5.С 25-27
2. Балаболкин И.И. Ефимова А.А. Влияние экологических факторов на распространение и течение аллергических болезней у детей. Иммунология.-2005.-4. С 34-37.
3. Ало А.Л. Частная алергология.- М 2004.- 503-532 с.
4. Каламқарян А.А., Самсонов В.А. К вопросу о терминологии: диффузный нейродермит - атопический дерматит. Вестник дерматологии. 2006-2. С 10-15.
5. Йегер Л. Клиническая иммунология и алергология. 2000. С 5-19.
6. Лессов М. Клинические реакции на пищу. Медицина.- М. 2006. сС-246.
7. Лусс Л.В. Аллергия и псевдоаллергия в клинике. ДД.-М. 2003. С-227.
8. Торопова Н.П., Синявская О.А., Градинаров А.М. Тяжёлые (инвалидизирующие) формы атопического дерматита у детей. Методы медицинской реабилитации. Журнал «Дерматология». 2007.-5.-N11.-С178-253.
9. Хутуева С.Х., Федосеева В.Н. Аллергия и экология. 2002. С 69.

УДК 616.992.282 (574.5) : 314.4

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009 ГОД

*А.К. Дерипсалдинова, Л.А. Патсаева
Областной дермато-венерологический диспансер, г.Шымкент
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан Облысы бойынша 2009 жылғы саңырауқұлақ ауруларының аурушандығына талдау жүргізілген. Сондай-ақ Шымкент қаласы бойынша 2009 жылға дерматомикоз аурулары түрінің құрылымы талданған.

SUMMARY

The organized analysis to diseases fungous infection on YUKO for 2009. As well as is analysed structure at aspectual disease dermatofungous on city Shymkent for 2009.

Грибковые заболевания вызывают особую тревогу у дерматологов. Это требует повышенного внимания к данным заболеваниям, усиления терапевтической и особенно профилактической помощи населению, направленных на снижение уровня заболеваемости.[1]

Среди грибковых инфекций, значительный удельный вес по заболеваемости дерматомикозами принадлежит трихофитии.

Трихофития может вызываться как антропофильными грибами рода эндотрикс (фиолетовым, кратеровидным), реже другими видами трихофитонов, так и трихофитонами зоофильной группы – эктотриксом, чаще гипсовидным или фавиформным. При заражении трихофитией от больных животных на коже человека развиваются островоспалительные явления в дерме с развитием фолликулитов, их слияние, что заканчивается образованием фолликулита или паразитарного сикоза.[2]

В последнее время возросла заболеваемость именно инфильтративной формой трихофитии по сравнению с антропонозной формой. Источником заражения этой формой трихофитии чаще является крупный рогатый скот. Заражение трихофитией происходит в любое время года, но основной поток больных наблюдается с сентября по март.[3]

Период	Абайский р/н		Енбекшинский р/н		Альфарабийский р/н	
	трихофит		Трихофит		трихофит	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
Январь	19	17	8	4	10	11
Февраль	26	16	16	13	12	15
Март	21	16	8	11	14	12
Апрель	26	16	10	10	7	12
Май	17	8	19	3	6	13
Июнь	15	14	12	5	7	9
Июль	23	8	13	11	7	4
Август	12	6	14	6	16	5
Сентябр	15	9	14	6	11	5
Октябрь	14	10	14	13	27	2
Ноябрь	11	17	19	7	32	20
Декабрь	7	17	11	10	10	9
Всего:	206	155	148	99	159	117

Необходимо отметить, что трихофитией болеют чаще дети школьного и подросткового возраста. [4] Данные заболеваемости детей и подростков в организованных коллективах:

Учреждение	Трихофития
Всего: из них	238
Школы	180 (75,6%)
ДДУ	8 (3,4%)
Университеты Академии	18(7,6%)
Колледж Проф. Лицей	32 (13,5%)

В последние годы в связи с изменением социально-экономических условий и неблагоприятной экологической обстановкой отмечается рост всех инфекционных заболеваний, грибковые инфекции не исключение. Заболеваемость микозами в развитых странах Европы достигает 20-70%, а в некоторых регионах России – 40%.[5] По данным статистической отчетности уровень заболеваемости населения дерматофитными и не дерматофитными грибами в целом по ЮКО и городу Шымкенту составляет около 7,8% (по данным регистрации ОДВД).

Целью исследования явилось изучение распространённости грибковых заболеваний среди различных слоёв населения ЮКО за 2009 год. Проведённые целевые медицинские осмотры, позволили установить уровень распространённости грибковых заболеваний по ЮКО.

Всего осмотру подверглись 27535 человек. Выявлено 22041 дерматологических больных, из них грибковые инфекции обнаружены у 1717, удельный вес которой составил 7,8 % от общего числа выявленных больных с кожной патологией. Наиболее высокая заболеваемость дерматомикозами наблюдается среди взрослого населения.

При распределении больных дерматомикозами по нозологическим формам микозы стоп составили 9,1% от общего количества выявленной грибковой патологии, из них 7,6% больных страдали сопутствующим онихомикозом. Разноцветный лишай зарегистрирован в 35,8% случаев. Трихофития составила 41,9%, а микроспория 5,6%, что составило 2,7% всей выявленной грибковой патологии.

Как видно из изложенного, заболеваемость среди населения неодинакова. Она определяется различными факторами, включая экологические, социальные, экономические, а также индивидуальные особенности организма, такие как пол, возраст, состояние эндокринной, иммунной, нервной, сосудистой систем и наличие сопутствующих заболеваний.

Нами были проанализированы амбулаторные карты больных с различными формами трихофитии за 2009 год. Под наблюдением находилось 73 человека больных трихофитией. Из них: с поверхностным поражением гладкой кожи – 28 человек, с нагноительной формой трихофитии гладкой кожи – 11 и с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы и лобковой области – 34 пациента. Необходимо отметить, что у детей патологический процесс поражал в основном волосистую часть головы и кожу туловища. У взрослых микотический процесс чаще встречался на открытых частях тела – на лице, верхней части груди, туловище, лобке. В основном, при анализе больных по принадлежности к полу, чаще болеют мужчины (72%), женщины (28%).

Все больные получали комплексное лечение, включающее как местное лечение очагов поражения различными противогрибковыми мазями и кремами в сочетании с 1% метиленовой синькой, так и системные антимикотики.

При инфильтративно-нагноительной форме трихофитии на очаги накладывали ихтиоловые лепёшки для размягчения и удаления массивных гнойно-геморрагических корок. У больных с поражением гладкой кожи в первые дни от начала лечения отмечалось заметное уменьшение гиперемии и шелушения в очагах, подсушивание пустулёзных элементов.

Наружная терапия проводилась в зависимости от выраженности воспалительных явлений в очагах. При поверхностной и инфильтративной форме трихофитии волосистой части головы в первые дни назначала метиленовую синьку 1% для подсушивания пустулёзных элементов, затем накладывали 10-20% серную мазь.

У больных с инфильтративной формой трихофитии в первые дни наблюдалось уменьшение воспалительных явлений, шелушения, гиперемии, начали подсыхать пустулы. Но у 2-х больных отмечалось усиление воспалительных явлений в очагах, усилилась инфильтрация, продолжали появляться пустулы, и процесс трансформировался в инфильтративно-нагноительную форму.

Больной считался излеченным при полном разрешении клинических проявлений заболевания и получения 2-кратных отрицательных лабораторных анализов на грибок. Оценка эффективности проводимой терапии осуществлялась по следующим критериям: уменьшение боли, зуда, воспалительных явлений, таких как отёчность, гиперемия, инфильтрация кожи, исчезновение первичных и вторичных морфологических элементов, наличие роста здоровых волос.

Наилучшие результаты были достигнуты при сочетании препарата из группы аллиламинов – тербинафина (ламизил, тербизил) с препаратами системной энзимотерапии. При подключении к лечению последних 5-8 дней раньше наступало клиническое выздоровление за счёт улучшения и ускорения репаративно-регенерационных процессов. Включение энзимотерапии в лечение микозов способствует сокращению сроков достижения терапевтического эффекта.

Учитывая то, что терапия дерматомикозов, особенно инфильтративно-нагноительной формы, представляет определённые трудности, полученные данные могут быть интересны для практического здравоохранения в целях рационализации терапии и тем самым повышению качества оказываемой медицинской помощи больным дерматомикозами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Руководство для врачей. М.2004. С143-184.
2. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика и лечение. М.2005. С 54-68.
3. Кашкин П.Н., Лисицин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии. Л. медицина, 1983. С 191.
4. Лещенко В.М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. М. Медицина 1982. С 112-114.
5. Кубонова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н. Руководство по практической микологии. М. 2001. С 144-151.

УДК:616.12 – 053.2

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА И СРЕДОСТЕНИЯ*Б.М. Сариева**ТОО «Клиника Сункар», г. Шымкент***ТҮЙІН**

Миксома – жиі кездесетін жүректің көлемді өзгерістері. Миксома – жүрек қуысының ісігі оның клиникалық ағысының қатерлігі бар ЭХОкардиология – миксоманы және оның жүрек гемодинамикасындағы ерекшеліктерін зерттеудегі маңызы бар әдіс.

SUMMARY

Cardiac myxoma – is primary intracavitary non-cancerous growth of heart. It has clinically cancerous and even fatal flow. Method of Echocardiography has become reliable in diagnosis of cardiac myxoma, which helps to value peculiarities of intracardiac hemodynamics.

Актуальность темы. Объемные образования сердца – редкое заболевание, ранняя диагностика которого затруднена. У 30% больных медиастинальные объемные образования не сопровождаются клинической симптоматикой, а при нераспознанном диагнозе наблюдается злокачественное и даже фатальное течение. [1]. Поэтому раннее выявление их имеет особую принципиальную клиническую значимость.

При использовании инвазивных методик в 20% наблюдений возможен ложноотрицательный результат [2].

Целью данного исследования является оценка роли ЭхоКГ в диагностике объемных образований сердца.

Материалы и методы. ЭхоКГ с цветным и доплеровским картированием с использованием ультразвуковых сканеров Vivid 3 (General Electric, USA), Aloka SSD-4000 (Japan) с использованием датчиков с частотой 2,5 – 5,0 МГц. При этом оценивались размеры полостей сердца, состояние клапанного аппарата, показатели гемодинамики, состояние миокарда, наличие внутрисердечных образований.

Результаты и их обсуждение. За период с 1995 по 2009 годы наблюдалось 28 человек с объемным образованием сердца (все женщины, в том числе 4 девочки) в возрасте от 6 до 40 лет.

22 случая были представлены миксомами (наиболее часто встречаемая доброкачественная опухоль сердца), при этом 3 наблюдения – опухоли в правом предсердии, в остальных случаях – в левом. На эхограммах миксома выглядела как образование повышенной эхогенности, округлой или овальной формы (чаще напоминала крупную “гроздь винограда”), фиксированное к межпредсердной перегородке (МПП) в ее средней трети и пролабирующее в диастолу в полость ЛЖ.

Наблюдалась миксома малых размеров, когда клинически она не проявлялась, а на ЭхоКГ выявляется как находка. Но были случаи миксомы больших размеров (более 8 см.), с признаками обструкции правых отделов сердца и застойной сердечной недостаточности и признаками легочной гипертензии II степени. Клинически она проявлялась приступами сердцебиения, одышки, синкопе, кровохарканья. Четырём наблюдаемым пациентам с миксомой была проведена операция. Ни в одном случае в послеоперационном периоде не отмечалось жалоб, которые они предъявляли в момент госпитализации. Состояние пациентов улучшилось, нормализовались данные эхокардиографии и лабораторные показатели. Рецидивов опухолей не обнаружено. У пациенток отмечена быстрая положительная динамика.

Наблюдения пациентов выявили высокую корреляцию размеров миксомы при эхокардиографии с интраоперационными данными.

Также отмечались патологические изменения, имитировавшие новообразования сердца. Эхинококковая киста в одном случае (3,5мм) в виде округлого образования с ячейками, плоской капсулой, отсутствием кровотока в объемной структуре (в анамнезе отмечался эхинококк легкого).

Целомическая киста перикарда. В наблюдаемых случаях проявлялась в виде полостного образования небольших размеров у 3 детей, одному из которых было 6 месяцев, протекала бессимптомно и явилась случайной находкой при ЭхоКГ исследования.

Бронхогенная киста средостения в одном наблюдении, сдавливающая перикард. Бронхогенная киста перикарда одно из частых образований средостения. Данная пациентка была направлена с онкодиспансера. Пристеночный тромб правого предсердия у ребенка, которому была проведена подключичная катетеризация в связи с пневмонией. Отмечалась положительная динамика после лечения.

Выводы. Эхокардиография – надежный метод выявления объемных образований сердца, позволяющий объективно оценить особенности внутрисердечной гемодинамики.

ЭхоКГ является основным методом в дифференциальной диагностике объемных образований сердца с различной кардиологической патологией (пороки сердца, ИБС, инфекционный эндокардит).

Ранняя диагностика объемных образований улучшает ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных данной категории.

ЭхоКГ позволяет проводить динамическое наблюдение без лучевой нагрузки для пациента, поэтому наиболее предпочтительна.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Сердечно-сосудистая хирургия», под редакцией акад. АМН СССР В.И. Бураковского, проф. Л.А. Бокерия. – М.: Медицина, 1989, -752с.
2. Braunwald E. Heart disease: A Textbook of cardiovascular medicine. – 4-th ed. – Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1992. – 1848 p.
3. «Практическое руководство по УЗИ диагностике. Эхокардиография.» М.К.Рыбакова, М.Н.Алехин, В.В.Митьков. М.: Издательский дом Видар М, 2008г.
4. Sutsch G., Jenni R., von Segesser L., Schneider J. Heart tumors: incidence, distribution, diagnosis. Exempfield by 20305 echocardiographies // Schweiz. Med. Wschr. – 1991. – Vol. 121, № 17. – P. 621-629. – Vol. 53, №
5. Amoah A.G. Atrial мyxома: a case report and review of the literature // Qest Afr. J. Med. – 1998. – Vol. 17, № 1. – P. 50-54.
6. Т.П. Емельянова, А.Т. Балашов, С.Б. Белорукова, Л.Б. Чавгун, Л.А. Бутылкин « Возможности комплексной эхокардиографии в диагностике опухолей сердца».
7. Gotoh Y., Kuribayashi R., Sakurada T. et al. Surgical treatment of cardiac мyxомas // Kyobu Geka. – 1993. – Vol. 46, № 13. – P. 1115-1118.

УДК 616.85-053.2: 616.89-008.441.14

ЭМОЦИИ В РАЗВИТИИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

М.А. Таджикибаева

Медицинский центр «Эскулап», г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада адам өмірінің эмоциялық жақтарын ашқан. Әсіресе жас балалардың жеке тұлға болып қалыптасуына ерекше назар аударылған. Сонымен қатар, жас балаларда невроздың дамуындағы эмоцияның ролі қарастырылған.

SUMMARY

In this article is given the aspects in emotional life of men is revealed. Special attention is paid to emotions of children, in formation of emofional status of the child as a person. And role of emotions in the development of children neuroses.

Человек не только действует, но и чувствует. Свои чувства он выражает эмоциями. Все мы переживали чувство радости, тревоги, неуверенности, воодушевления. Наше поведение отражает наше эмоциональное состояние, но эмоциональная реакция на один и тот же стимул может быть различной.

Эмоции – это физиологическое состояние человека, возникающее в ответ на различные раздражения внешней и внутренней среды и проявляющееся в форме ярко выраженного переживания (радость, грусть, волнение и т. д.).

Эмоциям отведено много места в повседневной жизни и произведениях художников, писателей, поэтов, скульпторов, композиторов и др.

Объективно судить об эмоциональном состоянии можно по поведению человека, реакции мимических мышц, вегетативным сдвигам (побледнение, покраснение лица, сердцебиение, повышение артериального давления), перистальтике кишечника и др.

Более ста лет учёные хорошо знают, что всеми этими изменениями руководит мозг, но каким образом он вызывает эти изменения и как они связаны с эмоциями, которые испытывает личность, до сих пор остаётся предметом дискуссий.

Внешним выражением эмоций является мимика лица, жесты рук, позы туловища, моторика. Есть обоснованные предположения о том, что правое полушарие участвует в обработке эмоциональной информации и в создании эмоционального выражения больше, чем левое. Психолог М.Е. Day (1964) заметил, что пациенты имеют склонность смотреть либо влево, либо вправо, когда отвечают на вопросы.

Р. Вапен (1969) предположил, что познавательная активность, первично возникающая в одном полушарии, запускает движение глаз в противоположную сторону. В соответствии с этим люди отводящие взгляд влево – это люди, у которых доминирует правое полушарие. Смотрящие вправо – это люди, у которых доминирует левое полушарие.

По складу и подвижности лица мы можем в определенной степени судить и о типе нервной деятельности. Недаром считается, что в глазах отражается интеллект, а в движениях рта, рисунке морщин проявляются эмоции.

Также большое значение имеет голос, он может быть ласковым и, наоборот, суровым, неприветливым. Одно и то же слово изменяет своё эмоциональное значение в зависимости от выразительности, с которой оно произнесено.

Бернард Шоу считал, что есть 50 способов сказать слово «да» и 500 оттенков слова «нет», а написать эти слова можно только одним способом (Ш.Ш. Шамансуров 1995 с.250)

В создании эмоций и обработке эмоциональной информации участвуют кора больших полушарий (в большей мере правое, чем левое), связанная с лимбической системой и гипоталамусом головного мозга, а также височные доли. Далее эмоции опосредуются через симпатическую и парасимпатическую системы, вызывая определенные вегетативные явления - расширение или сужение зрачков, повышение артериального давления. Кроме этого, по походке мы можем судить об эмоциональном состоянии человека.

Ведь состояние мышечной системы и всего опорно-двигательного аппарата, манера движений, в том числе и ходьба, тесно связаны с тонусом коры головного мозга и особенностями реагирования человека. (Ш.Ш. Шамансуров 1995 с.251) .

По своему характеру эмоции могут быть положительными, отрицательными и сложными.

Положительные эмоции (радость, восторг, смех), вызывая резкие сдвиги - повышение артериального давления, учащение сердечных сокращений и др. не дают длительных следовых реакций. Светлый, весёлый человек создаёт вокруг себя комфортную атмосферу, веселье. Он возбуждает довольство и радость в каждом, кого встречает. С биологической точки зрения считается, что положительные эмоциональные ощущения закрепляются как механизм, поддерживающий организм на оптимальном уровне. Ведь при положительных эмоциях выделяется большое количество эндорфина (гормон счастья), который приводит все органы и системы организма в состояние физического комфорта, создаёт внутреннюю гармонию и придаёт уверенность.

Отрицательные эмоции – (страх, испуг и др.), возникающие сдвиги - повышение артериального давления, учащенное сердцебиение имеют длительный «застойный» характер. Иногда у человека может наблюдаться длительное эмоциональное отрицательное состояние, приводящее, как правило, к стрессу. Эмоциональный стресс – это комплекс соматовегетативных нарушений в ответ на длительные повторяющиеся отрицательные эмоциональные реакции. Такие эмоции способны вызвать различные заболевания.

Сложные эмоции. К ним относятся альтруизм, стыд, зависть, чувство вины. Эти эмоции обусловлены социальным обучением, а не физиологической реакцией. Выражение этих эмоций зависит от особенностей культуры, её неписанные правила передаются от родителей к детям, формируя способ выражения, а иногда и содержание этих эмоций.

Эмоциональное развитие человека не идёт прямым и гладким путём, поскольку существует тесная, сложная связь между мыслительными функциями и ощущениями личности. У детей возникновение неврозов, эмоциональных стрессов отличается от взрослых тем, что у них ещё нет внутреннего анализа, который мог бы оценить объективно и объяснить произошедшее событие, но есть ощущения. Детская психика воспринимает всё новое ассоциациями.

Период эмоционального развития у ребёнка в возрасте от 3 до 6 лет очень сложный. Это проявляется в особенностях его поведения, которые кажутся многим родителям непонятными и даже, порой, ненормальными. В большинстве случаев их действия без осознанных намерений: грызут ногти, барабанят по столу, смеются без причины и т.п. Различные эмоциональные проявления проходят у маленьких детей неосознанно, поэтому взрослые не могут помнить все свои чувства, возникающие у них в детстве (Спок 1990 с.117). Эмоциональные интересы детей в этот период направлены на отношения с другими детьми - они любят играть друг с другом. Однако, эти отношения не устанавливают между ними дружеских связей (Ш.Ш. Шамансуров 1995 с.255).

Рассмотрим роль эмоций в развитии неврозов у детей.

Как правило, к неврозам предрасполагают отрицательные эмоции, неприятные переживания, проблемы. Чаще к неврозам предрасположены дети, подростки, пожилые люди или субъекты с конституциональной психической слабостью.

В отличие от неврозов у взрослых детские неврозы имеют системность, т.е. возникает дисфункция со стороны слабого и наиболее реактогенного органа или системы.

Системные неврозы в отличие от общих (которыми страдают взрослые) возникают у ребенка с несформировавшимся эго – я, поэтому внутренней переработки психотравмирующего фактора еще нет, и у ребенка сразу возникает реакция в виде невроза: невроз страха, расстройство сна, расстройство аппетита, энурез, энкопрез, невроз привычных действий, заикание и т. д.

В контрольной группе из 15 детей, обратившихся с неврозами в наш медицинский центр, были достигнуты значимые результаты после ликвидации психотравмирующего фактора в семье, школе, у 46% детей уменьшились явления заболевания, у 30% -было достигнуто полное выздоровление, 24% детей находились длительно под наблюдением врачей и психологов. Применялись в комплексе медикаментозное лечение, отвлекающая терапия, психологическая помощь. Параллельно проводились занятия психолога с детьми и их родителями, что оказалось намного эффективнее в достижении положительных результатов.

Избежать неврозы можно в каждом школьном коллективе, в каждой семье, в каждом микросоциальном объединении, если люди будут щадить друг друга, научиться разумно строить свои отношения. Важную роль в возникновении неврозов играют сложные отношения родителей в семье, отношение учителей в школе к ученику. Во все времена писатели – моралисты обличали жестокость, злобность взрослых, мстящих детям за свои неразрешимые проблемы. Ф.М. Достоевский взывал к людям: опомнитесь, пожалейте детей. Сотни корифеев педагогики опубликовали статьи-предупреждения, обращаясь к своим коллегам с просьбами и требованиями быть милосердными к своим ученикам, быть понимающими, вежливыми интеллигентными, уважать в школьнике чувство собственного достоинства, не унижать юное существо. (М.И.Буянов с. 69) Подростковый период изобилует сильными эмоциональными переживаниями, зачастую противоречивыми. Сильные и богатые эмоциональные переживания связаны, с одной стороны, с физиологическими изменениями, происходящими в организме, а с другой – с общественным становлением подростка.

Клинический случай. Девочка 15 лет пришла на приём с мамой, обратилась с жалобами на заикание, проявляющееся в школе только на уроках. Девочка дружила с мальчиком на 2 года старше и одноклассницы завидовали ей. Однажды на уроке классного часа учительница, славящаяся своим «острым» языком, высмеяла её дружбу с мальчиком. Девочка стала стыдиться своей дружбы, стала замкнутой, плаксивой, на уроках у доски появлялась одышка, сердцебиение, потливость. Появился страх во время ответов, заикание. Постепенно девочка стала меньше общаться со сверстниками, больше времени проводила одна. Здесь имеет место невротическое заикание, пусковым механизмом которого явился психотравмирующий фактор.

В первую очередь была рекомендована консультация психолога. Психолог провёл несколько занятий с девочкой, родители оказывали большую психологическую помощь ребенку, активно участвовали в её жизни, перевели девочку в другую школу.

Были назначены седативные препараты, витаминотерапия, физиотерапия, массаж, водные процедуры. Через несколько месяцев девочка выздоровела.

В данном случае изменить микросоциальную среду, т.е. изменить отношение учителя и одноклассников к девочке оказалось невозможным и родители её изъяли из этой среды и перевели в другую (психотерапия среды), чем и был достигнут в основном хороший результат.

Как добиться объективного отношения родителей и педагогов к ребенку и его внутреннему миру, как воспитать из него хорошего человека, как правильно отнестись к его потребностям. Невозможно дать совет годный на все случаи жизни, все хорошие советы давно даны, только надо их вспомнить и воспользоваться ими, а результат не заставит себя ждать.

В каждом периоде детства есть свои особенности и трудности, которые важно преодолевать спокойно, ровно и благожелательно. Формирование личности должно быть всесторонним. Если ограничиться заботами об умственном развитии, то можно воспитать человека, может быть и образованного, но нравственно неполноценного. Слабое эмоциональное развитие чувств, отсутствие впечатлительности при общении с людьми как в личной так и в общественной жизни приводят к конфликтам. Следует всегда помнить – жизнь невозможна без эмоций (Ш.Ш. Шамансуров с.255).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шамансуров Ш.Ш. «Детская неврология» Ташкент: издательство медицинской литературы имени Абу Али ибн Сино 1995
2. Буянов М.И. «Беседы о детской психиатрии» М.: Просвещение 1986
3. Спок Б. - «Ребёнок и уход за ним» М.: Просвещение 1990

УДК616.12-008.331.1: 616.831.319- 008.6

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА

К.А.Есенбеков

Сарыагашская центральная районная больница, г.Сарыагаш, ЮКО

ТҮЙІН

«Біріншілік және қайталанған жедел ми қан айналысының бұзылыстарында артериалдық гипертонияның ролі, және оған депрессияның әсері» статьясында жедел ми қан айналысының бұзылысы медико-элеуметтік маңыздылығы позициясымен қарастырылады. Соматикалық аурулардың дамуы мен ағымына депрессия әсер етіп, инсульт туындауының қауіп-қатер факторы болып табылады.

Депрессия жиі диагностикаланбай, басқа аурулар, әсіресе артериалдық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы және т.б., сияқты жүреді.

Статьяда Сарыағаш ауданының 2007-2009 жылдарындағы ми инсульты регистрынан алынған стресс туралы мәліметтер қауіп кәтер факторы ретінде көрсетіледі. Біріншілік және қайталанатын инсульттардың дамуы мен туындауының алдын алу үшін, емханалық көмек этапында депрессияны диагностикалау қажет.

SUMMARY

Insults are of one their most important medicine-social problems. An influence of depression on development and course of somatic diseases which are the risk factors of stroke occurrence. There are frequent cases when a depression isn't diagnosed and passes as some diseases mainly as arterial hypertonic ischemic diseases of heart and others.

Here are given data about stress, risk factors from register of cerebral stroke in Sary-Agash city for 2007-2009. it is necessary to perform prophylaxis measures against occurrence and of primary and recurrent strokes at the stage of polyclinic aid by diagnosing depression.

Введение: Острые нарушения мозгового кровообращения стоят на втором месте после острых сердечно – сосудистых заболеваний по смертности и на первом месте по инвалидизации, это большая медико – социальная проблема для нашего общества. (1)

Одним из ведущих факторов риска возникновения инсульта является артериальная гипертония.

На инвалидность переходят чаще люди трудоспособного возраста. Из них только 2-3% считаются полностью реабилитированными физически, при этом у них остаётся постоянный страх повторного возникновения инсульта (1,2,3,4,5,8).

Заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения напрямую связана с факторами риска, одним из которых является стресс. Направленный ритм жизни в наше время приводит к тому, что возникает конфликт между действительностью и социальными возможностями человека. У человека сначала появляется нервозность, которая в дальнейшем может не заметно перейти в депрессивную реакцию на окружающую действительность, затем развиваются ситуационные невротические депрессии.

По последним данным ВОЗ: депрессией страдает каждый восьмой человек на Земле, при этом распространенность её среди больных с тяжелыми соматическим заболеваемости составляет 20-60% (6,7).

Она возникает в ответ на горе, смерть, потерю близкого человека, разочарование, денежные проблемы, конфликты на работе, невозможность все успеть, так же депрессия может возникать при различных соматических заболеваниях. (7).

У 70 % людей депрессия переходит в хроническую форму.

Часто бывает, что депрессия не диагностируется, а протекает под маской какого – либо заболевания, в частности артериальной гипертоний, которая является одним из ведущих факторов риска возникновения инсульта.

Еще не изучен процент истинной артериальной гипертонии в общей структуре больных с повышенным артериальным давлением.

Депрессия оказывает существенное влияние на течение болезни и уровень смертности среди больных сахарным диабетом 1 и 2 типа. Высок риск возникновения депрессий у больных сердечно – сосудистыми заболеваниями (7).

Депрессия часто ведет к развитию патологий, которые способствуют укорочению продолжительности жизни.

Ушаковой Ф.В., проводилось исследование, при котором больных с соматическими заболеваниями, обратившихся за медицинской помощью, подвергли скринингу, и депрессию выявили у 45-95% в среднем - 69% больных.

Таким образом, депрессия стоит на четвертом месте в общей структуре заболеваний по смертности и инвалидации, составляет 4,4%.

Прогнозируется, что к 2020 году депрессия переместится на второе место (9,10)

С целью выявления основных факторов риска сопоставили две группы: в одной больные, перенесшие инсульт и в контрольной - без инсульта, идентичных по полу и возрастному составу.

Таблица 1

Фактор риска	Перенесшие инсульт %	Контрольная группа %
Артериальная гипертония	92,5	36,6
ИБС	53,9	21,5
Мерцательная аритмия	7,4	2,3
Постинфарктный кардиосклероз	6,7	3,1
Сахарный диабет 2 типа	10,6	4,6
Курение	41	20
Стресс	96,2	24,1

Как видим из таблицы, преобладающим фактором риска является стресс. У 96,2% больных отмечалось либо длительное по времени негативное воздействие, либо одномоментная провоцирующая стрессовая

ситуация, которые приводят к усугублению течения соматических заболеваний, особенно при их сочетаниях, в частности, артериальной гипертензии, ИБС и др., а они уже, в свою очередь являлись основными виновниками возникновения острого нарушения.

Пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения после выписки из стационара зачастую остаются один на один со своей проблемой, а это усугубляет течение реабилитационного периода.

Очень часто такие больные становятся жертвами повторного острого нарушения мозгового кровообращения. Так, по данным регистра Сарыагашского района за 2007-2009 гг. количество повторных острых нарушений мозгового кровообращения составило 19,3%. Поэтому для профилактики его возникновения в раннем реабилитационном периоде необходимо назначение антидепрессантов, которые повысят качество жизни больных, перенесших инсульт.

А для профилактики возникновения первичного острого нарушения мозгового кровообращения в рамках поликлинической помощи больным с такими соматическими заболеваниями, как артериальная гипертензия, ИБС, мерцательная аритмия, постинфарктной кардиосклероз, сахарный диабет 2 типа, следует проводить целенаправленный скрининг для выявления депрессий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верацагин Н.В., Гулевская Т.С., Моргунов В.А. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии М., 1997.
2. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики. Руководство для врачей. Под редакцией Верацагина Н.В., Пирадова М.А., Суслиной З.А., М., 2002.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России. Приложение к журналу «Инсульт», 2003, №8, с.4-9.
4. Каменова С.У., Ли И.И., Кужибаева К.К., Байдаулетова А.И., Кондыбаева А.М., Купесбаева С.Р., Нетесова О.Г., Катанаева О.Н. Методологические аспекты ведение больных с мозговым инсультом в Казахстане. «Политика формирования здорового образа жизни в Казахстане». Алматы, 2006, с 310-313.
5. Каменова С.У., Байдаулетова А.И., Кондыбаева А.М. Клиническая диагностика цереброваскулярного эпизода. «Политика формирования здорового образа жизни в Казахстане». Алматы, 2006, с 313-316.
6. Счит RM, Cooper – Patrick L, Ford DE. Depressive symptoms among desperate medical patients: Prevalence and one – year, outcome. Psychosom Med 1994; 56: 109-17.
7. Ушакова Ф.В. Депрессии в общей соматической практике: эпидемиология, скрининг, диагностика //Медицинский журнал «Фарматека», 2006, №7 (122), с.28-35.
8. Каменова С.У., Жанузаков А.Г., Кужибаева К.К., Стурова А.Г., Тусупов М.С. «Влияние артериальной гипертензии на риск развития сосудистых заболеваний мозга». «Политика формирования здорового образа жизни в Казахстане». Алматы, 2006, с.320-321.

УДК 616.34 – 039.57

ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

К.А. Есенбеков

Сарыагашская центральная районная больница, г.Сарыагаш, ЮКО

ТҮЙІН

Асқазан-ішек аурулары дәрігерге жиі қаралатын аурулардың бірі. Өйткені, ересек тұрғындардың 10 пайызға жуығы ас қорыту органдарына шағым жасайды. Ересектерде жиі кездесетін асқазан ойық жарасы мен он екі елі ішек аурулары балаларда сирек ұшырасады.

SUMMARY

Despite of a wide prevalence of gastroenterological diseases among the population, today there are no precise, evidence based recommendations on diagnostics, treatment and preventive measures of gastrointestinal disorders in adults and children that is reflected in tactics of physicians.

Введение: Заболевания желудочно–кишечного тракта является частой причиной обращений к врачу. По данным регистраций заболеваемости, 10% взрослого населения страдают тем или иным заболеванием органов пищеварения(1). Частой патологией у взрослых является язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки, в то время как у детей она диагностируется редко. В структуре гастроэнтерологических заболеваний как у взрослых, так и у детей, преобладает хронический гастродуоденит (1,2). Врачами первичного звена широко используется диагноз дискинезия желчевыводящих путей, хотя доказан вторичный характер этой патологий по отношению другим заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Крайне редко встречаются диагнозы «функциональная диспепсия» или «синдром раздраженного кишечника». Это объясняется несколькими факторами, в том числе недостаточными знаниями врачей первичного звена в области функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Принятые к действию в 2006 г. Протоколы диагностики и лечения в Республике Казахстан включали лишь некоторые из встречающихся заболеваний желудочно-кишечного тракта. Поэтому на сегодняшний день решение большинства вопросов таких, как интерпретация выявленных симптомов, выбор метода обследования или лечебной тактики и др., следует придерживаться при обращении пациента и тактики лечения. Гастроэнтерологические расстройства рассматриваются по стандартным схемам.

Цель: Изучить «типичную» практику амбулаторного ведения пациентов страдающих желудочно-кишечными заболеваниями.

Материал и методы: Проведен анализ 80 амбулаторных карт пациентов состоящих на диспансерном учете с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Пациенты в возрасте 15-20 лет составляли 15 %, 21-25 лет 24 %, 25-30 лет -28 %, 31-35 лет 33%.

Оценивались частота диагностируемых заболеваний желудочно-кишечного тракта, используемых лабораторных и инструментальных методах диагностики, структуре лекарственных назначений.

Результаты и обсуждение: Наиболее часто встречается диагноз дискинезия желчевыводящих путей (38,7%), реже – хронический гастрит (18,8%), дуоденит (12,5%) и холецистит (12,5%).

Хронический панкреатит был диагностирован в 5 % случаев, гепатит - 2,5%, язвенная болезнь желудка - 1,2%.

Типичным является наличие одновременно двух и более диагнозов, особенно часто встречались сочетания гастрита, дуоденита, холецистита с дискинезией желчевыводящих путей.

Дополнительные исследования (лабораторные и инструментальные) проведены у 86,3% пациентов, в остальных случаях для диагностики использовались результаты опроса и осмотра больных.

Широко назначаемыми методами диагностики являются: общие клинические анализы крови и мочи (98,8%), ультразвуковое исследование (88,9%), эзофагогастро-дуоденоскопия (54%), биохимические анализы крови для определения билирубина, АЛТ, АСТ (87,6).

Гистологическое обследование биопсийного материала определение *Helicobacter pylori* не проводились.

В амбулаторных картах пациентов клиническими симптомами были боли в животе, часто связанные с употреблением жирной пищи, отрыжка, чувство переполнения в эпигастрии, запоры или жидкий стул, болезненная пальпация эпигастриальной или околопупочной области и правого подреберья, обложенный язык.

Часть перечисленных жалоб и физикальных находок, например, боль в эпигастрии имеют низкую специфичность или чувствительность. Ограничение числа клинических признаков гастроэнтерологических заболеваний в протоколах диагностики и лечения и выделение диагностически важных упростило бы процедуру клинической оценки и уменьшило бы направления на ненужные обследования.

Значительность предварительной клинической диагностики признается многими авторами, одного надо помнить об отсутствии во многих случаях корреляций между клиническими и инструментальными данными.

Медикаментозное лечение включало: Антациды (23,9%), ферменты (42,3%), спазмолитики (47,4%), желчегонные препараты (28,7%), седативные (18,1). Травяные сборы и витамины были назначены в 100% случаев обращений, на одного больного в среднем приходилось 3-5 лекарственных препаратов.

Таким образом, в первичной помощи отсутствует дифференцированный подход к диагностике и ведению больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, что не позволяет сконцентрировать ресурсы здравоохранения на направлениях, которые могут быть признаны наиболее значимыми в различных клинических группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шулуток Б.И., Макаренко С.В., Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. СПб., 2003
2. Арифиллина К.В., Гурко Н.А., Лаврова М.Г. Детская гастроэнтерология Сибири. 2001, с.4-7.

УДК616.127-005.8- 036.8-085

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

К.А. Есенбеков

Сарыагашская центральная районная больница, г.Сарыагаш, ЮКО

Т У Й І Н

Реанимациядан кейінгі кезеңде жедел миокард инфарктысы бар наукастарда антиаритмиялық әсері бар кордарон және лидокаиннің салыстырмалы сипаттамасы берілген.

Дәрмектердің антифибрилляторлары белсенділігін, электрокардиограмманың динамикадағы өзгерістерін бағалай отырып, зерттеулер нәтижесі кордаронның пайдалылығын дәлелдейді.

SUMMARY

The comparative characteristics of the antiarrhythmic effect of cordarone and Lidocaine in patients postreanimation period with acute heart attack is given.

The result of the treatment with the in this article preparations is given.

The dynamic of changing of electrocardiogram under the influence of indicated preparations is considered.

Введение: Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – состояние глубокой ишемии сердечной мышцы, сопровождающееся её некрозом. В участке некротизированного миокарда, наряду с гибелью кардиомиоцитов, происходят выраженные нарушения ионного равновесия.

Все это приводит к электрической нестабильности миокарда в целом, что чревато развитием опасной для жизни аритмии.

Одной из таких является фибрилляция желудочков (ФЖ) сердца.

В практической деятельности данное состояние расценивается как остановка сердца, т.е. клиническая смерть.

Для её купирования и профилактики желудочковой экстрасистолии используют различные антиаритмические препараты, эффективность которых различна и не всегда надежно предупреждает повторные эпизоды фибрилляций желудочков.

Целью настоящего исследования являлся сравнительный анализ антиаритмического действия лидокаина и кордарона в постреанимационном периоде у больных с острым инфарктом миокарда, перенесенных клиническую смерть.

Материалы и методы: Проанализировано течение постреанимационного периода у 27 больных (мужчин -17, женщин -10) с острым инфарктом миокарда, перенесенных клиническую смерть. Средний возраст больных составил 67,5+, -, 60,5 года.

Из указанного числа больных, у 13 имело место трансмуральный инфаркт миокарда, у 7-крупно-очаговый инфаркт, и в 7 случаях поражение носило интрамуральный (субэндокардиальный) характер.

Первую исследованную группу составили 13 больных, получавших в постреанимационном периоде для купирования возникшей желудочковой экстрасистолии и дальнейшего её предупреждения кордарон.

Вторая, контрольная группа, составила из 14 больных, в антиаритмическую терапию которых входил лидокаин.

Эффективность антиаритмической терапий оценивали по динамике электрокардиограммы (ЭКГ), характеристике развившейся желудочковой экстрасистолии (ЖЭ), частоте повторной фибрилляций желудочков сердца, резистентности проводимой терапии.

Результаты и их обсуждения: В случаях возникновения фибрилляций желудочков пришлось на первые сутки, в 9-ти – на вторые, и в 7 случаях – третьи.

Средняя продолжительность реанимационных мероприятий составило 2,8 +, -, минуты.

Необходимость введения антиаритмических средств в постреанимационном периоде возникало у всех больных в связи с возникновением желудочковой экстрасистолии.

В 25 случаях отмечалось развитие желудочковой экстрасистолии высоких градаций по типу парасистолических комплексов.

Больным первой группы назначали кордарон. В начале вводили 150 мг препарата в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно в течение 10 минут. Затем налаживалась инфузия 900 мг кордарона в 400 мл изотонического раствора хлористого натрия на протяжении 6 часов. В дальнейшем вводилась поддерживающая доза со скоростью 0,5 мг/минуту в течение 16-18 часов.

Во второй группе лидокаин вводился уже непосредственно во время реанимационных мероприятий. Начинали с болюсного введения 200 мг внутривенно, затем следовала инфузия 200 мг в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, а через 10 минут повторно производилось болюсное введение 100мл лидокаина. В дальнейшем, при необходимости (сохранение желудочковой экстрасистолии), дополнительно назначали внутримышечное введение лидокаина по 80-100мг каждые 5 часов.

У больных первой группы снижение частоты желудочковой экстрасистолии вдвое достигалось уже через 3,1 +, -, 1,2 часа, а полная ликвидация желудочковой экстрасистолии любых градаций была достигнута к конце первых суток постреанимационного периода.

Применение препарата позволило снизить ЧСС на 12,6 +,-, 7,5 ударов в минуту и тем самым уменьшить положительный хронотропный эффект используемых симпатомиметиков (реверсия отрицательных, увеличение амплитуды положительных зубцов Т на ЭКГ).

В одном случае была зарегистрирована повторная фибрилляция желудочков, резистентная к комплексной терапии у больного с циркулярным трансмуральным инфарктом миокарда и сочувствующей недостаточностью кровообращения 2Б-3 степени.

У больных второй группы получавших с целью лечения фибрилляций желудочков и желудочковой экстрасистолии лидокаин, сразу после восстановления сердечной деятельности в 7 случаях было отмечено сохранения желудочковой экстрасистолии. В 6-ти эпизодах она имело высокую градацию, в 1-ом низкую, но веретенообразной формы по типу «Пируэт».

Полное купирование желудочковой экстрасистолии удавалось достигнуть только 4-х больных. Несмотря на продолжающееся внутривенное введение лидокаина, у 5 больных возникла повторная фибрилляция желудочков, стойкая к реанимационным мероприятиям. У 4-х больных её развитие зафиксировано через 3 часа предыдущей фибрилляций желудочков, у 1-го больного – через 24 часа. Ни в одном случае лидокаин не оказывал влияния на уменьшение тахикардии вызванной симпатомиметиками.

В целом при использовании в антиаритмической терапии кордарона было отмечено отчётливое купирование с желудочковой экстрасистолии у больных в раннем постреанимационном периоде, надёжный профилактический эффект при дальнейшей терапии Острого инфаркта миокарда.

Выводы: Использование кордарона в постреанимационном периоде у кардиологических больных с острым инфарктом миокарда оказывает более стойкий антиаритмический эффект по сравнению терапией лидокаином.

Кордарон позволяет снижать частоту повторной фибрилляции желудочков сердца за счет отчетливого и надёжного купирования желудочковой экстрасистолии.

Замечено нивелирование положительного хронотропного эффекта симпатомиметиков под влиянием кордарона, что положительно сказывается на процессе реполяризации в миокарде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицок А.И. Пособие по кардиологии. Киев. Здоровье. 1884 г. 552 с.
2. Руда М.Л., Зыско А.Н. Инфаркт миокарда. М. Медицина. 1977. 247 с.

УДК: 616.24-002-053.2:616.153.915-39

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

А.К. Карабеков, Е.Т. Дадамбаев, В.К.Махатова

Южно – Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Жедел пневмониямен ауыратын балаларды емдеудің жаңа тәсілі ұсынылды. Бір дәрінің қанды ұйытатын, иммунитетті көтеретін және антиоксидантты әсер етуінен, наукастың ауырлық дәрежесін азайтуға, емдеу мерзімін қысқартуға қол жеткіздік.

SUMMARY

The technigye of children treatment with acute pneumonia is suggested. It includes application of the medicine with stimultateous hemocoagulating, immunomodulating and antioxidant actions, allowing the reduce of patients state severity and the reduce the time of treatment.

Антиоксидантная терапия занимает прочное место в лечении больных с пневмонией. Большая роль в лечении пневмонии принадлежит препаратам (антиоксидантам, витаминам и микроэлементам) нормализующих перекисное окисления липидов (1). Одним из последних антиоксидантов являются селеносодержащие препараты (2, 3). Известно, что недостаток селена приводит к повышению проницаемости клеточных мембран и снижению их устойчивости к повреждающим воздействиям, вызывает заболевания разных органов и нарушение различных видов обмена веществ (4, 5).

Нами разработана методика лечения пневмонии у детей, которая включает введение антибактериальных, противовоспалительных, бронхолитических и муколитических средств и отличается дополнительным введением препарата «Неоселен» внутрь 1 раз в день в следующих дозах: детям до 1 года – по 5 мг, от 2 до 5 лет – 20 мг, от 12 лет – по 45 мг, детям старше 12 лет – по 90 мг до окончания курса лечения (Патент Республики Казахстан №20652 от 15.01.2009, бюл. №1).

Для оценки эффективности новой методики, больные дети дошкольного возраста с пневмонией (60) были разделены на две группы (по 30 человек в каждой). Дети первой группы получали стандартную терапию пневмонии с включением нового препарата «Неоселена» в возрастной дозировке ежедневно до конца курса лечения (перорально). Больные дети второй контрольной группы получали стандартное лечение пневмонии без «Неоселена».

Для оценки эффективности «Неоселена» мы сравнивали динамику исчезновения основных клинических симптомов у детей из двух групп обследования. Оценивались такие клинические симптомы как:

кашель, лихорадка и одышка. Изучение динамики купирования клинических симптомов острой пневмонии проводилось на 3, 5, 7 день от начала лечения с учетом вида терапии.

Исчезновение лихорадки у детей, получавших и не получавших «Неоселен» в составе комплексного лечения, происходит в различные сроки лечения. Так, у детей получавших «Неоселен» на 3 день лечения повышение температуры и лихорадка регистрировалась у 60%. А у детей не получавших этот препарат повышение температуры и лихорадка отмечалась у 86% больных. На 7 день лечения лихорадка была у 15% детей получавших «Неоселен» и у 27% детей не получавших «Неоселен».

Исчезновение кашля происходит в различные сроки в зависимости от наличия «Неоселена» в комплексном лечении. Так, если у детей, получавших «Неоселен», на 3 день лечения, кашель отмечался у 52% больных, а уже на 8 день лечения – регистрировался только у 10% больных, то у детей, не получавших «Неоселен», кашель был на 3 день заболевания у 78% больных, а на 10 день лечения все еще держался у 20% больных.

Аналогичные изменения прослеживались и в динамике исчезновения одышки на фоне лечения «Неоселеном». Только у 3% детей получавших «Неоселен» одышка отмечалась на 6 день заболевания, а у детей, не получавших «Неоселен», этот симптом регистрировался у 15% больных. Проведенные исследования выявили высокую эффективность «Неоселена» в комплексной терапии у детей с острой пневмонией. Так, у детей I группы с 3-4 дня от начала приема «Неоселена» отмечалось снижение степени тяжести заболевания. На 4-6 день отмечалась четкая тенденция к сокращению сроков исчезновения клинических признаков пневмонии, таких как кашель, лихорадка, в то же время у детей из II группы – на 8-10 день. Кроме того, прослеживалась более ранняя нормализация данных перкуссии, аускультации и результатов рентгенологического исследования. Длительность пребывания больного в стационаре сократилась с 11-12 до 8-10 койко-дней.

Таким образом, предлагаемая методика лечения детей с острой пневмонией обеспечивает применение одного препарата с одновременным гемокоагулирующим, иммуномодулирующим и антиоксидантным действием позволяет снизить тяжесть состояния больных и сократить сроки лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Книжников В.А., Комлева В.А., Шандала Н.К. и др. Патология человека и роль препаратов селена и пантов в её терапии. – Чита, 1993. – с. 52-54.
2. Artbur J.R., New metabolic roles for selenium // Proc. Nurt. Soc. – 1994. – Vol. 53. – p. 615-624.
3. Тутельян В.А., Княжев В.А. Селен в организме человека. – М., 2002. – с. 11-14.
4. Книжников В.А., Комлева В.А. Исследование антиканцерогенных свойств микроэлемента селена в санитарно-гигиеническом эксперименте // Гигиена и санитария. – 1993.- № 7. – с. 54-57.
5. Голубкина Н.А., Щелкунов Л.Ф. Региональные особенности формирования селенового статуса населения Одесской области // Пробл. регион. экол. – 2000.- №1, - с.100-104.

УДК 616.833.1-001

ОЦЕНКА ОБРАЩАЕМОСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

С.А. Калкабаева, Е.А. Жумабаев, М.У. Уймаутов, С.Е. Шулембаева, Ф.Ю. Султанов, А.С. Исмаилова
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент

ТҮЙІН

Шакыртуларды негізінен жабық бас-ми жаракаты науқастары құрады. Ал динамикада ашық бас-ми жаракаты өсуде. Жол көлік апаты жаракат түрлері соңғы жылдары өзгермеген.

SUMMARY

This article shows the estimation of tabients to the doctors with tranmatic brain injury before hospitalization.

Проблема травматизма среди городского населения не имеет тенденцию к снижению. При медицинском обслуживании пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) больше всего отмечается травматические повреждения. По характеру повреждений черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к числу наиболее распространенных повреждений и составляет около 40% от всех видов травм.

Целью настоящей работы было изучение обращаемости на станцию скорой медицинской помощи пострадавших с черепно-мозговой травмой при дорожно-транспортных происшествиях.

Материалы и методы: проанализировано карты вызовов пострадавших при ДТП, талоны к сопроводительным листам и годовые отчеты Ф.40 здрав станции скорой помощи г. Шымкент за 2008-2009 годы.

Результаты исследования: анализ наиболее важных и объемных структурных индикаторов оценки показал, что в 2008-2009 годах в общей структуре травм наибольший удельный вес занимала черепно-мозговая травма (таблица 1).

Обращаемость пострадавших с черепно-мозговой травмой за медицинской помощью при ДТП

Таблица 1

Годы	Колич.вы-полненных вызовов	Колич.вы-звов по поводу ЧМТ		Колич.постра-давших с ЧМТ при ДТП		Взрослые		Дети	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	176457	5298	3,0	4212	79,5	3797	71,6	1501	28,4
2009	228246	6279	2,7	4826	76,8	4355	69,4	1924	30,6

Данные таблицы 1 указывает на то, что в динамике наблюдается рост обращаемости по поводу черепно-мозговой травмы при ДТП на 981 случаев. Из общего числа пострадавших количество детей с ЧМТ по сравнению с 2008 годом увеличилось на 2,2%.

Установлено, что по нозологической структуре травм полученных взрослым населением обнаруживались изменения проявившиеся в снижении их количества по основным нозологиям (таблица 2).

Нозологическая структура травм при ДТП

Таблица 2

№	Нозология	Годы			
		2008		2009	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Закрытая черепно-мозговая травма	4029	76,1	4571	72,7
2	Черепно-мозговая травма	253	4,8	448	7,1
3	Открытая черепно-мозговая травма	183	3,5	255	4,1
4	Переломы черепа и лицевых костей	82	1,5	82	1,3
5	Поверхностная травма головы	709	13,3	901	14,3
6	Вывих суставов и связок головы	41	0,7	21	0,4
7	Травматическая ампутация части головы	1	0,1	1	0,1

Анализ таблицы 2 показал, что преобладающими по частоте обращений были больные с закрытой черепно-мозговой травмой. В динамике отмечается рост открытых черепно-мозговых травм на 0,6%.

Нами был проведен мониторинг поступления вызовов по поводу черепно-мозговых травм при ДТП в зависимости от возрастных групп (таблица 3).

Обращаемость по поводу черепно-мозговых травм по возрастным группам

Таблица 3

Годы	Возраст									
	0-14		15-30		31-45		46-60		61-70	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	854	16,1	1984	37,4	1391	26,3	744	14,1	325	6,1
2009	1191	18,9	2227	35,5	1579	25,2	820	13,0	462	7,4

Данные таблицы 3 показывает, что больше пострадали по поводу черепно-мозговой травмы лица в возрасте 15-30 лет, видимо это связано большим участием данной возрастной группы в дорожном движении. Анализ обращаемости за скорой медицинской помощью по поводу ЧМТ при ДТП в зависимости от времени суток показал, что в основном число черепно-мозговых травм зарегистрировано в период от 18 часов вечера до 00 часов ночи.

Диагноз, выставленный врачами скорой помощи, по данным талонов к сопроводительному листу, не подтвердился по сравнению с 2008 годом на 1,6% больше (таблица 4)

Показатели расхождения диагнозов скорой медицинской помощи

Таблица 4

Годы	Колич.пострад.с ЧМТ при ДТП		Доставлено в стационар		Госпитализация		Отказ госпитализации	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	4212	79,5	3175	73,4	1244	39,2	1931	60,8
2009	4826	76,8	3728	77,3	1403	37,6	2325	62,4

Данные таблицы 4 констатирует факт о том, что более 60% случаях отказано в госпитализации по причине необоснованности диагнозов врачей скорой медицинской помощи.

Таким образом, оценка обращаемости показал, что преобладающими по частоте обращений были больные с закрытой черепно-мозговой травмой. В динамике отмечается рост открытых черепно-мозговых травм на 0,6%.

Структура автодорожного травматизма за последние годы существенно не изменилась. Это связано с рядом факторов, влияющих на возникновение уличных происшествий, вызывающих травматизм. Поэтому важно, чтобы для оказания первой медицинской помощи при травмах были подготовлены и оснащены необходимыми средствами все лица работающие или находящиеся в зоне повышенного риска или скопления людей.

Их главная задача – это поддержать жизнь пострадавшего, не дать развиваться в организме тяжелым нарушениям до прибытия врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Л.Верткин. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. М.2006г.
2. К.Т.Турланов, С.А.Қалқабаева "Жедел медициналық жәрдем", Оқулық, Алматы, 2004ж.
3. С.А. Қалқабаева. «Бірінші медициналық көмек». Оқу құралы, Шымкент, 2008ж.
4. Ю.Ю.Елисеев. «Медицинская помощь при экстремальных ситуациях», Москва, 2005г.

УДК 616 – 083.98 – 07 – 099.

ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*С.А Калқабаева, С.А. Керембаева, М.К. Досыбаева, Ж.У. Мендибаева, Э.Б. Ахмед, У.К. Досқұл
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Көмір қышқыл газымен улану күрделі мәселелердің бірі. Ауруханаға дейінгі кезең уланғандарға дер кезінде диагноз қойып, шара қолдануда өте маңызды. Оған уланудың ағымы мен нәтижесі тәуелді. Сонымен қатар, ауруханаға дейінгі кезеңнің диагностикалық және емдік мүмкіндігі шектеулі, сондықтан дәрігердің іс қимылының тактикасы ерекше болуы қажет.

SUMMARY

Poisoning with charcoal is one of the dangerous problems. It is very important to put the correct diagnostic anot to give the first aid before hospitalization.

Среди несчастных случаев острое отравление, требующее оказание неотложной медицинской помощи, занимает третье место. Острое отравление угарным газом является наиболее распространенным видом ингаляционных отравлений в быту, летальность которого составляет 17,5% от общего числа отравлений.

Цель исследования: изучить частоту, динамику и структуру вызовов с отравлениями угарным газом.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ карт вызовов, годовых отчетов Ф.40 здрав. станции скорой медицинской помощи г.Шымкента за 2008 и 2009 годы.

Результаты: за исследуемый период было зарегистрировано рост обращаемости населения на станцию скорой медицинской помощи по поводу отравления угарным газом (таблица 1).

Обращаемость населения по поводу отравления

Таблица 1

Наименование токсических веществ	Годы			
	2008		2009	
	Показатели обращаемости			
	Абс.	%	Абс.	%
Медикаменты	807	15,6	994	16,0
Алкоголь и его суррогаты	1980	38,4	2435	39,2
Уксусная эссенция	29	2,6	23	0,4
Наркотические средства	93	1,8	84	1,4
Оксид углерода	852	16,5	906	14,6
Прочие	1399	27,1	1767	28,4
Итого:	5160	2,9	6209	2,7

Анализ статистических данных таблицы 1 показал, что наблюдается в динамике повышение количества вызовов по поводу отравления на 1049 случаев, из них отравления окисью углерода увеличился 2009 году по сравнению с 2008 годом на 44 случая.

На динамику отравления подчас оказывают существенное влияние условия окружающей среды, возраст больного, сезонность и время суток.

Большую часть среди пострадавших в 63,9% случаев занимают женщины, затем 20,6% дети до 10 лет и 38,5% люди молодого возраста от 21 года до 40 лет соответственно.

В основном острое отравление угарным газом приходится на зимнее время (таблица 2).

Показатели сезонности частоты отравления угарным газом

Таблица 2

Годы	Время года			
	Зима	Весна	Лето	Осень
	Показатели частоты в %			
2008	66,6	6,8	1,7	31,2
2009	43,3	11,0	2,5	37,1

Данные таблицы 2 подтверждают, что в отопительный сезон отмечается резкий подъем обращаемости населения за скорой медицинской помощью по поводу отравления угарным газом.

Нами проведен анализ вызовов по времени поступления на станцию скорой медицинской помощи (таблица 3). С этой целью время суток разделили на 4 периода: от 0- до 6 часов утра, от 6 часов утра до 12 часов дня, от 12 часов дня до 18 часов вечера и от 18 часов вечера до 12 часов ночи.

Суточное мониторирование вызовов по поводу отравление угарным газом

Таблица 3

Годы	Время суток в часах			
	00-06	06-12	12-18	18-24
	% вызовов			
2008	25,4	29,3	22,2	29,5
2009	22,7	32,5	16,2	22,6

Из таблицы 3 видно, что за указанный временной промежуток поступление вызовов, по поводу отравления угарным газом на станцию скорой медицинской помощи, в основном отмечались в период от 6 часов утра до 12 часов дня и имеет тенденцию к росту.

Причинами служили: неправильное использование печного отопления, допущенные нарушения жителями в эксплуатации природного газа. На момент обслуживания бригадами скорой медицинской помощи в основном состояние больных в 70% случаях характеризовалось как среднее. Наблюдались характерные симптомы отравления угарным газом: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, оглушенное состояние, резкая мышечная слабость, сердцебиение, кожные эритемы.

Основным видом неотложной помощи на догоспитальном этапе являлась оксигенотерапия с последующей госпитализацией в отделение токсикологии, где проводилась гипербарическая оксигенация.

Таким образом, проблема отравления угарным газом остается актуальной. Догоспитальный этап наиболее важен в диагностике отравлений и всей системе мероприятий по оказанию медицинской помощи. Он во многом определяет течение и исход интоксикации. Вместе с тем диагностические и лечебные возможности догоспитального этапа ограничены, что диктует необходимость особой тактики в действиях врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лужников Е. А. Клиническая токсикология.— М.: Медицина, 1994.
2. Маркова И. В., Афанасьев В. В., Цыбульский Э. К., Неженцев М. В. Клиническая токсикология детей и подростков.— СПб.: Интермедика. Т. 1, 1998., Т. 2, 1999.
3. Хальфин Р. А. с соавт. Ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации при острых отравлениях в Свердловской области //Токсикологический вестник № 5 2000 г.
4. Мирошниченко А.Г., Руксин В.В., Шайтор В.М. Скорая медицинская помощь// Краткое руководство, ГЭОТАР-Медиа, 2007г.

УДК 617 – 089

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

С.А.Калкабаева, Р.Р.Касымова, У.К.Султанов, Э.Р.Алимбаева, Т.Н.Родионова, С.Е.Шулембаева
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент

ТҮЙІН

Жіті хирургиялық патологиямен науқастардың жедел медициналық жәрдем шақыру саны артуда. Жіті хирургиялық патологияны ажырата білу, ауруханаға дейінгі кезеңде диагностика әдістерін шыңдау, дәрігерлердің біліктілігін көтеру бүгінгі хирургияға күрделі мәселе тудырып отыр.

SUMMARY

The growth reference manipulation on station of the first aid to the patients concerning acute surgical pathology is marked. Diagnostics of acute surgical pathology make a complex problem of modern surgery requiring perfection the methods of diagnostics and increase of doctors professional level on hospital stage.

Острая хирургическая патология является одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью во всем мире. Продолжающийся рост распространенности этой патологии, является актуальной проблемой разработки тактики оказания медицинской помощи больным на догоспитальном этапе. Болевой абдоминальный синдром включает в себя как заболевания, требующие экстренной хирургической помощи, так и болезни, при которых необходимо исключительно консервативное лечение.

Цель исследования: изучить обращаемость больных по поводу острой хирургической патологией за скорой медицинской помощью.

Материалы и методы: проведен анализ карт вызовов, талонов к сопроводительному листу, годовые отчеты ф.40 здрав. станции скорой медицинской помощи г.Шымкента за 2008-2009 годы.

Результаты: обращаемость на станцию скорой медицинской помощи населения г.Шымкента за последние два года по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости остается высоким (таблица 1).

Обращаемость населения по поводу острой хирургической патологии

Таблица 1

Годы	Выполнено вызовов (абс.)	Острая хирургическая патология (абс.)
2008	176457	16939
2009	228246	19643

Как видно из данных таблицы удельный вес вызовов по поводу острой хирургической патологии в 2009 году на 3704 случая больше, чем в 2008 году.

Нами проведена сравнительная характеристика обращений по острой хирургической патологии (таблица 2).

Сравнительная характеристика обращений по острой хирургической патологии

Таблица 2

Нозологии	Годы					
	2008			2009		
	Колич. вызовов (%)	Госпитализировано (%)	Отказ в госпитализации (%)	Колич. вызовов (%)	Госпитализировано (%)	Отказ в госпитализации (%)

Острый аппендицит	26,2	47,2	52,8	29,4	43,2	56,8
Острый холецистит	5,5	43,9	56,1	5,2	45,5	54,5
Непроходимость кишечника	1,5	41,9	58,1	1,7	44,8	55,2
Мочекаменная болезнь	11,3	24,6	75,4	11,3	26,8	73,2

По представленным в таблице 2 статистическим данным можно отметить рост вызовов в динамике по поводу острого аппендицита и мочекаменной болезни. Анализ структуры расхождений диагнозов по острой хирургической патологии показал, что в 54% случаев расхождения по острой хирургической патологии (например: диагноз врача скорой медицинской помощи – острый аппендицит, заключительный диагноз спастический колит в 72 случаях, хронический гастрит в 17 случаях, острый пиелонефрит в трех случаях и т.д.). - в 55% случаев расхождения по острому холециститу (в 16 случаях вместо острого калькулезного холецистита подтвержден клинический диагноз хронический гастрит и т.д.) в 74% случаев расхождение с урологической патологией (почечная колика).

Из всех (до 90%) больных с острой хирургической патологией доставленных в приемный покой стационара процент госпитализации составляет менее 50%. В данном случае гипердиагностика с одной стороны свидетельствует о повышенной настороженности врача, а с другой необходимостью повышения профессионального уровня в вопросах ургентной хирургии.

Таким образом отмечается рост обращений на станцию скорой медицинской помощи пациентов по поводу острой хирургической патологии. Диагностика острой хирургической патологии составляет актуальную и сложную проблему современной хирургии, требующую совершенствования методов диагностики и повышения профессионального уровня врачей на догоспитальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирошниченко А.Г., Руксин В.В., Шайтор В.М. Скорая медицинская помощь// Краткое руководство, ГЭОТАР-Медиа, 2007г.
2. Верткин А.А. Тактика ведения и скорая неотложная помощь при неотложных состояниях. РГКП. Астана, 2004.
3. Годовые отчеты станции скорой медицинской помощи г.Шымкента, 2008г., 2009 г.

УДК 616 – 001.36

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ КАРДИОГЕННОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*С.А. Калкабаева, А.С.Исмаилова, И.А.Пирматов, Г.Г.Рафиқова, Е.А. Жумабаев, Р.Р. Касымова
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Жедел медициналық көмекті жақсарту үшін миокард инфарктісі мен кардиогенді шокқа дер кезінде диагноз қойып, емін қарастырып және қауіпті жағдайларда тұрғындарды өз-өзіне көмектесу шараларына үйрету қажет.

SUMMARY

This article is about the cardiology shock in patient on pre – hospital stage.

Несмотря на большое количество работ по вопросам диагностики и лечения кардиогенного шока ранний период заболевания особенно на догоспитальном этапе остается недостаточно изученным и кардиогенный шок по прежнему остается основной причиной смерти больных инфарктом миокарда. Кардиогенный шок – одно из наиболее тяжелых осложнений инфаркта миокарда, при возникновении которого летальность достигает 65-90%. В большинстве случаев кардиогенный шок развивается в первые часы или первые сутки от начала инфаркта миокарда, когда критически снижается насосная функция левого желудочка. Частота этого осложнения в настоящее время составляет 5-10% от всех случаев инфаркта миокарда. В последнее десятилетие летальность от заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности, от кардиогенного шока является основной причиной смерти населения.

Цель исследования: изучение распространенности кардиогенного шока на догоспитальном этапе при инфаркте миокарда.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 1083 карты вызовов, талонов к сопроводительным листам, годовые отчеты ф.40 здрав станции скорой медицинской помощи за 2008-2009 годы.

Результаты. В результате анализа карты вызовов отмечено, что обращаемость по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) жителей г.Шымкента за исследуемый период увеличилась (таблица 1).

Обращаемость населения с сердечно-сосудистой патологией за скорой медицинской помощи

Таблица 1

Годы	ССЗ		Инфаркт миокарда		Кардиогенный шок	
	Абс.	Абс.	Абс.	%	Абс.	%
2008	20603	637	637	10,8	91	14,3
2009	31774	446	446	7,4	98	21,9

Из данных таблицы 1 видно, что несмотря на снижение в динамике показателя инфаркта миокарда резко увеличились его осложнения, как кардиогенный шок на 7,6% в 2009 году по сравнению с 2008 годом. За истекший период 2008 и 2009 годы заметно наблюдается рост кардиогенного шока у мужчин (таблица 2).

Сравнительная характеристика кардиогенного шока по полу

Таблица 2

Пол	Годы							
	2008				2009			
	Инфаркт миокарда		Кардиогенный шок		Инфаркт миокарда		Кардиогенный шок	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	376	59,1	47	51,6	272	60,9	60	61,3
Женщины	261	40,9	44	48,4	174	39,1	38	38,7

Анализ данных таблицы 2 показал, что кардиогенный шок у мужчин наблюдается чаще, чем у женщин и имеет тенденцию к росту. В динамике кардиогенный шок у мужчин возрос на 9,7% в 2009 году по сравнению с 2008 годом.

Нами проанализирована частота кардиогенного шока по возрастной группе (таблица 3).

Частота кардиогенного шока в зависимости от возраста

Таблица 3

Годы	Возраст (лет)											
	До 40		40-49		50-59		60-69		70-79		80и старше	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	1	1,1	13	14,3	21	23,1	23	25,2	22	24,2	11	12,1
2009	4	4,1	12	12,3	24	24,5	22	22,4	19	19,4	17	17,3

Данные таблицы 3 показывают, что пик кардиогенного шока приходится на возрастную группу от 50 до 69 лет. В динамике отмечается рост кардиогенного шока в возрастной группе 50-59 лет на 1,4% в 2009 году по сравнению 2008 годом.

В этой возрастной группе наиболее часто встречаются несколько факторов риска, таких как курение, страдающие ишемической болезни сердца и артериальной гипертензией. Увеличение кардиогенного шока в старших возрастных группах связано наличием ранее перенесенного острого инфаркта миокарда.

По сравнению с 2008 годом в 2009 году отмечается снижение летальности от кардиогенного шока в присутствии бригады на 7,7%. Летальность на догоспитальном этапе связана с неблагоприятными социально-бытовыми условиями, низким материальным уровнем населения, несвоевременной обращаемостью больных за медицинской помощью.

Таким образом, для улучшения оказания скорой медицинской помощи необходимо своевременное диагностирование острого инфаркта миокарда, кардиогенного шока и дифференцированный подход к их лечению, а также повышение грамотности населения по оказанию само и взаимопомощи при состояниях угрожающий жизни. Необходимо принятия мер по совершенствованию кардиологической службы на догоспитальном этапе и оптимизации существующих программ профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. К.М.Турланов. Неотложная помощь кардиологическим больным на догоспитальном этапе. Алматы, 2001.
2. В.М.Михайлович. Руководство для врачей скорой и неотложной медицинской помощи М. «Медицина» 2003.
3. М.А.Вайман, В.Е.Аваков. Неотложные состояния в медицине. М. «Вече» 2003.

4. С.Р. Абсеитова «Этапы и объемы оказания кардиологической помощи при основных сердечно-сосудистых заболеваниях», Шымкент, 2004.
 5. С.Р. Абсеитова «Острый коронарный синдром», Шымкент, 2005

УДК 616-001:656.086.1

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПОСТРАДАВШИХ ПОСЛЕ АВТОДОРОЖНЫХ ТРАВМ

*С.А.Калкабаева, Ф.Ю.Султанов, А.С.Сатыбалдиева, У.К.Доскул, С.А.Керембаева
 Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
 Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Жол көлік апаты жарақаттары жедел жәрдем қызметі келгенше өмір қауіпсіздігін сақтайтын қызметкерлерден, медициналық эвакуациялау сатысында, жарақаттанушылардың өлімін белсенді қысқартатын бірінші медициналық көмек көрсету әдістерін шындауды талап етеді.

SUMMARY

This article is about the analysis of patients appealability after the road – transport traumas.

По данным Всемирной организации здравоохранения под колесами автомобилей ежегодно гибнет 300 тысяч человек трудоспособного возраста, 8 млн - получают повреждения. Рост автомобильного транспорта в мире и в нашей стране за последние 10 лет привело к резкому увеличению риска дорожно-транспортных происшествий. При дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) первую медицинскую помощь оказывают врачи станции скорой помощи. У пострадавших от ДТП в основном наблюдаются травматические повреждения.

Цель исследования: изучение обращаемости пострадавших за медицинской помощью при автодорожных травмах на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 3420 карт вызовов пострадавших при ДТП, талоны к сопроводительным листам и годовые отчеты станции скорой медицинской помощи г.Шымкента за 2008-2009 годы.

Результаты: за исследуемый период было зарегистрировано рост обращаемости населения по поводу травматических повреждений при дорожно-транспортных происшествиях (таблица 1).

Обращаемость пострадавших за медицинской помощью при ДТП

Таблица 1

Годы	Количество выполненных вызовов	Количество вызовов по поводу ДТП		Количество пострадавших при ДТП	
		Абс.	%	Абс.	%
2008	176457	1650	0,9	1152	69,8
2009	228246	1770	0,9	1315	74,3

Анализ данных таблицы 1 показал, что количество вызовов по поводу травматических повреждений при ДТП стабильно высокое, при этом количество пострадавших при ДТП имеет тенденцию к росту. По сравнению 2008 годом в 2009 году увеличился на 4,5%. Подавляющее число пострадавших составили лица трудоспособного возраста (76%) и реже лица пожилого возраста (24%).

Из общего числа пострадавших дети составляют в 2008 году 4,8%, в 2009 году 5,3% соответственно. Обращает на себя внимание летальность у детей от травматических повреждений при ДТП на 0,1% в анализируемые годы.

Травматические повреждения по нозологиям при ДТП представлены в таблице 2.

Структура травматических повреждений при ДТП

Таблица 2

№	Нозология	Годы			
		2008		2009	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Закрытая черепно-мозговая травма	537	46,6	615	46,8
2	Открытая черепно-мозговая травма	15	1,3	-	-
3	Поверхностная травма грудной клетки, шеи	105	9,1	313	23,8
4	Перелом ребер и грудной клетки	28	2,4	126	9,6
5	Ампутация тазобедренного сустава	3	0,2	1	0,1
6	Переломы верхних и нижних конечностей	140	12,1	124	9,4
7	Поверхностная травма спины, живота, бедра	185	16,0	94	7,2
8	Вывихи и растяжения	82	7,0	16	1,2
9	Реакция на стресс: Артериальная гипертензия	10	0,8	10	0,7
	Маточное кровотечение	7	0,6	13	0,9
	Оказано медпомощь, оставлено на месте	45	3,9	-	-
	Невротические расстройства	-	-	3	0,3
10	Итого:	1152	100,0	1315	100,0

Из таблицы 2 видно, что основную группу пострадавших составили лица с закрытой черепно-мозговой травмой (46%), переломом ребер и грудной клетки (9,6%), переломами верхних и нижних конечностей (9,4%). По сравнению с 2008 годом в 2009 году резко увеличилось количество пострадавших с травмами грудной клетки и шеи на 14,7%.

Диагноз, поставленный врачами станции скорой медицинской помощи не подтвердился по сравнению с 2008 годом на 4,3% больше (таблица 3).

Показатели расхождения диагнозов скорой медицинской помощи

Таблица 3

Годы	Количество пострадавших при ДТП		Доставлено в стационар		Госпитализировано		Отказано в госпитализации	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	1152	69,8	854	74,2	456	53,4	398	46,6
2009	1315	74,3	952	72,4	467	49,1	485	50,9

Данные таблицы 3 показывают, что наибольший отказ в госпитализации пострадавших зарегистрирован в 2009 году и в динамике отмечается его рост.

Для планирования работы важно знать интенсивность обращения пострадавших с травматическими повреждениями на станцию скорой медицинской помощи. Нами был проведен мониторинг поступления вызовов по поводу травматических повреждений в течение суток за два года (таблица 4).

Результаты мониторинга обращаемости по поводу травм в зависимости от времени суток

Таблица 4

Годы	Время суток в часах							
	00-06		06-12		12-18		18-00	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	427	37,0	352	30,6	412	35,7	564	48,9
2009	668	50,5	296	22,5	435	33,1	670	50,9

По данным таблицы 4 можно констатировать факт, что наибольшее количество травм при ДТП, до 50% приходится на вечернее время с 18 часов до 00 часов ночи. Это связано с тем, что в это время, во – первых, поликлиники города прекращают работу, во – вторых, увеличивается загруженность автомагистралей, в третьих, это период наибольшей активности населения в плане отдыха.

Таким образом, борьба с травматизмом дело государственной важности. Травматические повреждения при ДТП составляют актуальную и сложную проблему современной травматологии, требующую совершенствования методов оказания экстренной помощи на этапах медицинской эвакуации сотрудниками жизнеобеспечения до приезда службы скорой медицинской помощи, что активно повлияет на снижение летальности пострадавших от автодорожных травм.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Л.Верткин. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. М.2006г.
2. К.Т.Турланов, Қалкабаева С.А. "Жедел медициналық жәрдем", Окулык, Алматы, 2004ж.

3. С.А. Калкабаева «Бірінші медициналық көмек», Оқу құралы, Шымкент 2008ж.
4. А.Г. Мирошниченко, В.М. Шайтор. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям на догоспитальном этапе», Санкт-Петербург 2005г.
5. Ю.Ю.Елисеев. «Медицинская помощь при экстремальных ситуациях», Москва, 2005г.

УДК 618.532.6

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

С.Н. Кульбаева, К.Ж.Кожжабаева, Н.А. Белгазиева
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Нәрестенің жамбаспен жатуы патологиялық акушерия болып табылады. Нәрестенің жамбаспен жатуында дұрыс акушерлік амал таңдай білу ана және нәресте үшін өте маңызды. Сондықтан босану әрекетін дер кезінде және уақытында дұрыс таңдай білу қажет.

SUMMARY

The pelvic presentation of fetus is the obstetric pathology. The correct choice of obstetric method at women with pelvic presentation is important for mother and fetus.

Тяжелое демографическое положение и неудовлетворительные показатели здоровья населения в Казахстане требуют от врачей всех специальностей не только активного внедрения в практическую деятельность высокотехнологичных методов обследования и лечения, но и на основании новых знаний и представлений о патогенезе, особенностях клинического течения и осложнений того или иного заболевания путем пересмотра уже устоявшихся принципов его терапии или ведения больного.

В акушерстве одним из наиболее серьезных факторов риска для матери и новорожденного остается такая старая проблема, как тазовое предлежание.

При относительно небольшой частоте тазового предлежания в популяции (2,7-5,4%) на его долю приходится ¼ часть всех перинатальных потерь [1-3]. Несмотря на успехи акушерства, перинатальная смертность при тазовых предлежаниях плода при различных методах родоразрешения в настоящие годы колеблется от 5 до 14,3 промилей.

В связи с этим разработка путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности при тазовом предлежании по-прежнему остается актуальной проблемой современного акушерства.

Несмотря на то, что проблеме тазовому предлежанию плода уделяется много внимания, вопросы акушерской тактики остаются не до конца изученными.

При обследовании женщин с тазовым предлежанием плода тщательно изучаются общий и акушерский анамнез, уточняются срок и беременности, проводятся наружные и внутренние акушерские исследования, определяются предполагаемая масса и состояние плода, разновидность тазового предлежания, степень разгибания головки, высота стояния тазового конца [5]. При выборе тактики родоразрешения целесообразно использовать балльную шкалу прогноза, предложенную В. Westin при тазовом предлежании, которая включает 13 параметров [6]. В нашей работе была использована модифицированная шкала прогноза родов при тазовом предлежании Е.А. Чернухи и Т.К. Пучко, где при сумме баллов 16 и более роды можно вести через естественные родовые пути. Кесарево сечение показано в том случае, если хотя бы один из показателей оценен в 0 баллов [4].

Очень важно определить тактику при тазовом предлежании плода у женщин с доношенной и недоношенной беременностью. Она предусматривает ведение родов через естественные родовые пути, родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке накануне срока родов и родовозбуждение в срок или до срока родов. До сих пор отсутствует единое мнение по вопросу частоты операции кесарева сечения при тазовом предлежании. Некоторые акушеры считают целесообразным у всех первородящих пациенток производить операцию кесарево сечение. В Центре планирование семьи и репродукции (Москва) разработаны показания к операции у первородящих, к которым относятся: возраст женщины свыше 30 лет, неподготовленность родовых путей при доношенной беременности, переношенная беременность, масса плода менее 2000г или более 3600г, смешанное ягодичное предлежание при первых родах или ножное предлежание вне зависимости от числа родов в анамнезе, преждевременное излитие вод при неподготовленной шейке матки, слабость родовой деятельности в I или II периоде родов (если тазовый конец плода не ниже широкой части полости малого таза) [5].

Некоторые из этих показаний не должны считаться абсолютными. Если у роженицы старше 30 лет или при смешанном ягодичном предлежании плода развивается хорошая родовая деятельность, а плод средних размеров, то возможно проведение родов через естественные родовые пути [5].

Целью работы явилось изучить показания к операции кесарево сечение при тазовом предлежании в областном перинатальном центре (ОПЦ) Южно-Казахстанской области (ЮКО).

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили беременные, госпитализированные в ОПЦ г.Шымкента за последние три года (2005, 2006, 2007 гг.). В группу для исследования были взяты беременные с тазовым предлежанием.

Методы исследования: клинический, гравидограмма, функциональные (УЗИ, кардиотохография (КТГ)).

Результаты исследования и обсуждения. Госпитализация беременных в ОПЦ за последние три года имеет рост: в 2005 г- 8443, в 2006 г- 9744 и в 2007г – 11439, что на 1695 беременных больше, чем в 2006 году. Следует отметить, что высокий уровень госпитализации сельских жительниц сохранялся все эти годы (80-81,4%). Отмечается увеличение приема родов из года в год: 2005 году – 4259, в 2006 году – 5257, в 2007 году – 6468, что на 2209 родов больше, чем 2006 году.

В ОПЦ за 2005г. всего принято 4090 родов, из них с тазовым предлежанием 124, что составило 3,03%. Из общего количества родов с тазовым предлежанием произведено операций - 18 (0,44%). За 2006 г принято 4276 родов, из них с тазовым предлежанием 152 (3,55%), в 38 случаях произведена операция, что составило 0,88%. За 2007г. принято 5319 родов, из них с тазовым предлежанием 92 (1,72%), в 18 случаях произведена операция, что составило 0,33%. Общее количество родов за 3 года - 13685, с тазовым предлежанием 368 – 2,6 %.

Следовательно, ежегодная госпитализация беременных с тазовым предлежанием остается на одном уровне. За три года общее количество родов с тазовым предлежанием 368, что составило - 2,6%.

Возраст обследованных беременных колебался от 17 до 40 лет.

Из них из сельской местности 340(92,4%), 28(7,6%) из города. С чисто ягодичным предлежанием 334(92,4%), 34(7,6%) - с ножным предлежанием. Диагноз тазового предлежания поставлен до 37 недель беременности в 297(90,2%) случаях, в 71(9,2%) случаях в сроке 37 недель и позже. Во всех случаях тазового предлежания произведено ультразвуковое исследование плода для уточнения степени разгибания головки для выбора тактики ведения родов.

Анализ течения беременности у наблюдаемых выявил, беременность протекала на фоне умеренной анемии у 264 (7,1%), угроза прерывания беременности встречалась у 112(3,1%), на фоне преэклампсии легкой степени у 112 (30,4%), тяжелой преэклампсии у 32 (8,7%), заболевания почек у 32 (8,9%), многоводия у 32 (8,9%), острого трахеобронхита у 8 (2,01%), без особенностей у 56 (15,2%).

Таким образом, анализ течения беременности показал наиболее часто у наблюдаемых встречалась преэклампсия легкой степени.

В 294(80%) случаев родов при тазовом предлежании через естественные родовые пути, оказано пособие по Цовьянову. В 74(20%) случаях произведена операция кесарево сечение. В 24(8,1%) случаях родов через естественные родовые пути произведено ручное обследование полости матки в III-м периоде родов из-за дефекта последа. В 9(3,1%) случаях роды осложнились разрывом промежности I и II степени. В 9(3,1%) случаях произведено родовозбуждение и родостимуляция из-за родового излития околоплодных вод. В 24(8,2%) случаях эпизиотомии, показанием явились: дистресс плода-10(по данным КТГ); угроза разрыва промежности-11; высокая промежность-2; экстракция плода за тазовый конец-1.

Среди родоразрешенных путем операции кесарево сечение 74(20%) случаев, показанием к кесареву сечению явились: безэффективность родовозбуждения у первобеременных на фоне родового излития околоплодных вод, в 11(14,9%) случаях дистресс плода(по данным КТГ), у 34(45,9%) преэклампсия тяжелой степени, в 2(2,7%) случаях выпадение петель пуповины, в 27(36,5%) первородящие старшего возраста.

Следовательно, наиболее частым показанием к операции кесарево сечение с тазовым предлежанием плода явилось гестоз, первородящие старшего возраста и безэффективность родовозбуждения на фоне родового излития околоплодных вод.

Все дети родились живыми. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар. В 28(7,6%) случаях 7- 9 баллов, в 292(79,4%) случаях 4-7 баллов и в 48(13,04%) случаях 1-4 баллов. Асфиксия легкой степени установлена в 37(10,05%) случаях, средней степени тяжести в 30(8,2%), тяжелой степени в 21(5,7%) случаях. В неонатальном периоде церебральное поражение гипоксического генеза выявлен в 121(32,8%) случаях.

Вес новорожденного при рождении распределился 1800- 2000 г. у 56(15,2%) новорожденных, 2000-3000 г. в 106(29,8%), 3000 – 4000 г. в 180(49%), в 26(7,06%) случаях 4000г. и выше.

Послеродовый и послеоперационный периоды у всех родильниц протекал без особенностей. На 1 сутки все были переведены в послеродовое отделение. Все дети были на грудном вскармливании.

Родильницы с детьми в удовлетворительном состоянии выписаны на 5 сутки в 190(51,6%) случаях, на 6-10 сутки в 67(8,2%), 10-15 сутки в 55(15%) случаях, на 15-20 сутки в 56(15,2%) случаях соответственно.

Таким образом, в ЮКО уровень рождаемости увеличивается из года в год. Количество беременных с тазовым предлежанием, госпитализированных в ОПЦ остается на одном уровне и в среднем составляет – 2,6 %.

Родоразрешение путем операции кесарево сечение при тазовом предлежании плода составило 20%. Наиболее частым показанием к операции кесарево сечение с тазовым предлежанием плода явилось гестоз, первородящие старшего возраста и безэффективность родовозбуждения на фоне дородового излития околоплодных вод.

Несмотря на относительно низкий процент операции кесарево сечение при тазовом предлежании в нашем регионе (20%) по сравнению с данными мировой статистики (более 80%), обращает внимание высокий процент гипоксических поражений головного мозга у новорожденных -121(32,8%), что требует дальнейшего изучения данной проблемы и пересмотра вопросов тактики родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беременность и роды при тазовом предлежании плода: Метод.указания./ Кулаков В.И.,Савельева Г.М.,Чернуха Е.А. и др. – М., 2004.
2. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода.-М.,1999.
3. Fernandes C.O.,Bloom S., Wendel G. // Am. J. Obstetr. Gynecol.-1991.-Vol. 92, N 1. Pt 2.- P.326.
4. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? \ Акуш и гинек.2007, №2.-с. 8-14.
5. Г.М.Савельева, Е.Я. Караганова, М.А. Курцер, А.Г. Коноплянников,
6. Некоторые актуальные вопросы акушерства.\ Акуш. и гинек. 2006,№3.-с. 3-7.
7. Westin B.//Acta Obstetr.Gynecol.Scand.–1987.-Vol.190,N 3. Pt 2.- P.763-768.

УДК: 616.61/62-007

АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

З. К. Аренова

Областной консультативно – диагностический центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Осыған байланысты, денсаулық сақтауда клиникалық белгілері пайда болғанша бүйрек пен зәр жолдарының туа біткен ауытқуларын ерте анықтау өте маңызды. Науқасты кезең-кезеңімен диагностикадан өткізу керек: УДЗ –зерттеу, экскреторлы урография, қажет болса компьютерлік диагностика жасалады.

SUMMARY

The stage of patients diseases are diagnosed by USR – examination, excretoric urography and computer diagnosis.

Все заболевания человека подразделяются на врожденные и приобретенные. Среди них пороки развития урогенитальной системы составляют до 35-40% всех врожденных аномалий (1) и встречаются у 10%(2) всех людей, рожденных с пороками мочеполовой системы. Некоторые исследователи говорят о ещё более высокой частоте врожденных пороков мочеполовой системы (3). Многие из этих пороков в течение длительного времени клинически не проявляются и протекают бессимптомно.

Манифестация заболевания в большинстве случаев обусловлена влиянием провоцирующих факторов (инфекция, переохлаждение, ионизирующая радиация, травмы и т.д.), действие которых ухудшает уродинамику или вызывает развитие воспалительного процесса.

Поздняя диагностика аномалии развития связана с тем, что в детском возрасте паренхима почек не страдает, компенсация её хорошо выражена, поэтому недостаточность почек и мочевых путей легко компенсируется. Поскольку большинство врожденных пороков мочевых органов по своей природе склонны к обструктивным процессам, то понятно, что часто при аномалиях почек и мочевых имеет место мочево́й стаз, который содействует инфекции, камнеобразованию, атрофии почечной паренхимы и почечной недостаточности.

В органах с наличием врожденных аномалий, заболевание развивается легче и быстрее, чем в полноценных органах. При этом симптоматика развивающегося заболевания в изначально неизменных органах и с наличием врожденных аномалий, в большинстве случаев не имеет специфических проявлений.

Целью данной работы являлась оценка удельного веса патологии мочевых путей врожденного характера среди всех её заболеваний. За период с 2007 по 2009 год в областном консультативно - диагностическом медицинском центре было проведено 621 экскреторных урографий пациентам в возрасте от 6 лет до 75 лет обоого пола. Исследования проводились после консультации врача - клинициста по назначению уролога или нефролога.

Среди проведенных исследований было выявлено 53 случая аномалии и пороков развития почек и мочевых путей, что составило 8,2%. Нозологические варианты и их количество представлены в таблице 1.

В связи с этим, актуальным в интересах сохранения здоровья в популяции, чрезвычайно важно раннее обнаружение врожденных аномалий почек и мочевых путей до проявления клинической симптоматики.

Рекомендуемый подход поэтапной диагностики больных: УЗИ-исследование, экскреторная урография, при необходимости, компьютерная диагностика.

Аномалии количества	Аномалии положения	Аномалии взаимоотношения	Аномалии мочеточников
Аплазия одной почки-5-8,6% Гипоплазия—3-5,1% Удвоенная почка-15-25% 3-я добавочная почка-1-1,7%	Дистопия 8-13,7% А) тазовая- 3-5,1% Б) подвздош-ная- 1-1,7 В) пояснич-ная – 8-13,7%	L -образная -3,4% S-образная-4,6% Подковообразная 3-5,1% Галетообразная 1 -1,7%	Удвоение – 3-5,1% Расщепление – 14-24%

ЛИТЕРАТУРА

1. Панов Н.А., Гингольд А.З., Москачева К.А., Аномалии пороки развития мочевой системы (Рентгенодиагностика в педиатрии)., М.; 1972,-с.430
2. Пытель А.Я. Заболевание почек и верхних мочевых путей. М., Медицина, 1969 – с.231.
3. Campbell M. I. Urologic consideration in pediatrics., J.3 Pediatr, 1951, стр. 3, 38

УДК: 616.329-007.43

ПРИОБРЕТЕННАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

М.А. Булешов, З.К. Аренова

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Жоғарыда айтылған мәліметтер негізінде рентгенологиялық анықтамалар жасалды: диафрагманың өнешке өтетін тесігінде аксиальды кардиофундальды тұрақтандырылған жарық асқазан сөлінің өнешке қарай жылжуына әкеледі де, оның қабынуына мүмкіндік береді.

Бұл байқаулар стенокардиялық шаншуды сылтауратып көкірек қуысында аурушандықты тудыратын жарық диагностикасын зерттеудің рентгенологиялық әдісінің маңызын жете бағаламауды көрсетеді.

SUMMARY

This article is about the method of investigation in diagnosis of acquired hiatal hernia, which accompanied by pain syndrome in the chest and stimulated stenocardiac diseases.

Наиболее распространенной классификацией диафрагмальных грыж является классификация, предложенная С.Я. Долецким (4). Он выделяет грыжи собственно диафрагмы, грыжи пищевода отверстия диафрагмы и грыжи переднего отдела диафрагмы. По данным Н.А. Панова (5), грыжи пищевода отверстия диафрагмы составляют 25% всех грыж диафрагмы.

В. Х. Василенко (2) классифицирует грыжи пищевода отверстия диафрагмы следующим образом.

1. Анатомическая характеристика:

- аксиальные или скользящие (кардиальные, кардиофундальные, субтотальные и тотальножелудочные), нефиксированные и фиксированные;
- паразофагеальные (фундальные, антральные);
- врожденный короткий пищевод с «грудным желудком» (врожденная аномалия развития).

2. Клинические формы:

- бессимптомная;
- диспепсическая;
- алгическая;
- кардиалгическая.

По данным разных авторов, грыжи пищевода отверстия диафрагмы могут бессимптомно протекать у 5-40% больных (1).

Клиническая картина диафрагмальных грыж обусловлена различными осложнениями. В случае рефлюкс-эзофагита имеются симптомы нарушения функции ЖКТ, а также болевой синдром, при котором отмечаются жгучие, тупые или острые боли на уровне мечевидного отростка, в подложечной области, в подреберье. Возникающая боль в груди имеет различное происхождение. По данным литературы, она обусловлена нарушением функции проникающего в грыжевое отверстие желудка; реже, причиной её возникновения является раздражение диафрагмального нерва. Эта боль локализуется за нижней третью грудины, иррадирует в левое плечо, в лопатку напоминая боль при стенокардии. Физическая нагрузка, вызывающая повышение внутрибрюшного давления, способна усилить эту боль, увеличив тем самым, сходство со стенокардической болью (3).

Вследствие некоторого смещения органов средостения могут отмечаться одышка, сердцебиение, рефлекторная стенокардия. Рентгенологическое исследование в таких случаях может оказать существенную помощь в установлении правильного диагноза. Уже на первом этапе исследования с помощью обзорной рентгеноскопии и рентгенографии можно получить важную диагностическую информацию.

При перемещении достаточно большой части желудка из брюшной полости в грудную в наддиафрагмальном пространстве выявляется дополнительное образование округлой или овальной формы, содержащее газ, иногда с уровнем жидкости. При исследовании в боковой проекции «образование» как правило, располагается в передне-нижнем отделе заднего средостения. С помощью контрастного метода исследования удается установить правильный диагноз.

Приводим наше наблюдение. Больная Р., 75 лет предъявляла жалобы на боли за грудиной, отдающие в левое плечо, усиливающиеся при физической нагрузке, периодически возникающие отрыжку и изжогу. Лечилась у терапевта по месту жительства по поводу стенокардии напряжения. Назначенная терапия давала непостоянный эффект. В анамнезе – не оперированные паховая и пупочная грыжи. Направлена в ОКДМЦ терапевтом - на рентгеноскопию желудка. При рентгеноскопии грудной клетки на фоне сердечной тени, определяется полостное образование с уровнем жидкости. В боковой проекции располагается в переднем отделе заднего средостения. После приема бариевой взвеси выявлено: пищевод свободно проходит, контрастируется на фоне полостного образования, тонус стенок понижен, кардиальная часть желудка вместе с деформированным газовым пузырем находится в грудной клетке. Рельеф слизистой извитой, перестроен. При тугом заполнении определяется рефлюкс бариевой взвеси в пищевод, медленное опорожнение грыжевого мешка. При рентгеноскопии в горизонтальном положении и позе Тренделенбурга, размер образования не меняется.

На основании выше приведенных данных, сделано рентгенологическое заключение: аксиальная кардиофундальная фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная рефлюкс-эзофагитом.

Данное наблюдение свидетельствует о недооценке значения рентгенологического метода исследования в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы, протекающих с болевым синдромом в груди, могущих имитировать стенокардические боли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. М.: Медицина, 1987,- с.61.
2. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Сольман М.М. Болезни пищевода.
3. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М.: Медицина, 1988,- с.809.
4. Долецкий С.Я. Диафрагмальные грыжи у детей, М.: Медгиз, 1960,- с.46.
5. Панов Н.А., Гингольд А.З., Москочева К.А. Рентгенодиагностика в педиатрии. М.: Медицина, 1972,- с.367.

УДК: 616-021.3:616.24-002.155-07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА

К.С. Достиярова, З.К. Аренова

Областной консультативно – диагностический центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

ИФА белгілері бар барлық науқастарға амбулаторлы-емханалық жағдайда өкпенің диффузиялық қабілеттілігін анықтау үшін спирография, көкірек клеткасы органдарын рентгенография және жоғары деңгейдегі компьютерлік томография жасау ұсынылады.

SUMMARY

To carry out the recommended method to all the patients who are suspected for IPA it is necessary to take spirometry to determine the DSL, x-ray of chest organs and CTHQ.

Идиопатический диффузный фиброзирующий альвеолит идиопатического (первичного) характера, впервые описанный Хамменом и Ричем,- заболевание с неизвестной этиологией. Разные авторы полагают, что оно имеет вирусное происхождение. Относится к коллагенозам и аутоиммунным системным заболеваниям, является реакцией на вдыхаемые инфекционные агенты и токсичные вещества, вариантом десквамативной интерстициальной пневмонии, аллергические болезни легких.

Вначале возникают прогрессирующие воспалительные изменения в междольковых перегородках, по ходу мелких сосудов и бронхов. Альвеолярные стенки утолщаются. В полости появляется экссудат. В дальнейшем разрушается структура альвеол. Легочная ткань поражается диффузным прогрессирующим фиброзом с мелкими кистозными полостями. Легкое сморщивается, приобретает губкообразную структуру.

Клиническими признаками заболевания является исчезающая прогрессирующая одышка, кашель со скудной мокротой, всегда появляющийся при глубоком вдохе, редко кровохарканье. Если имеется экссудат в альвеолах, то выслушивают крепитирующие хрипы. Начинаясь остро, заболевание протекает волнообразно. Боли в груди ноющего характера, усиливаются при глубоком вдохе, локализуются под нижними углами лопаток. Характерным признаком болезни, свидетельствующим о прогрессировании процесса в легких, считается похудание. У трети больных наблюдается повышение температуры тела до субфебрильной или фебрильной, что также является признаком активизации патологического процесса. Необходимо отметить характерную особенность: пик повышения температуры приходится на период между 10 и 13 ч дня. Все больные жалуются на общую слабость и быструю утомляемость.

Рентгенологическая диагностика начальной стадии затруднена из-за отсутствия тенеобразующего субстрата в легких. С развитием диффузного пневмофиброза на рентгенограммах и томограммах груди легочной рисунок резко деформируется грубыми тяжистыми, сетчато-петлистыми тенями неправильной формы с участками очаговой эмфиземы и мелкими тонкостенными полостями между тяжами. Важнейшим отличительным признаком фиброзирующего альвеолита является диффузный характер изменений, без четкой анатомической локализации в пределах отдельных долей легких. Изменения носят симметричный характер, оставаясь наиболее выраженными в средних и нижних отделах легких, больше в их плаще. Уже при начальном пневмофиброзе с такой этиологией поверхности легких деформируются множественными втяжениями. Они обусловлены тем, что фиброзные тяжи подходят к плевре и тянут её в свою сторону.

В случаях выраженного фиброзирующего альвеолита вся легочная ткань подвергается фиброзу перерождению. Она принимает вид морской губки, особенно в нижних отделах легких. На рентгенограммах и КТ выявляются множественные фиброзные тяжи, пронизывающие легкие во всех направлениях. Многие тяжи подходят к плевре и деформируют поверхность легких. Их густота неуклонно увеличивается, вследствие чего легкие все больше затемняются. Нормальная легочная ткань постепенно исчезает. Это ведет к развитию выраженной легочной недостаточности и смерти.

Последние изменения в классификации привели к пересмотру диагностического алгоритма в клинической практике. В прошедшем столетии было распространено мнение, что «золотым стандартом» диагностики диффузных заболеваний легких является гистологическое исследование. Сегодня в поликлинических условиях в 70% случаев диагноз может основываться на типичных проявлениях при КТ высокого разрешения и клинической картине. При накоплении дальнейшего опыта становится ясно, что перечень классических клиничко-компьютерно-томографических вариантов будет расширяться. В условиях диагностического центра мы опираемся на анамнез, физикальные обследования и инструментальные методы. Начало болезни незаметное, длительность симптомов около 1-3 лет, одышка при физической нагрузке, сухой кашель, изменение ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек». При аускультации – инспираторная крепитация, больше в задне-базальных отделах. Лабораторные исследования не имеют диагностического значения. Наиболее ценными функциональными параметрами при данном заболевании являются форсированная жизненная емкость лёгких.

Характерными функциональными особенностями заболевания являются: снижение статических лёгочных объёмов (общей ёмкости лёгких, функциональной остаточной ёмкости, остаточного объёма) и снижение ДСЛ. Соотношение ОФВ/ЖЕЛ находится в пределах нормы. Снижение ДСЛ – ранний признак заболевания. На всех этапах наблюдается снижение сатурации крови при физической нагрузке. По мере прогрессирования заболевания гипоксемия появляется в покое и сопровождается гипоканией.

Рентгенография органов грудной клеткой – диагноз м.б. установлен в 48-87% случаев. Наиболее частыми рентгенографическими признаками заболевания являются ретикулонодулярного характера, более выраженные в нижних отделах легких. На ранних этапах развития заболевания наблюдается уменьшение объема легочных полей и понижение прозрачности легких по типу «матового стекла». При прогрессировании заболевания характер изображения становится более грубым, тяжистым, с кистозными просветлениями и линейными дисковидными ателектазами. КТВР – достоверность диагноза составляет около 90%.

Характерными находками являются нерегулярные линейные тени, кистозные просветления, фокальные очаги снижения прозрачности легочных полей по типу «матового стекла», утолщение и иррегулярность бронхиальных стенок.

Таким образом, рекомендуемый подход в амбулаторно-поликлинических условиях для всех больных с подозрением на ИФА, необходимо проводить спирографию для определения ДСЛ, рентгенографию органов грудной клетки, КТВР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г. (ред.). Пульмонология. М.»Гэотар-Медия» 2008.
2. Яковец В.В. Рентгено-диагностика заболеваний органов головы, шеи и груди. М «Гиппократ», 2002.
3. Тюрин И.Е. КТ органов грудной полости. С. - П. 2003.
4. Палеев Н.Р.(ред.) Болезни внутренних органов М.»Медицина» 2000.

УДК 616.366-073.584. 056.86

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

*С.О. Жексембаева, Д.Ж. Тайжанова, В.Н. Волкова, К.Ш. Шенуева
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда
Городская больница №1, г. Караганда*

ТҮЙІН

Жұмыстың мақсаты – гипотиреоздің жеңіл клиникалық білінуі гипертония ауруымен қосарланған жағдайларда клиника – функциональдық сипатын және сырқат науқастардың кешенді терапиясын зерттеу.

Зерттеуге 48 науқас алынды, оның 25 –інде гипертонияның I- II дәрежесі гипотиреоздің жеңіл клиникалық біліну түрімен қосарланған жағдайы, ал 23 науқаста гипертония ауруының I- II дәрежесі бар екендігі анықталды.

Нәтижесінде, кешенді терапия практикалық жолмен тұжырымдалып, бірқатар ұсыныстар жасалды.

SUMMARY

The aim of the work – to investigate the therapy of the hyperthessis easy clinical features of the high blood pressure, its functional description.

48 patients were taken to investigate, 25 of them with high blood pressure of the I-II degrus accompanying sub clinical hupe – thesis, and 23 patients had the disease of the high blood pressure of the I-II degrus.

At the result, some advices were done including the complex practical therapy.

В последнее время возрастает распространенность тиреоидной недостаточности. Особенно часто встречается субклинический гипотиреоз – пограничное состояние между нормой и клинически явной формой первичного гипотиреоза, характеризующееся нормальным уровнем в сыворотке крови тиреоидных гормонов (ТТ) и повышенным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) [1].

В настоящее время ряд исследований показали, возможности негативного влияния субклинического гипотиреоза на состояние сердца и сосудов у лиц без кардиальной патологии. При субклиническом гипотиреозе возможны нарушения систолической и диастолической функций сердца, обратимая эндотелиальная дисфункция, нарастание периферического сопротивления, развитие минимальных структурных изменений сердца, сдвиги в сторону увеличения массы миокарда левого желудочка [2].

Субклинический гипотиреоз сопровождается появлением кардиоваскулярных нарушений, при его сочетании с манифестными сердечно-сосудистыми заболеваниями усугубляет негативное влияние на внутрисердечную, центральную и периферическую гемодинамику [3].

При этом влияние субклинического гипотиреоза на процессы формирования артериальной гипертензии и эффективность у них заместительной терапии изучены недостаточно.

В связи с этим целью исследования явилось изучение функциональных характеристик сердца при сочетании артериальной гипертензии I-II степени с субклиническим гипотиреозом.

Материалы и методы. В исследование были включены 48 больных в возрасте от 24 до 50 лет с артериальной гипертензией I-II степени по классификации ВОЗ\МОАГ (1999).

При определении степени артериальной гипертензии учитывали данные анамнеза и медицинской документации.

Критериями исключения были: вторичный характер артериальной гипертензии, наличие ишемической болезни сердца, нарушений ритма и проводимости, тяжелой сопутствующей патологии, узлового зоба, манифестного гипотиреоза, невозможность амбулаторного наблюдения.

Всем обследованным больным определяли уровень ТТГ и тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3). Ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиографию (ЭКГ) и эхокардиографию (ЭхоКГ) с исследованием показателей внутрисердечной гемодинамики, функции и структуры сердца проводили до и после лечения. По результатам исследования были сформированы 2 группы больных: в 1-ю группу вошли 25 больных с артериальной гипертензией I-II степени и сопутствующим субклиническим гипотиреозом; во 2-ю группу включили 23 больных с артериальной гипертензией I-II степени без тиреоидной патологии.

Группы больных были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, объему щитовидной железы, стажу по артериальной гипертензии, уровню Т3 и Т4, но различались по концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) т.е. фактически по наличию субклинического гипотиреоза в 1-й группе.

Пациенты 2-й группы с артериальной гипертензией I-II степени, нормальным уровнем ТГ и ТТГ получали традиционную гипотензивную терапию. У больных 1-й группы с артериальной гипертензией I-II степени в сочетании с субклиническим гипотиреозом, в дополнение к традиционным гипотензивным препаратам назначали L- тироксин в дозе 25 мкг в сутки с увеличением до 50 мкг/сутки через месяц. Продолжительность заместительной терапии 2 месяца.

Результаты и обсуждение. При оценке средних значений систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) в дневное и ночное время установлено, что у пациентов 1-й группы значительно повышаются уровни САД и ДАД равномерно в дневное и ночное время (92%). У больных 2-й группы показатели САД были значимо выше (у 86,9%), чем у пациентов 1-й группы, тогда как показатели ДАД достоверно не отличались. Выявленные различия этих показателей САД у пациентов 2-й группы регистрировались в течение суток. По данным литературы [4] повышение уровней САД и ДАД у пациентов с субклиническим гипотиреозом связывают с тем, что при снижении функции щитовидной железы уменьшается и сердечный выброс, что приводит к увеличению содержания катехоламинов в крови, вазоконстрикции с последующим повышением периферического сосудистого сопротивления. Значимую роль в повышении уровня артериального давления у больных субклиническим гипотиреозом играет также увеличение объема циркулирующей крови (гиперволемия). Уменьшением гиперволемии можно объяснить снижение уровня артериального давления в процессе компенсации субклинического гипотиреоза заместительной гормональной терапией. Анализ результатов ЭхоКГ показал, что у 96% больных с артериальной гипертензией на фоне субклинического гипотиреоза более выраженная степень дилатации левых камер сердца. Расширение сердца сопровождалось увеличением толщины его стенок. В результате увеличения размера и толщины миокарда левого желудочка возрос индекс массы миокарда (у 96% больных). Фракции выброса у больных 1-й группы находились в пределах нормальных величин (88%), что свидетельствовало о сохранении систолической функций сердца. При оценке электрокардиограммы отклонения от нормы найдены в 80% случаев у больных 1-й группы. Низковольтная электрокардиограмма и признаки гипертрофии левого желудочка зарегистрированы у пациентов (84%) с повышенным артериальным давлением в сочетании с субклиническим гипотиреозом. Однако признаки гипертрофии левого желудочка достоверно чаще выявлены у пациентов (91,3%) 2-й группы. В процессе заместительной терапии левотироксином у пациентов с артериальной гипертензией на фоне субклинического гипотиреоза было достигнуто снижение уровня ТТГ и нормализация значений САД и ДАД. А также, адекватно подобранная терапия левотироксином способствовала улучшения ряда структурных показателей сердца и восстановление процессов реполяризации на ЭКГ у больных 1-й группы (88%). Известно, что нормализация уровня ТТГ способствует восстановлению чувствительности к действию гипотензивных препаратов [5].

Таким образом, сочетание субклинического гипотиреоза с артериальной гипертензией способствует более быстрой и выраженной структурной перестройке сердца еще при отсутствии нарушений ее систолической функции.

Применение левотироксина ведет к улучшению структурных параметров сердца и установлению вариабельности артериального давления в пределах нормальных величин.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Килейников Д.В., Макушева М.В., Волков В.С. Патогенез артериальной гипертензии у больных первичным гипотиреозом // Клиническая медицина. – 2009.- №5.-С.30-32.
- 2 Дурьгина Е.М., Стронгин Л.Г., Некрасова Т.А. Гемодинамика при сочетании артериальной гипертензии с субклиническим гипотиреозом // Проблемы эндокринологии.- 2008.-№1.-Т.54.-С.13-16.
- 3 Телкова И.Л., Карпов Р.С. Роль тиреоидных гормонов в регуляции сердечной деятельности // Клиническая медицина. – 2004.-№1.-С. 12-17.
- 4 Сыч Ю.П., Калашникова В.Ю., Сыркин А.Л., Мельниченко Г.А. Нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы при субклиническом гипотиреозе // Клиническая медицина.- 2003.-№11.- С.4-9.
- 5 Левченко И.А., Фадеев В.В. Субклинический гипотиреоз // Проблемы эндокринологии.- 2002.- №2.- Т.48.- С.13-21.

УДК 616.366-073.584. 056.86

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*С.О. Жексембаева, Д.Ж. Тайжанова, Т.Б. Сейтжанов, Л.Г. Мищукова
Карагандинский государственный медицинский университет, г.Караганда
Городская больница №1, г. Караганда*

ТҮЙІН

Жұмыстың мақсаты- гипотиреоздің жеңіл клиникалық білінуі бар науқастарда липид алмасуының жағдайын зерттеу.

Зерттеуге 35-64 жас аралығында 54 науқас алынды. Оның 28- інде стенокардия ауырлығы III-IV функциональды классы гипотиреоздің жеңіл клиникалық біліну түрімен қосарланған, ал 26 науқаста стенокардия ауырлығы III- IV функциональды классы гипотиреоздің клиникалық белгісіз.

Левотироксинмен орынбасу терапиясында физикалық жүктемен толеранттық ұлғайған және сол жақ жүрекшенің құрылымдық гемодинамикалық көрсеткіші жақсарған. Стенокардия ауырлығы III-IV функциональды классы гипотиреоздің жеңіл клиникалық біліну түрімен қосарланған науқастарға левотироксинмен және оған қоса коронароактивты препараттарды тағайындау көрсетіледі.

SUMMARY

The aim of the work – to investigate the condition of the lipid metabolism at the patients with the light clinical features of (hyperteriosis) hyperthesis.

54 patients at the age of 35-64 years were investigated. 28 of them with angina were joined into the III – IV functional class of the light clinical features type, but at the 26 patients with angina of the III – IV fuctional class of the hypothesis are unknown.

Субклинический гипотиреоз является частым и неоднозначным нарушением функции щитовидной железы. В то же время во всем мире отмечается большая распространенность сердечно- сосудистых заболеваний, в том числе ишемической болезни сердца [1].

Остается актуальной проблема ассоциация тиреоидной и кардиальной патологии, что, порой, затрудняет диагностику и становится причиной неадекватного лечения[2].

Субклинический гипотиреоз может протекать с признаками легкой тиреоидной недостаточности в сочетании с нарушениями липидного обмена, при котором определяются повышенный уровень тиреотропного гормона (ТТГ) с нормальным уровнем тиреоидных гормонов (ТГ). Уровень ТТГ более чувствительно отражает функцию щитовидной железы и является тестом первого уровня для ее исследования. Однако вопрос об изменении метаболизма липидов при субклиническом гипотиреозе остается наиболее сложным и противоречивым. Большая частота атеросклероза и ишемической болезни сердца у больных со сниженной функцией щитовидной железы отмечена многими авторами, вместе с тем атерогенное действие, гипофункции щитовидной железы нельзя считать доказанным[3].

Целью исследования явилось изучение состояния липидного обмена у больных субклиническим гипотиреозом.

Материалы и методы. В исследование были включены 54 больных в возрасте от 35 до 64 лет со стенокардией напряжения III- IV функционального класса (ФК). При определении стенокардии напряжения и ФК учитывали данные анамнеза и результаты анализа медицинской документации.

Исследование больных проводили с определением уровней ТТГ, тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3) и антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО), а также ультразвукового исследования щитовидной железы и показателей, характеризующих липидный обмен. Были сформированы 2 группы больных: в 1-ю группу включены 28 больных со стенокардией напряжения III- IV ФК и сопутствующим субклиническим гипотиреозом, во 2-ю группу вошли 26 больных со стенокардией напряжения III- IV ФК без тиреоидной патологии.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, объему щитовидной железы, стажу ИБС, уровню Т3,Т4, но различались по концентрации ТТГ, т.е. фактически по наличию субклинического гипотиреоза в 1-й группе. Все пациенты получали традиционное базисное лечение ишемической болезни сердца. Больным 1-й группы с субклиническим гипотиреозом, в качестве заместительной терапии, назначали L- тироксин в дозе 55 мкг в сутки в течение 60 дней. При этом в первый месяц пациенты получали 25 мкг, во второй месяц дозу увеличили до 55 мкг/сутки.

Исследование включало анализ показателей липидного обмена: уровни холестерина, триглицеридов, фосфолипидов, свободных жирных кислот и хиломикрона, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).

С целью выявления коронарной недостаточности велоэргометрию (ВЭМ-тест) по методике ступенчатой непрерывно возрастающей нагрузки для определения толерантности к физической нагрузке. Исследовали показатели внутрисердечной гемодинамики, функции и структуры сердца методом эхокардиографии (ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение. Реконтрольной группы отмечались высокое содержание холестерина, триглицеридов, ЛПНП, а также сниженный уровень ЛВП (93%). Показатели липидного обмена в исследованных группах существенно не различались. Следует отметить, что по данным литературы, для ишемической болезни сердца, вызванной атеросклерозом коронарных артерий характерны увеличение содержания в сыворотке крови триглицеридов, ЛПНП и снижение концентрации ЛВП.

Признаком выявления скрытой коронарной недостаточности являются появление во время нагрузки при велоэргометрическом исследовании горизонтальной депрессии сегмента ST более 1мм. Анализ зарегистрированных горизонтальных депрессии сегмента ST более 1мм по данным велоэргометрии позволил выявить у всех больных субклиническим гипотиреозом (1 группа) наличие «ишемические» изменения на ЭКГ (96,4%).

Так как по литературным данным, что в большинстве случаев приступу стенокардии предшествует появление «ишемических» изменений ЭКГ в виде горизонтальной депрессии сегмента ST более 1мм. И так, при велоэргометрии выявлялась скрытая коронарная недостаточность у пациентов 1-й группы.

У наблюдавшихся нами пациентов субклиническим гипотиреозом (1 группа) изменения ЭКГ проявлялись однонаправленными сдвигами и выражались в увеличении интервалов R-R, P-G, G-T и снижением вольтажа зубцов P,R и особенно зубца T (96,4%). Оценка структурно-гемодинамических показателей левого желудочка показала, что у больных с субклиническим гипотиреозом дилатации всех камер сердца, более выраженные в левом предсердии и желудочке (92,8%). Расширение сердца сопровождалось увеличением толщины его стенок, систолическая функция, судя по показателю фракции выброса не нарушалась (92,8%).

В процессе заместительной терапии левотироксином было достигнуто увеличение толерантности к физической нагрузке и улучшение структурно-гемодинамических показателей левого желудочка у больных 1-й группы.

В динамике после курса лечения выявлены нормализация уровня ТТГ и снижение показателей атерогенных липопротеинов до нижней границы нормы у пациентов с субклиническим гипотиреозом.

Таким образом, субклинический гипотиреоз у больных ишемической болезнью сердца является показанием к назначению заместительной терапии L-тироксином в сочетании с коронароактивными средствами.

При этом необходимо, динамическое исследование содержания ТТГ и контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Телкова И.Л., Тепляков А.Т. Динамика содержания тиреоидных гормонов при прогрессировании коронарного атеросклероза // Клиническая медицина.- 2004.-№4.- С.29-33.
2. Сыч Ю.П., Калашникова В.Ю., Сыркин А.Л., Мельниченко Г.А. Нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы при субклиническом гипотиреозе // Клиническая медицина.- 2003.-№11.- С.4-9.
3. Сыч Ю.П., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А., Сыркин А.Л. Нарушения липидного обмена при субклиническом гипотиреозе // Проблемы эндокринологии.- 2004.-№3. -Т.50.- С.48-52.

УДК: 616-002.77:614.2

К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ АУТОИММУННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*П.Т. Доскараева, Х.К. Арапбаева, С.У. Базарбаева, А.С. Назаров, Г.У. Шардарбекова
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде дәрігерге уақтылы қаралғанның қаншалықты маңызды екендігі және әлеуметтік-тұрмыстық жағдайдың да жүйелі аутоиммунды ревматологиялық ауруларды тудыруға әсері бар екендігі дәлел болды.

SUMMARY

On the basis of the carried out research were revealed how important timely reference of the patient behind medical aid and what social problems promote development SAIRS.

Обеспокоенность медицинской общественности, социальных служб и самих больных в связи с увеличением и усложнением проблем, связанных с ревматическими болезнями находит свое отражение в

деятельности международных организаций и в государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан в 2005-2010 гг. [3].

Спектр этих проблем чрезвычайно широк и многообразен: от необходимости дальнейшей разработки фундаментальных аспектов этиологии и патогенеза ревматических болезней, изучения их эпидемиологии, создания современной классификации, формирования на основе принципов доказательной медицины методов ранней диагностики, лечения и профилактики. Эту задачу призвана решать ревматологическая служба [1, 2, 3].

На социальном уровне важность проблемы ревматических болезней (РБ) обусловлена, прежде всего, теми потерями «неоданного» общественного продукта, которые тесно связываются с широкой распространенностью данной патологии, хроническим характером течения большинства РБ, негативно влияющих на трудовой общественный потенциал через вызываемые ими временные и стойкие трудовые потери. А также через преждевременную смертность лиц трудоспособного возраста [4].

Стремясь к минимизации данных потерь, общество вынуждено нести весьма существенные расходы на развитие системы профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации ревматологических больных. Большие государственные затраты вызывает также необходимость социальной поддержки значительной части населения, потерявшей трудоспособность из-за развившейся ревматической болезни.

Существенное негативное социальное влияние ревматических болезней обусловлено, прежде всего, хроническим характером большинства из них при постоянно возрастающей общей первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения Республики Казахстан.

Материалы и методы. Исследования проводились среди больных, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ОКБ, клиники МКТУ им. Ясави за период с 2004 по 2009 годы.

Для привлечения и консультации больных с ССД и СКВ в поликлиниках города была организована подготовительная работа, в виде участия на врачебных конференциях, были прочитаны лекции для населения, беседы с больными в стационаре, выступления по местному телевидению на тему: первые проявления системной склеродермии и системной красной волчанки. А также, прочитаны лекции по профилактике диффузных болезней соединительной ткани в городских и сельских школах.

Для исследования, отбирались больные с разных районов Южно-Казахстанской области. Среди отобранных больных было проведено поголовное анкетирование, которое заполнялось силами местного младшего и среднего персонала. Предварительно персоналу были объяснены цели работы, разъяснены основные понятия, встречающиеся в анкете, такие как связь заболевания с условиями жизни, какой специалист впервые выставил диагноз ССД и СКВ и т.д.

Анкеты заполнялись непосредственно респондентом в присутствии раздатчика анкеты, который при необходимости мог дать разъяснения по целям анкетирования и возникающим вопросам.

Результаты и обсуждение. Распределение диагнозов ССД и СКВ в зависимости от специалиста, который, по мнению больных, его выставил.

Распределение больных ССД и СКВ в зависимости от того, какой специалист выставил диагноз

Таблица №1

Выборка	Специалист	ССД (35 б-х)		СКВ (40 б-х)		Всего (75 б-х)	
		абс	%	Абс	%	абс	%
Больные из села (21+22 б-х)	Ревматолог	11	52,4	14	63,6	25	33,3
	Терапевт	6	28,6	6	27,3	12	16,0
	Др. врач	4	19,0	2	9,1	6	8,0
	Не врач	-	-	-	-	-	-
Итого:		21	100	22	100	33	57,3
Больные из города (14+18 б-х)	Ревматолог	12	85,7	11	61,1	23	30,6
	Терапевт	2	14,3	5	27,8	7	9,33
	Др. врач	-	-	1	5,55	1	1,33
	Не врач	-	-	1	5,55	1	1,33
Итого:		14	100	18	100	32	43,1

По данной таблице можно заметить, что и при ССД, и при СКВ в обеих выборках более чем в половине случаев диагноз был выставлен врачами-ревматологами (52,4% и 85,7% при ССД, в 63,6% и 61,1% - при СКВ соответственно), а в 5,5% случаев диагноз был заподозрен не врачами (родственники, друзья). Интересно, что в у больных из города диагнозы устанавливали только ревматологи или терапевты, в то время как среди жителей сельского населения диагнозы были выставлены чаще врачами другой специальности: невропатологами, акушер-гинекологами, нефрологами и т.д. (19,0% при ССД и 9,1% при СКВ соответственно).

Для комплексной оценки ССД и СКВ и их социального значения необходимо располагать не только интенсивными или экстенсивными показателями этих заболеваний, но и данными, характеризующими по признакам периферических проявлений, поражения внутренних органов, показателям лабораторных методов исследования, степени активности патологического процесса, стадии установления диагноза, вариантам эволюции заболевания, а также связи с условиями жизни.

Мнение больных о связи заболевания с условиями жизни

Таблица №2

№	Наименование заболевания	Неудовлетворительные условия							
		Труда		Быта		Жизни в целом		Итого	
		абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%
1	ССД	7	20,0	11	31,4	17	48,6	35	46,6
2	СКВ	6	15,0	15	37,5	19	47,5	40	53,4
	Всего	13	17,3	26	34,7	36	48,0	75	100

Известно, что в возникновении и развитии ревматических болезней ведущая роль принадлежит условиям труда, быта и жизни в целом. Изучение отношения, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении больных к этому вопросу выявило, что в возникновении и развитии ССД и СКВ немаловажная роль принадлежит условиям жизни (48,0%) в целом. При этом 34,7% больных акцентируют свое внимание на значении условий быта, а 17,3% - труда.

Такое мнение в ответах исследуемых больных свидетельствует о возросшем понимании ими социальных условий жизни в развитии заболевания, что свидетельствует о необходимости повышения отношения к вопросу по раннему выявлению, первичной профилактике, с целью повышения качества жизни населения путем активной пропаганды здорового образа жизни, здорового питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Состояние и перспективы совершенствования ревматологической службы // Тер. Архив, 1991, №5, С.3-8.
2. Фоломеева О.М., Цветкова Е.С., Амирджанова В.Н. и др. Изучение динамики контингента диспансерных ревматологических больных (по материалам поликлиник Москвы и Московской области) // Ревматология, 1990, №2, С.36-41.
3. Бижигитов Ж. Б. Новые медико-технологические подходы к организации ревматологической помощи населению крупного города. Автореферат дисс. на соиск. к.м.н., Алматы, 2005.
4. Nived O., Sturfelt G. Symposium: mortality in rheumatic diseases. Mortality in SLE//Rheumatol. In Europe. 1999. 25. p. 17-19.

УДК: 616.5 – 002. 525.2:616.5-004.1:616.322-002

ТОНЗИЛЛОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

*П.Т. Доскараева, Г.Ж. Садырханова, С.У. Базарбаева, А.С. Назаров, Б.Н. Махамбетова
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде созылмалы инфекция ошақтарының жүйелі аутоиммунды ревматологиялық ауруларымен қатарласып немесе алғашқы себебі ретінде кездесетінін байқадық. Сонымен қатар, созылмалы инфекция ошақтары ревматологиялық аурудың ағымының ауырлауына да әсерін тигізетіні байқалды.

SUMMARY

On the basis of the checked up research it is possible to see that at SAIRS often accompanies or presence of the chronic centres of an infection precedes. Thus aggravating a current of rheumatic diseases.

Несмотря на существенный прогресс в изучении РЗ, достигнутый в XX веке, остается еще много нерешенных проблем, одной из которых является взаимоотношение микро- и макроорганизмов в условиях дисбаланса иммунной системы, вопрос о том, каков вклад инфекционных агентов в возникновение и развитие ревматических заболеваний (РЗ), по-прежнему интересует клиницистов.

Несомненного внимания заслуживает проблема участия разнообразных инфекционных агентов в качестве триггерных факторов, инициирующих развитие иммунного воспаления при РЗ. РЗ относятся к аутоиммунным процессам, при которых образуется широкий спектр как органоспецифических, так и органонеспецифических антител [3].

Одной из причин возникновения аутоиммунных реакций является инфекция, при этом аутоиммунные реакции рассматриваются как нежелательный, «побочный» продукт иммунного ответа на инфекционный агент. При стрептококковой инфекции наблюдается поражение суставов, включая артралгии стрептококковой этиологии, реактивные артриты и ревматическую лихорадку [4].

В последние годы отмечается возрастающий интерес к изучению роли вирусов в иммунопатогенезе ревматических заболеваний. Из 400 известных биопатогенных вирусов триггерную роль при ревматических заболеваниях могут играть вирусы Эпштейна – Барра, цитомегаловирусы, вирусы простого герпеса 1 и 6 типов, вирусы гепатита В и С (HBV, HCV), вирусы Коксаки А13, аденовирусы, вирусы краснухи, паротита, парвовирусы В19 и др. [5, 2].

Исследования по изучению роли очаговой инфекции в развитии ревматологического процесса, а также значения зева, как входных ворот для инфекционного фактора обосновали необходимость выявления и санации очагов инфекции при развитии кардита и пороков сердца, а также удаления или стерилизации миндалин [6]. Учитывая важность профилактики ревматических заболеваний, осуществлялись мероприятия по санации первичных очагов инфекций не только в зеве, но и другой локализации (желчные протоки, зубы и др.) [1].

Цель настоящего исследования: оценка заболеваемости системными аутоиммунными ревматическими болезнями при наличии сопутствующей или предшествующей тонзиллогенной патологии.

Материалы и методы. В исследование были включены 98 больных: 45 с диагнозом системная склеродермия (все больные женщины) и 53 – с системной красной волчанкой (из них 50 женщин и 3 мужчин), с диагнозом, подтвержденным и выставленным в ревматологическом отделении областной клинической больницы (ОКБ) и клиники Международного казахско - турецкого университета (МКТУ). А также, находящихся на диспансерном («Д») учете в городских (ЦГП, ГП№1, ГП№2, ГП№3, ГП№4, ГП№5), ведомственных (свинцового, фосфорного заводов, железной дороги, УВД) поликлиниках города Шымкента.

Диагноз СКВ ставился в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (1988). Вариант течения и степень активности СКВ определялись согласно классификации В.А. Насоновой (1972). Возраст обследованных составил от 20 до 54 лет. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет (средняя продолжительность 6,5 лет ±0,7).

Диагноз всех больных с ССД, включенных в исследование, соответствовал отечественным (Н.Г. Гусева, 1993) и зарубежным (АРА, 1980) диагностическим критериям ССД. Характер течения определялся в соответствии с классификацией Н.Г. Гусевой (1993). Все 45 больных – женщины, возраст их составил – от 21 до 45 лет. Длительность заболевания ССД составила от одного года до 22 лет (средняя продолжительность 5,8 лет ± 1,57).

Всем больным, помимо традиционного клинического обследования была назначена консультация отоларинголога, впоследствии чего были проведены исследования содержимого лакун и отпечатков с поверхности миндалин больных, предъявлявших жалобы на боли, першение или сухость в горле.

Отделяемое из зева было взято увлажненным ватным тампоном. Тампоны затем помещали в стерильные пробирки и доставляли в лабораторию. При оценке результатов исследования учитывался качественный и количественный состав естественной микрофлоры, содержащейся в клиническом образце: обнаружение микроорганизмов, не относящихся, к естественной микрофлоре верхних дыхательных путей или необычно большое количество микробов какого-либо вида указывает на их этиологическую значимость заболевания.

Результаты исследования содержимого лакун и отпечатков с поверхности миндалин

Таблица №1

Показатели исследования	ССД (45 больных)		СКВ (53 больных)		Всего (98 больных)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Патогенная флора	37	82,2	41	77,3	78	79,6
Снижение фагоцитарной активности лейкоцитов	24	53,3	35	66,0	59	60,2
Увеличение числа полиморфноядерных лейкоцитов	21	46,6	29	54,7	50	51,0
Уменьшение числа лимфоцитов	18	40,0	46	86,7	64	65,3

Результаты и обсуждение. Анализируя данные таблицы №1 можно отметить, что наиболее часто патогенная флора обнаружена у больных с ССД - у 37 (82,2%) из числа 45 обследованных.

Уменьшение числа лимфоцитов в большинстве случаев выявлена у больных с СКВ – у 46 (86,7%) из числа 53 обследованных, в меньшей степени - у 18 (40,0%) больных ССД.

А также наблюдалось увеличение числа полиморфноядерных лейкоцитов у больных СКВ – 29 (54,7%).

Как свидетельствуют многочисленные литературные данные и наш собственный опыт, хронический тонзиллит создает реальные предпосылки к развитию ревматических заболеваний, в частности системных аутоиммунных ревматических заболеваний. Это подтверждается высокой частотой обнаружения хронического тонзиллита у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией и наличием их отчетливой зависимости между активностью клинического течения этого заболевания и обострением хронического тонзиллита.

В связи с этим можно предположить, что больные хроническим тонзиллитом формируют большую группу риска по возникновению системных аутоиммунных ревматических заболеваний и требуют к себе повышенного внимания, как со стороны отоларинголога, так и со стороны врачей ревматологов, терапевтов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малая Л.Т.//Лечение ревматических и других форм полиартритов однокортикотронным гормонном// Врачебное дело -1980-№9.- с.188-119.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М: Медицина; 1997.
3. Насонов Е.Л., Баранов А.А. Современные представления об этиологии и патогенезе системных васкулитов: роль аутоантител и нарушений клеточного иммунитета. Клини.мед. 1998; 8: 4-9.
4. Бабилова И.В., Макарова В.И., Людкевич О.М. Роль стрептококковой инфекции в генезе некоторых ревматических болезней у детей. Научн. практ. ревматол. 2003; 2: 15.
5. Шестакова И.В., Ющук Н.Д., Андреев И.В. и др. О формировании иммунопатологии у больных иерсиниозом. Тер. Архив. 2005; 11:7-10.
6. Felson D.T., Anderson J.J., Boers M. et al. American Colledge of Rhaumataogy preli-minary definition of improvement in intermatoid arthritis // Arthr. Rheum, 1993. 36, pp. 729-740.

УДК 616.248:616.155.291

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СТЕРОИДОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ*Б.А. Аширов**Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Стероидқа тәуелді бронхиалды демікпемен ауыратындарды зерттеу мақсатында тамырлық-тромбоцитарлық гемостаз бөлігін және оның түзету жолдарын оқыту пайда болды. Зерттеу кезінде 63 науқас ішінен орташа жасы $56 \pm 4,4$ жасты құрады, ауру ұзақтығы $8,4 \pm 0,8$ жыл, оның ішінде бақылау тобында 35 науқас, ТЛКҚ+базистық ем 14, және ТЛКҚ+пентоксифиллин базистық емді 14 қабылдады.

ТЛКҚ+базистық терапиясы және пентоксифиллинмен тамырлық-тромбоцитарлық гемостазды және клиникалық-функционалдық симптоматикасының көрсеткіш динамикасың ұзақ уақытқа жақсаратыны анықталды. Тек базистық терапияны қабылдағаннан және жүйелік глюкокортикостероидтардың мөлшерін төмендетеді кейбір жағдайда қолданбайды.

SUMMARY

The aim of the study was to examine the state of vascular-platelet hemostasis and ways of their correction in patients with steroid-dependent asthma. The study included 63 patients middle age was $56 \pm 4,4$ years, disease duration $8,4 \pm 0,8$ years. Of these, 35 patients in a control group, 14 received basic therapy+lazier and 14 basic therapy+lazier+pentoxifylline.

It was found that the combination of basic therapy+ lazier and basic therapy+lazier+pentoxifylline improves the dynamics of the vascular-platelet hemostasis, clinical and functional characteristics of a longer term, than with only the basic therapy, and reduce the dose of systemic glucocorticosteroids and in some cases cancel.

Одним из важных нарушений в патогенезе бронхиальной астмы (БА) считают активацию сосудисто-тромбоцитарного гемостаза особенно у длительно принимающих системные глюкокортикостероиды (ГКС) [1,2]. Подбор лечения, воздействующие на коррекцию данных нарушений вызывает затруднения, т.к. широко применяющиеся препараты из данных средств могут сами вызывать обострения, такие как нестероидные противовоспалительные препараты. Известно, что пентоксифиллин [3] и внутривенное лазерное облучение крови [4] положительно влияют на систему гемостаза, а именно снижают агрегационную функцию тромбоцитов.

Цель исследования. Оценить степень нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных БА стероидозависимой формы и выявить степень воздействия внутривенного лазерного облучения крови и пентоксифиллина на клинико-лабораторные показатели.

Материалы и методы. Исследование проводилось в г. Семей, в пульмонологическом отделении БСМП. Всего обследовано 63 больных БА тяжелого течения стероидозависимой формой. Средний возраст $56 \pm 4,4$ лет, длительность заболевания $8,4 \pm 0,8$ лет. В зависимости от используемых методов лечения больные были разделены на три группы: В 1-й группе (контрольной) получали только базисную терапию (БТ), которая включала: системные, ингаляционные ГКС, бронходилататоры, метилксантины и т.д. (35 пациентов). Во 2-й группе в комбинации с базисной терапией проводилось внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Лазеротерапия проводилась с помощью низкоэнергетического гелий-неонового лазера ЛГ-75 (длина волны – 630 нм, мощность на выходе 2 мА) по 5 сеансов внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в локтевую вену, время экспозиции 20 минут, ежедневно (14 пациентов); В 3-й группе (14 пациентов) получали БТ+ВЛОК+пентоксифиллин, пентоксифиллин назначался в дозе 100 мг в 250-500 мл 0,9% раствора NaCl в

течение трех суток, после чего назначался перорально в дозе 100 мг 3 раза в сутки (2 месяца). Обе группы были однородны по полу, возрасту, выраженности клинических проявлениях длительности течения и тяжести заболевания и соответствовала тяжелой степени БА (GINA 2006). Средняя доза системных ГКС при поступлении в стационар составляла $18,6 \pm 2,2$ мг/сут. Клинико-функциональные показатели анализировались при поступлении в стационар, через 2 недели и через 12 недель и через 6 месяцев по индивидуальным дневникам самоконтроля, куда входили такие данные как, частота дневных приступов, частота ночных приступов, кратность применения В2-агонистов, утренние и вечерние показатели пикфлоуметрии (ПСВ), степень дыхательной недостаточности определялась по 10-ти бальной шкале Борга, степень выслушиваемых хрипов оценивалась по 4-х бальной оценке, а доза системных ГКС снижалась в течении года.

Степень нарушения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза оценивался по методам: АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов по Born в модификации Захарьи Е.А. Кинах М.В.; Гемолизат-агрегационный тест (Агрескрит-тест), по З.С. Баркагану и соавт., 1986; Определение фактора Виллебранда на формализированных тромбоцитах (Баркаган З.С., 2001); Определение производных фибриногена в сыворотке по тесту склеивания стафилококков (Баркаган З.С., 1988).

Результаты исследования. Клинико-функциональные показатели как видно из таблицы 1, в ходе лечен ческих группах через 2 недели было достигнуто, достоверное улучшение по всем показателям течения заболевания, в сравнении с данными до лечения. Так, при применении только базисной терапии степень выслушиваемых хрипов по 4-х бальной оценке уменьшилась на 65,6% ($p < 0,01$), ночные приступы удушья за неделю сократились на 67,8% ($p < 0,001$), дневные приступы удушья за сутки на 78,6% ($p < 0,001$), прием симпатомиметиков короткого действия стал реже на 60,4% ($p < 0,001$) и оценка одышки по баллам шкале Борга упала на 54,9% ($p < 0,05$), повышение среднего уровня ПСВ и ее колебаний у больных БА получившие только базисную терапию было только в течении 2-х недель на 43,5% ($p < 0,01$) и 50,8% ($p < 0,001$).

Аналогичная картина наблюдалась и в основных группах достоверно не отличающаяся от контрольной группы. В дальнейшем, т.е. через 12 недель контрольной группе получившие только базисную терапию клинические показатели начали значительно ухудшаться по отношению к 2-й неделе так, например, оценка выслушиваемых хрипов увеличилась на 90,9% ($p < 0,05$), ночные приступы удушья стали чаще на 79,2% ($p < 0,001$), дневные на 111,1% ($p < 0,001$), прием симпатомиметиков увеличился на 72,2% ($p < 0,05$), степень дыхательной недостаточности по шкале Борга стала выше на 75% ($p > 0,05$), средняя величина ПСВ уменьшилась на 19,9% ($p > 0,05$), а через 6 месяцев на 22% ($p < 0,05$), соответственно, а ее колебания увеличились на 61,7% ($p < 0,01$) и через 6 месяцев на 71% ($p < 0,01$), соответственно.

В группе получившие ВЛОК и ВЛОК с пентоксифиллином, через 12 недель клинико-функциональные показатели продолжали улучшаться или оставались на прежних данных, только через 6 месяцев среднее ПСВ начали заметно понижаться по отношению к 12-й неделе на 13,3% в группе получившие ВЛОК и на 12,6% ($p > 0,05$) в группе ВЛОК+пентоксифиллин, ее колебания увеличились на 53,8% и 46,8% ($p < 0,05$), соответственно. По отношению к данным касающиеся снижению дозы системных ГКС в течении года то мы видим, что в контрольной группе она снизилась на 17,3% (н/д), 11,4% больных перестали применять гормоны, в группе БТ+ВЛОК снизилась на 32,9% ($p < 0,05$) и 14,3% перестали применять и в группе БТ+ВЛОК+трентал доза системных ГКС снизилась на 53,6% ($p < 0,001$) и у 21,4% больных удалось отменить системные ГКС.

По отношению показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза таблица 2, мы видим, что при традиционной терапии к 2-й неделе среди параметров, характеризующих состояние сосудисто-тромбоцитарного звена, отмечено повышение времени ГАТ на 32,7% по отношению к исходным значениям ($p < 0,01$), уровень ИАТ достоверно снизился на- 9,4% ($p < 0,01$), СА снизился на- 13,8% ($p > 0,05$), СИАТ- на 6,3% ($p > 0,05$), ИДТ повысился на- 43,3% ($p < 0,01$). Содержание фактора Виллебранда было снижено на- 14,3% ($p < 0,05$). Показатели плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза так же изменялись в положительную сторону, так уровень РФМК снизился на - 43,3% ($p < 0,05$), а содержание РПДФ на 19,1% ($p > 0,05$).

В основных группах получавшие ВЛОК и ВЛОК с пентоксифиллином показатели гемостаза ко 2-й недели сильно не отличались. Так, в группе получавшие ВЛОК и ВЛОК с пентоксифиллином поднялся уровень ГАТ (на 40,8%, $p < 0,01$, а во второй группе на 34,3%, $p < 0,01$), ИДТ (на 56,4% и 53,5%, $p < 0,01$ соответственно) и снизились показатель ИАТ (на 14,7 и 13,9%, $p < 0,01$), СА (на 20% и 20,7%, $p < 0,05$), СИАТ (на 8,5% и 9,2%, $p < 0,01$), ФВ (на 19,4 и 21,2%, $p < 0,01$, соответственно). На 12-й неделе в группе контроля произошел регресс, в сторону ухудшения всех показателей сосудисто-тромбоцитарного звена, так же в группе больных получавшие только ВЛОК в меньшей степени. Тем не менее, в группе больных получившие ВЛОК некоторые показатели гемостаза на 12-й неделе в сравнении с исходными показателями данными сохраняют достоверно улучшенные данные (ИАТ, СА, ФВ, РФМК, $p < 0,05$, ИДТ, ГАТ, $p > 0,05$). Динамика показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в группе получившие, ВЛОК с пентоксифиллином продолжала улучшаться.

Динамика клинико-функциональных показателей у больных стероидозависимой БА, в зависимости от применяемой терапии

Таблица 1

Применяемая терапия	Клинические показатели														
	Хрипы (wheezing)			Ночные приступы удушья (за неделю)			Частота приступов удушья за сутки			Применение В2-агонистов корот-кого действия			Диспноэ (Borg), баллы		
	исходно	2 нед.	12 нед.	исходно	2 нед.	12 нед.	исходно	2 нед.	12 нед.	исходно	2 нед.	12 нед.	исходно	2 нед.	12 нед.
Базисная терапия, n=35	2,2±0,7	1,1±0,3•	2,1±0,4	14,9±1,0	4,8±0,6^	8,6±0,8^	8,4±0,8	1,8±0,2^	3,8±0,5^	9,1±1,2	3,6±0,6^	6,2±0,9	7,1±1,4	3,2±0,8*	5,6±0,9
БТ+ВЛОК, n=14	2,3±0,8	1,2±0,4*	1,0±0,3*	15,7±0,9	4,3±0,5^	4,1±0,4^#	8,2±0,6	1,6±0,3^	1,5±0,3^‡	8,9±1,0	3,5±0,5^	3,6±0,5^	7,3±1,5	3,1±0,7*	3,3±0,5*
БТ+ВЛОК+трентал, n=14	2,2±0,6	1,0±0,4•	0,9±0,4•	15,9±1,0	4,4±0,4^	3,9±0,3^#	8,8±0,7	1,7±0,3^	1,4±0,4^‡	9,4±1,1	3,4±0,5^	3,1±0,4^†	7,6±1,6	3,0±0,6*	3,2±0,5*
Функциональные показатели															
Примняемая терапия	Средняя величина, ПСВ%				Колебания ПСВ, %				Доза системных ГКС мг/сут			Отмененные системные ГКС (кол-во больных)			
	исх.	2 нед.	12 нед.	6 мес.	исх.	2 нед.	12 нед.	6 мес.	Исх.	6 мес.	12 мес.	абс.	%		
Базисная терапия, n=35	50,3±4,8	72,2±5,2•	64,3±5,1	56,3±4,9	37,2±3,5	18,3±2,8^	29,6±3,1	31,3±3,4	17,3±2,0	9,8±0,9^	14,3±1,9	4	11,4		
БТ+ВЛОК, n=14	51,4±4,7	73,6±5,1•	74,3±5,3•	64,4±4,5	39,3±3,9	17,3±2,3^	18,1±2,4^	28,6±3,5	16,1±1,9	7,4±0,6^	10,8±1,2*	2	14,3		
БТ+ВЛОК+трентал, n=14	52,9±4,8	75,2±5,6•	76,4±5,8•	66,8±5,9	38,9±3,3	17,8±2,1^	18,6±2,5^	27,3±3,1*	19,2±2,3	6,3±0,5^	8,9±0,9^	3	21,4		
Примечания: 1 * - различия с показателем до лечения достоверны, p<0,05, • - p<0,01, ^ - p<0,001. 2 † - различия с соответствующим показателем базисной терапии достоверны, p<0,05, ‡ - p<0,01, # - p<0,001.															

Динамика показателей системы гемостаза в ходе лечения больных БА, получавших лазеротерапию и лазеротерапию с пентоксифиллином

Таблица 2

Показатель	Контрольная группа, n=35	Базисная терапия, n=35			Базисная терапия + ВЛОК, n=14			Базисная терапия + ВЛОК + пентоксифиллин, n=14		
		исходно	2 нед.	12 нед.	исходно	2 нед.	12 нед.	исходно	2 нед.	12 нед.
ИАТ, %	49,9±1,1	59,7±1,3	54,1±1,2**	58,6±1,4	61,1±1,3	52,1±1,3**	54,3±1,4*	60,6±1,5	52,2±1,2**	51,1±1,2** #
СА, ед.экстинкц./мин	0,018±0,001	0,029±0,002	0,025±0,001	0,028±0,002	0,03±0,002	0,024±0,001*	0,025±0,001*	0,029±0,002	0,023±0,001*	0,02±0,001 **#◆
СИАТ, %	53,4±1,8	66,9±2,1	62,7±1,9	65,4±2,3	67,3±1,9	61,6±2*	63,4±2,2	67,1±2,2	60,9±2*	56,1±1,9** #◆
ИДТ, %	17,3±0,6	10,4±0,4	14,9±0,5**	11,1±0,4	10,1±0,3	15,8±0,6**	13,3±0,5**	9,9±0,3	15,2±0,6**	15,8±0,6** #◆
ФВ, %	83,1±3,4	138,5±4,8	118,7±3,8*	129,9±3,9	139,7±4,6	112,6±4,2* *	123,4±4,5*	139,9±4,7	110,3±3,8* *	102,1±3,3* *##◆◆
ГАТ, с	15,2±0,3	10,1±0,6	13,4±0,4**	11,3±0,7	9,8±0,5	13,8±0,6**	12,9±0,4**	9,9±0,5	13,3±0,4**	14,1±0,5** #
РПДФ, мкг/мл	отр	103,1±7,6	83,4±6,4	98,5±6,6	101,3±7,3	80,1±6,2*	91,7±6,8	103,1±7,7	76,4±5,1**	68,3±4,8** #◆
РФМК, мкг/мл	3,6±0,2	14,1±1,1	9,4±1*	13,1±1,3	13,9±1,2	8,4±0,9*	10,1±1,1*	14,0±1,3	8,2±0,8**	7,4±0,7** #◆

Примечания: * - различия с показателем до лечения достоверны, p<0,05, ** - p<0,01, # - различия с соответствующим показателем при традиционной терапии достоверны, p<0,05, ## - p<0,01, ◆ - различия с соответствующим показателем при лазеротерапии достоверны, p<0,05, ◆◆ - p<0,01.

Так, к 12-й неделе по сравнению с исходными данными повысился уровень ГАТ (на 42,2%, $p < 0,01$, с соответствующим показателем при традиционной терапии на 24,8% $p < 0,05$, с ВЛОК на 9,3%, $p > 0,05$), ИДТ (60,4%, $p < 0,01$, 42,3%, и 18,8%, $p < 0,05$, соответственно). Сохраняли положительную динамику показатели ИАТ (с исходными данными на 15,7%, $p < 0,01$, с соответствующим показателем при традиционной терапии на 12,8% $p < 0,05$, с ВЛОК на 5,9%, $p > 0,05$), СА (31%, $p < 0,01$, 28,6% и 20%, $p < 0,05$), СИАТ (16,4%, $p < 0,01$, 14,2% и 11,5%, $p < 0,05$), ФВ (27%, 21,4%, 17,3%, $p < 0,01$), РПДФ (43,8%, $p < 0,01$, 30,7% и 25,5%, $p < 0,05$) и РФМК (47,1%, $p < 0,01$, 43,5% и 26,7%, $p < 0,05$, соответственно).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии достоверной положительной динамики показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при дополнительном назначении ВЛОК и пентоксифиллина, что является рациональным воздействием на агрегационную функцию тромбоцитов, что является патогенетически обоснованным. Так же, данные методы лечения позволяют добиться положительных клинических результатов и снизить, а в ряде случаев отменить дозы системных ГКС.

Выводы. Комплексное лечение стероидозависимых больных БА путем применения ВЛОК и пентоксифиллина позволяет добиться лучших клинико-функциональных показателей, которые сохраняют эффект до 6-ти месяцев.

Применения комбинаций БТ+ВЛОК+пентоксифиллин позволяет добиться снижения сосудисто-тромбоцитарной агрегации до 12-ти недель, а БТ+ВЛОК эффект сохраняется на более ранние сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ребров А.П., Кароли Н.А. Стероидный васкулит у больных бронхиальной астмой: особенности функционального состояния тромбоцитов и антитромбогенной активности стенки сосудов. Клиническая медицина №2, 2003. С. 33-36.
2. Кириллов М.М., Присяжнюк И.В. Влияние медикаментозной терапии бронхиальной астмы на систему микроциркуляции и гемостаз. Пульмонология №2, 2002. С. 17-21.
3. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в Казахстане» 2009.
4. Щегольков А.М., Клячкин Л.М., и соавт. Лазеротерапия в пульмонологии. Пульмонология №2, 2000. С. 11-17.

УДК 616.147.3 – 007.64 – 089.8

ОЦЕНКА ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТВОЛОВОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

О.Д. Даирбеков, Н.А. Коспанов, С.Ж.Киргизбаев, В.А. Джакупов
ННЦХ им. А.Н.Сызганова, г.Алматы

ТҮЙІН

А. Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургия орталығында 2007 жылдың желтоқсан айынан бастап 2009 жылдың желтоқсан айына дейін аяқ көк тамырларының кеңеюіне байланысты 188 науқасқа ультрадыбыстық ангиосканерлеуден кейін, тері асты үлкен көк тамырына қысқа стрипинг операциясы жасалды. Қысқа стрипингтен кейін қалған тері асты үлкен көк тамыры 96,9 %-да өз еркімен бітеледі. Жасалған операциялар нәтижелері, қысқа стрипинг әдісінің бағаналы флебэктомия кезінде қолдануға болатындығын көрсетті.

SUMMARY

In the department of vascular surgery of the National scientific center of surgery named after AN Syzganov during the period from December 2007 to December 2009 118 patients with varicose veins of lower extremities were treated. The diagnose was confirmed by duplex ultrasound. All the patients underwent short stripping of GSV. After a short stripping in 96.9% cases remained part of GSV obliterates itself. Our data indicate that the short stripping is the method of choice for stem phlebectomy.

Традиционная флебэктомия по Бэбкокку зарекомендовала себя как надежный и технически простой способ оперативного вмешательства при варикозной болезни нижних конечностей [1]

Удаление вены с помощью зонда Бэбкокка сопровождается развитием целого ряда осложнений, значительно удлиняющих реабилитацию больных. Болевой синдром разной степени встречается более, чем у 2/3 пациентов [1,2]. В 100 % наблюдений развиваются гематомы, которые могут достигать больших размеров. У 50-80% больных появляются зоны парестезии на конечности [3]. Такая высокая частота осложнений заставила флебологов искать альтернативу способу Бэбкокка.

Применение малоинвазивных технологий в лечении варикозной болезни нижних конечностей основаны на предоперационной ультразвуковой диагностике и предполагают максимально радикальную

коррекцию нарушений венозной гемодинамики с сохранением неизменных участков магистрального подкожного ствола.

Располагаем результатами комплексного обследования и последующего хирургического лечения и наблюдения 173 пациентов с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей, оперированных в отделе хирургии сосудов ННЦХ им. А. Н. Сызганова в период с 2007г. по декабрь 2009 г. Для уточнения особенностей поражения венозной системы нижних конечностей всем больным перед операцией проводили УЗАС, при этом особое внимание уделяли определению протяженности рефлюкса крови по стволу БПВ. В зависимости от уровня патологического рефлюкса, 55 больным (31,8%) была выполнена операция Бэбокка, а 118 (68,2%), короткий стриппинг большой подкожной вены.

Чаще всего рефлюкс был обнаружен непосредственно в приустьевом отделе (несостоятельность остиального клапана). В дистальном направлении число вен с рефлюксом прогрессивно уменьшалось, при этом частота недостаточности БПВ в дистальных отделах голени в вертикальной позиции составила 15-16%, а при переводе пациента в положение «лёжа» уменьшилась до 1,21% в нижней трети и 5,8% в средней трети голени. В связи с этим удаление БПВ на всем протяжении – от паха до лодыжки – не имеет патоморфологического обоснования. Основой комбинированной флебэктомии должен стать так называемый «короткий стриппинг», т.е. экстракция ствола вены от устья до верхней трети голени - в тех пределах, где патологический сброс крови встречается в подавляющем большинстве случаев.

Во-вторых, удаление дистального сегмента вены сопряжено с наиболее высоким риском повреждения лимфатических коллекторов и кожных чувствительных нервов.

В-третьих, данный участок v.s. magna может быть использован в качестве материала для шунтирования в реконструктивной хирургии артерий.

В 118 наблюдениях выполнили короткий стриппинг БПВ на различном протяжении (таблица 1). Визуальные признаки резидуального варикоза отсутствовали, поскольку диаметр неудаленного притока уменьшился во всех случаях.

На 3 нижних конечностях ствол вены не удаляли, ограничившись ее приустьевой перевязкой. Данные, полученные нами, позволяют сделать важный вывод. После проведения короткого стриппинга оставленный участок БПВ самостоятельно облитерируется в 96,9% и подвергается необратимой соединительно-тканной трансформации. Полученные нами данные показывают, что короткий стриппинг является методом выбора при стволовой флебэктомии.

Протяженность удаления ствола большой подкожной вены

Таблица 7

Анатомические границы	Протяженность рефлюкса	Объем удаления v.s. magna
От устья до медиальной лодыжки	9 (7,6 %)	0
От устья до средней трети голени	5 (4,2 %)	4 (3,4 %)
От устья до верхней трети голени	73 (61,9 %)	88 (74,6 %)
От устья до нижней трети бедра	13 (11,0 %)	6 (5,1 %)
От устья до средней трети бедра	9 (7,6%)	12 (10,2 %)
От устья до верхней трети бедра	6 (5,1 %)	5 (4,2%)
Только в приустьевом отделе	3 (2,5 %)	3 (2,5 %)

ЛИТЕРАТУРА

1. Флебология/ Под.ред. Савельева В.С. - М.: Медицина. - 2001. - 664 с.
2. Варикозная болезнь/ Введенский А.Н. - Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение, 1983;
3. Эпидемиология варикозных заболеваний/ Jimenez Cossio J.A. Флеболимфология. -1996. - №1;

УДК 616.839-008.6-053.2

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Т.Ф. Лопухова

Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Аяғы ауыр әйелдерге алдын-ала профилактикалық шаралар сәби өмірге келгенде дейін жүргізіледі. Балалардың дені сау, сауатты болып өсуі олардың денешынықтырымен айналысуын қадағалау керек.

Синдром вегетативных дисфункций (СДВ) является одним из распространенных заболеваний у детей разного возраста [1]. Симптомы вегетативных расстройств можно выявить уже в периоде новорожденности: «мраморность» кожи, цианоз носогубного треугольника или конечностей, нарушение терморегуляции, срыгивание, рвота, «кишечные колики», нарушения ритма сердца или процессов реполяризации на ЭКГ.

Вегетативные сдвиги усугубляются к 4-7 годам. В пубертатном периоде отмечается третий «пик» проявлений вегетативной дисфункции, сопровождающийся бурными эмоциональными проявлениями, что приводит к более частой обращаемости за врачебной помощью и, соответственно, к более частой регистрации заболевания [1].

В доступной мне литературе данных о распространенности вегетативных дисфункций у новорожденных и у детей раннего возраста я не обнаружила. Среди подростков частота СДВ в популяции мальчиков, по данным различных авторов, колеблется от 54,6% до 72,6%, а среди девочек от 62,4% до 78,2% [1].

В основе вегетативных дисфункций лежит усиление активности одного отдела за счет подавления другого. Данное представление отражает правило двойной иннервации, при которой симпатическая и парасимпатическая системы оказывают противоположное влияние на рабочий орган. В физиологических условиях усиление воздействия одного из отделов вегетативной нервной системы приводит к компенсаторному напряжению в регуляторных механизмах другого, что переводит систему на новый уровень функционирования, восстанавливая соответствующие гомеостатические параметры. Важнейшую роль в этих процессах играют как надсегментарные образования, так и сегментарные вегетативные рефлексы. В состоянии перенапряжения нарушается регуляторная функция и, соответственно, усиление активности одного отдела не приводит к соответствующим изменениям в другом, что клинически проявляется симптомами вегетативной дисфункции [2].

СДВ полиэтиологичен, при этом среди множества причин можно выделить как врожденные, так и приобретенные;

- наследственно-конституциональные особенности;
- неблагоприятное течение беременности и родов;
- психо - эмоциональные особенности личности ребенка и психо -эмоциональное напряжение;
- постнатальные повреждения ЦНС (травмы черепа, опухоли, инфекции);
- умственное и физическое переутомление, гипокинезия;
- гормональный дисбаланс (пре- и пубертатный период, приобретенные заболевания желез внутренней секреции);
- острые и хронические инфекционные и соматические заболевания, очаги инфекции;
- патологические влияния продуктов табакокурения, алкоголизации, токсико- и наркомании, вследствие их токсического и психоневрологического воздействия;
- другие причины вегетативных дисфункций: оперативные вмешательства и наркоз, неблагоприятная экологическая обстановка, метеоусловия, избыточная масса тела, увлечение просмотрами телепередач, компьютерными играми [3].

СВД проявляется многочисленными клиническими симптомами: состояние кожных покровов, нарушения терморегуляции, цефалгии, изменения со стороны дыхательной системы вплоть до гипервентиляционного феномена (псевдоастматический приступ), симптомы дисфункции желудочно-кишечного тракта как диспептического так и болевого характера, нарушения мочеиспускания и др. [1].

Для регистрации вегетативных сдвигов используются параметры сердечно-сосудистой и дыхательной систем: частота сердечных сокращений, вариабельность ритма сердца, величина артериального давления (АД), частота дыхания. Исследуемые показатели регистрируются в покое и при выполнении деятельности [3].

В условиях амбулаторного приема в ОКДМЦ СВД наиболее часто встречается у детей с Перинатальной энцефалопатией и ее последствиями, Последствиями черепно-мозговой травмы, Последствиями нейроинфекций, невротизмом и у часто болеющих детей с соматической патологией (хронический бронхит, атопический дерматит, хронические заболевания ЖКТ, хронические заболевания носоглотки и т.д.).

Данные о частоте вегетативных дисфункций при неврологических заболеваниях по результатам амбулаторного приема за 2007, 2008, 2009 годы представлены в таблице № 1.

Частота СВД при неврологических заболеваниях

Таблица № 1

Наименование	2007 г.			2008 г.			2009 г.			за 3 года		
	всего	свд	% свд	Всего	свд	% свд	всего	свд	% свд	всего	свд	% свд
Перинатальная энцефалопатия	1516	1061	70,2	1583	1155	73,1	1685	1145	68,7	4784	3361	70,2
Резидуальная энцефалопатия	987	809	82,3	920	690	75,4	1149	781	68,2	2826	2280	80,6
Последствия черепно-мозговой травмы	100	75	75	96	69	72,5	68	55	81,3	264	1199	75,3
Последствия нейроинфекций	22	19	86,3	11	9	81,9	19	18	94,7	52	46	88,4
Неврозы	122	117	96,1	85	73	86	121	107	89	328	297	90,5

Успех лечения СВД у детей во многом зависит от своевременности и адекватности проводимой терапии, она должна быть комплексной, длительной с учетом возраста и клинических проявлений заболевания, с активным участием самого больного и его окружения. Предпочтение должны иметь немедикаментозные методы в сочетании с общережимными и психотерапевтическими мероприятиями, тогда как медикаментозное лечение должно включать минимальное число индивидуально подобранных препаратов [5].

Немедикаментозные методы;

- нормализация режимов труда и отдыха с обязательными занятиями физкультурой, снижение отрицательного влияния психо-эмоционального перенапряжения, нормализация сна;
- соблюдение диеты в зависимости от клинических проявлений дисфункции;
- ЛФК;
- физиотерапевтические методы с включением в комплекс электросна;
- гидротерапия (ванны, души, обтирания, обливания);
- психотерапия. Медикаментозная терапия:
- Седативные средства, прежде всего растительного происхождения (мята, пустырник, валериана).
- Растительные адаптогены (настойка лимонника, элеутерока, левзеи, аралии).
- Метаболические, ноотропные препараты, улучшающие обменные процессы в надсегментарных структурах (Пирацетам, Пантокальцин, ноофен, глицин).
- Средства, улучшающие микроциркуляцию: Циннаризин, Кавинтон, Трентал.
- Транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики используются у детей с учетом возраста и только при отсутствии эффекта от других методов лечения.

Профилактические мероприятия по предупреждению вегетативных дисфункций должны проводиться до рождения ребенка беременной женщиной (нормализация режима дня, исключение переутомления, контроль веса с коррекцией питания, оптимизация психо-эмоционального перенапряжения и т.д.)

Важным условием профилактики СВД у детей и подростков являются адекватное возрасту воспитание и обеспечение грамотного психического и физического развития, занятия физкультурой.

ЛИТЕРАТУРА

1. М.А. Леднев, О.В. Степанова, Н.В. Шахова «Синдром вегетативных дисфункций у детей: мифы и реальность», Лечащий врач № 1, 2009 г.
2. А.М. Вейн «Вегетативная нервная система», М. Медицина, 1983 г.
3. В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко, О.В. Орлов «Нейроциркуляторная дистония: актуальные вопросы диагностики и лечения», Лечащий врач № 5, 2008 г.
4. Л.В. Царегородцева «Лечение синдрома вегетативной дистонии», Педиатрия № 2, 2005 г.
5. Т.М. Творогова, И.Н. Захарова, Н.А. Коровина, А.А. Тарасова, К.М. Хрунова, Г.Г. Попандопуло «Терапия коэнзимом 0 (кудесаномО: фокус на кардиальные изменения при вегетативной дистонии у детей и подростков», Педиатрия, 2009 г., т. 87 №2.

УДК 616.24-089

ЛЕЧЕБНАЯ БРОНХОСКОПИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

О.Д. Даирбеков, Л.П. Пюрова

Национальный научный центр хирургии им.А.Н.Сызганова, г.Алматы

ТҮЙІН

Кардиохирургия саласында операциядан кейінгі тыныс алу жетіспеушілігімен асқынуында 79 науқасқа емдік бронхоскопиясы толық зерттелінді. Осы жүргізілген зерттеулер тәсілдері, тыныс жолындағы дренаж түтігінің қызметін атқарды.

SUMMARY

We examined 79 patients after cardio-surgical treatment for lung disease with breathing failure. Bronchoscopies for bronchial drainage were very usefull.

Необходимость проведения срочной лечебной бронхоскопии у кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде продиктована рядом факторов [1]. Изучение причин, приводящих к дыхательной недостаточности, и общих принципов санационной бронхоскопии в интенсивной терапии определило цель исследования.

Анализированы материалы экстренной бронхоскопии в условиях операционной, реанимации и интенсивной терапии у 79 пациентов кардиохирургического профиля с послеоперационными осложнениями, сопровождающимися дыхательной недостаточностью [2].

Современное анестезиологическое оборудование позволяло длительно применять искусственную вентиляцию лёгких без развития нисходящего трахеобронхита и обструкции бронхов [3]. Но специфические последствия у пациентов с выраженными нарушениями: гиперпродукция слизистого секрета, отсутствие кашлевого рефлекса, аспирация желудочного

содержимого, остаточное действие релаксантов - приводили к возникновению осложнений со стороны органов дыхания [4]. Особенностью санации у таких пациентов являлась инстилляционная санация небольшими количествами жидкости. В практике применяли однократные введения малых объёмов жидкости с незамедлительной аспирацией на фоне наружного массажа грудной клетки [5].

Проводимые лечебные трахеобронхоскопии при послеоперационной гиповентиляции и ателектазах позволяли добиться в кратчайшие сроки полного восстановления дренажной функции дыхательных путей после удаления окклюзирующей бронх «пробки» [6].

Лечебные санационные бронхоскопии у пациентов с астматоидным компонентом выполняли для лаважа бронхов, введения бронхолитиков, средств местного действия для снятия бронхоспазма [7,8].

Абсолютным показанием к бронхоскопии в отделении реанимации и интенсивной терапии являлись ателектазы лёгкого. Во время санационной бронхоскопии в отделении реанимации и интенсивной терапии обязательно обеспечивалась оксигенация и искусственная вентиляция лёгкого (по Фриделю, инъекционная приставка, Т-образный тройник для подачи дыхательной смеси) [9].

Длительность эндоскопической аспирации не превышала 15-20 сек, процедуру повторяли несколько раз для обеспечения полной проходимости бронхов, улучшения оксигенации и самостоятельного дыхания.

Причиной необходимости проведения экстренной бронхоскопии при послеоперационном аспирационном синдроме являлось нарушение проходимости трахеи и бронхов, так как подобное состояние приводило к дыхательной недостаточности, которая развивалась внезапно [1,2]. Появлялось стридорозное дыхание. Вскоре возникал синдром Мендельсона как гиперергическая реакция на аспирацию в дыхательные пути кислого желудочного содержимого. Аспирация отмечалась при рвоте или пассивном вытеснении содержимого желудка в ротоглотку при коматозном состоянии, наркозе, угнетении гортанно-глоточного рефлексов. В результате аспирации и обтурации пищевыми массами дыхательных путей возникший синдром Мендельсона проявлялся ларингоbronхоспазмом с последующим развитием лёгочного воспаления [6,10]. Нарастающий ларинго- и бронхоспазм поддерживался рефлекторно даже при аспирации очень незначительного количества кислого содержимого желудка и сопровождался тяжёлым нарушением сердечной деятельности. Быстрое проникновение желудочного содержимого в мелкие бронхи и альвеолы приводило к ожогу слизистой оболочки, повышению проницаемости альвеолокапиллярных мембран, развитию отёка лёгких, поражению периальвеолярной и перибронхиальной интерстициальной ткани [10]. Тогда растяжимость лёгких резко снижалась, возникала гипоксемия, не поддающаяся коррекции оксигенотерапией [11].

В подобных ситуациях принимали экстренные меры по удалению аспирированных масс для восстановления проходимости бронхов путём тщательного многократного отсасывания через интубационную трубку. Далее проводили лаваж изотоническим раствором хлорида натрия или 2% гидрокарбонатом натрия (10-20 мл) сегментарных бронхов для нейтрализации кислого желудочного содержимого. Далее профилактику аспирационной пневмонии обеспечивали введением растворов антибиотиков и глюкокортикоидов (гидрокортизон 25-50 мг на 20 мл р-ра) местно в бронхиальное дерево.

Рассматривая вышеперечисленные случаи, обобщаем выявленные наблюдения. Клиника дыхательной недостаточности представляла ряд чётко очерченных симптомов – одышка, акроцианоз, цианоз слизистых оболочек, снижение PaO_2 , увеличение PCO_2 , компенсаторное ускорение работы сердца – тахикардия, иногда с нарушением ритма, гипертензия сосудов [3,5,8].

Лечение острой дыхательной недостаточности проводили комплексно, выполняли мероприятия по устранению основной причины. Экстренно применяли меры, направленные непосредственно на поддержание газообмена. Первостепенное удаление секрета из трахеобронхиального дерева путём стимуляции кашля, массажа грудной клетки, ингаляции с разжижающими мокроту средствами. Наиболее эффективным способом трансназальной катетеризации трахеи и бронхов в условиях интенсивной терапии для активной аспирации внутриbronхиального содержимого считали трахеобронхоскопию.

Экстренную бронхоскопию выполняли при угрожающем угнетении дыхания. После санации бронхов вводили противоотёчные препараты и стероидные гормоны.

В случае необходимости длительной искусственной вентиляции лёгких и выраженной обтурации трахеобронхиального дерева мокротой применяли трахеостомию для поддержания дренажной функции. Лечебную бронхоскопию выполняли через трахеостомическую трубку два-три раза в неделю для визуального контроля состояния бронхов и определения тактики ведения пациента. При положительной динамике и восстановлении адекватного дыхания производили деканюляцию. Таким способом добивались быстрого восстановления естественной дренажной функции трахеи и бронхов в послеоперационном периоде.

В случаях внезапно развившегося лёгочного кровотечения с выделением значительного количества крови из дыхательных путей возникала необходимость выяснения причины и оказания экстренной помощи. При бронхоскопии требовалось определение точной локализации источника кровотечения [6,8].

При выяснении обстоятельств, послуживших развитию лёгочного кровотечения, были отмечены основные предрасполагающие факторы. Значение имела морфологическая перестройка лёгочной ткани и системы бронхиальных артерий в зонах воспаления и пневмофиброза у пациентов с сопутствующими хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких или посттуберкулёзными изменениями [2,5]. Наблюдались гемодинамические сдвиги с повышением давления в лёгочной артерии у ряда пациентов в момент гипертензионных кризов, что также влекло за собой эпизоды лёгочного кровотечения. В хирургической практике нарушения свертывания крови в виде гиперкоагуляции и активации местного фибринолиза при распаде лёгочной ткани приводило к кровохарканью и лёгочному кровотечению. При некоторых состояниях у кардиохирургических пациентов, после сосудистых операций, где требовалось применение антикоагулянтов, случались нередко лёгочные кровотечения [9].

В задачи бронхоскопии входила топическая диагностика кровотечения, восстановление проходимости трахеи и бронхов, местный гемостаз. При продолжающемся лёгочном кровотечении источник выявлен в 90% случаев, после прекращения в виде сгустков, следов - в 75% случаев.

Во время трахеобронхоскопии удаляли сгустки крови, аспирировали жидкое содержимое, выполняли эндобронхиальные инстилляции раствора адреналина через катетер, проводили лаваж кровоточащего сегмента холодным физиологическим раствором, аминокaproновой кислотой и её аналогами. Кратность и эффективность санационной бронхоскопии оценивали по состоянию воздухопроводимости и гемостаза.

Таким образом, оптимизирование способа экстренной бронхоскопии в интенсивной терапии у кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде с лечебной целью позволило восстановить дренажную функцию бронхиальной системы, увеличить остаточную ёмкость лёгких, значительно повысить оксигенацию крови и лёгочный кровоток, уменьшить интерстициальный отёк лёгочной ткани и ограничить прогрессирование обструктивного и рестриктивного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Montravers P., Veber B., Auboyer C. et al. Diagnostic and therapeutic management of nosocomial pneumonia in surgical patients: results of the Eole Study // Crit. Care Med. 2002; 30: 368-75.
2. Ерохин В.В., Романова Л.К. Клеточная биология лёгких в норме и патологии. // М.: Медицина. 2000.
3. Bone R.C. Toward a theory regarding the pathogenesis of the systemic inflammatory response syndrome: What we do and do not know about cytokine regulation // Crit. Care Med. 1996; 24: 163-70.
4. Овчинников А.А. Острые и хронические гнойные заболеваний легких // Рус .мед. журнал. 2002; 10(23): 1079-9.
5. Angus D.C., Marrie T.J., Obrosky D.S. et al. Severe community acquired pneumonia: use of intensive care services and evaluation of American and British Thoracic Society Diagnostic criteria // Amer. J. Respir. Crit Care Med. 2002; 166: 717-23.
6. Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А. //Бронхоппульмонология. – М.: Медицина, 1982. – 400 с.
7. Toews G.B. Interstitial Lung Disease // Cecil Textbook of Medicine/ Gold-man, 21st ed. 2000.78:393-401. Available from: [http:// www.mdconsult.com](http://www.mdconsult.com)
8. Майкл А., Гриппи Н. Патофизиология лёгких. М.:БИНОМ. 1997. 265 с.
9. Неотложные состояния в пульмонологии // Пер. с англ. ; Под. ред. С.А.Сана. – М.:Медицина, 1986.
10. Интенсивная терапия // Пер. в англ.; Под. Ред. А.И. Мартынова. – М.: ГЭОТАР, 1998.
11. Герасин В.А. Бронхологические методы лечения. – В кн.: Руководство по пульмонологии// Под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева. Л.: Медицина, 1978, С.151-157.

УДК 616.24-089

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

О.Д. Даирбеков, Л.П. Пюрова

Национальный научный центр хирургии им.А.Н.Сызганова, г.Алматы

ТҮЙІН

Бейнеторакоскопияның көмегі арқылы кеуде қуысын визуалды карауда, үлкен хирургиялық тәсілдерде кең көлемде анықтауға қол жеткізілді. Плеврит, жаңаөсінділер, кисталарда жаракаттарда, буллезді эмфиземаларда торакоскопиялық тәсіл 2092- да зертелді. Орталық патологиялық ошақтарды алып тастау операциясы кіші инвазивті кесілумен және кеуде қуысын санациясымен аяқталды.

SUMMARY

Videothoraxoscopies are very useful to diagnose and decide tactics of surgery. We studied results of 2092 thoraxoscopies in patients in pleritis, cysts, tramas, tumors, emphizima. We used thoraxoscopies for sanitation of plural cavities and resection pathologic tissues.

Прогресс торакальной хирургии требует совершенства аппаратуры и инструментария [1]. Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей торакоскопии в диагностике и лечении заболеваний органов грудной клетки. Современный видеомониторинг малоинвазивных операций позволил обеспечить расширение диапазона визуального осмотра и решить практические задачи определения максимального объёма хирургических вмешательств [2,3].

Анализируются результаты 2092 торакоскопий при различных патологических состояниях лёгких, плевры и средостения.

Показаниями для проведения подобных операций служили прежде всего экссудативные плевриты (неспецифического характера – 459, туберкулёзного происхождения – 412, опухольной природы – 293), эмпиема плевры (263), послеоперационная остаточная плевральная полость (76).

Необходимость оперативной помощи возникла при спонтанном пневмотораксе (377), новообразованиях средостения (67), небольших опухолях и кистах лёгкого (23), плевры (16). Выполнялись эхинококкэктомии (27) и резекции патологических очагов (79) из периферических отделов лёгкого в условиях видеоассистированных операций.

Торакоскопии предшествовало тщательное полипозиционное рентгенологическое и эхолакационное исследование органов грудной клетки для выбора точек введения внутривидеотрахеальных портов, обеспечивающих безопасность пациента и оптимальные условия для работы в полости плевры. Наилучшим местом для этого считалось четвёртое–пятое межреберье по средней подмышечной линии. Но в ряде случаев эта область была облитерирована, поэтому точку торакоцентеза определяли в каждом случае индивидуально [4].

С внедрением в клинику эндохирургических методик стала актуальной разработка оптимальных способов общей анестезии и вентиляции лёгких [5].

В основном все торакоскопические операции (98,7%) выполнены под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией лёгких с общей или отдельной интубацией бронхов (32%) для достижения спадения лёгкого до размеров, позволяющих беспрепятственно осуществлять ревизию плевральной полости в течение пяти минут. Под местной анестезией произведено 26 торакоскопий у пациентов с лёгочно-сердечной недостаточностью, для которых наркоз являлся большим риском для жизни.

Положение пациента на операционном столе и обработка операционного поля при торакоскопических вмешательствах были точно такими же, как и при торакотомии [6]. По-возможности старались наложить наибольшее количество портов в межреберье, удобное для торакотомии, либо в точках для введения дренажей. В месте нахождения иглы делали небольшой разрез кожи параллельно ходу рёбер. Мышцы тупо раздвигали и плавно вводили троакары, стремясь избежать его «проваливания» вглубь. Как правило, накладывали максимально три порта, что обеспечивало хороший обзор органов грудной клетки и достаточную свободу манипуляций. Общими для данной аппаратуры являлись троакары для создания сообщения с полостью плевры, оптические системы для осмотра, комплект инструментов для биопсии, коагуляции и других эндоскопических манипуляций [7]. При необходимости использовали дополнительные хирургические и эндоскопические инструменты, не входящие в набор торакоскопа. Это различного диаметра троакары, иглы, манипуляторы, кюретки, щипцы, которые выбирали или модифицировали в зависимости от конкретных практических задач.

Видеоторакоскопические операции можно было считать обычными хирургическими вмешательствами, которые выполнялись из малых экономичных оперативных доступов [8].

В клинической практике оперативной торакоскопии мини-инвазивный хирургический доступ состоял из сочетания видеоторакоскопического вмешательства с небольшим дополнительным межрёберным разрезом, через который вводили хирургические инструменты и сшивающие аппараты, а также извлекали наружу удаляемый препарат. Такой дополнительный разрез называли «вспомогательной» или «подсобной» торакотомией. Комбинация видеоторакоскопической методики с обычной хирургической техникой представляется очень перспективной [9]. На основании визуальной оценки торакоскопической картины при разных заболеваниях органов грудной клетки судили о состоянии плевральной полости, наличии сращений, скоплении жидкости и её характере, виде париетальной и висцеральной плевры, патологических изменениях в лёгочной ткани и органах средостения.

При экссудативных плевритах неспецифического происхождения (32% случаев) помимо обнаружения разного количества жидкого содержимого от следов до 2,5 л серозного или даже гнойно-геморрагического характера выявлялись признаки воспаления париетальной и висцеральной плевры. В некоторых случаях на обоих листках плевры наряду с обычными элементами инфекционно-аллергического и склеротического поражения (особенно присущего пневмониям, коллагенозам и посттравматическим процессам) обнаруживались гранулёмы с соответствующим возбудителем в них, как следствие бактериальной инвазии.

Туберкулёзный плеврит с наличием воспалительного экссудата от серозного до фибринозного объёмом около 0,2 – 2 л отмечен в 29% случаев всех плевральных выпотов.

Плевральные листки, чаще париетальный, были задействованы в специфический процесс. В плевральной полости на начальных стадиях болезни на фоне прозрачного экссудата тянулись нежные парусовидные спайки [10].

По мере прогрессирования процесса, присоединения вторичной инфекции экссудат сгущался, выпадали нити фибрина, листки плевры утолщались, мутнели. Практически у третьей части пациентов этой группы на париетальной плевре, реже на висцеральной, выявляли множественные высыпания в виде диссеминации с образованием мелких, милиарного типа очагов белесоватого цвета.

У каждого пятого пациента определяли одиночные крупные очаги от 1,5 см до 3 см диаметром с элементами казеозного некроза (в виде кратера с блюдцеобразным, подрытым дном, неровными выступающими краями, творожистым содержимым в центре, покрытым пластом фибрина). При обширном поражении плевральной полости туберкулёзом в единичных случаях определялась диффузная казеозно-некротическая реакция, которая проявлялась сплошной бесструктурной массой с признаками гниения.

При плевритах онкологического происхождения (21%) вид плевральной полости настораживал в отношении опухолевого процесса. Экссудат носил чаще геморрагический характер мутного цвета с включениями сгустков крови, фибрина, некротических масс. Лёгкое при канцероматозе (89), как правило, было коллабировано, ригидно, плотной консистенции с бугристой неровной поверхностью ярко-красного цвета, кровоточащей при контакте. При мезотелиоме (126) париетальная плевра выглядела сплошным «ворсинчатым ковром» со скоплением раковых очагов с гроздевидными полнокровными возвышениями и участками бесформенных массивов патологической ткани. Менее красочно определялась висцеральная плевра. При метастатическом поражении отдельных областей плевральной полости (78) обнаруживали различных размеров узловатые бляшки округлой формы в виде «цветной капусты» белесовато-красного цвета. При дальнейшем детальном целенаправленном осмотре корня лёгкого нередко находили конгломераты лимфоузлов, свидетельствующие о генерализованном процессе с вовлечением лимфогематогенной системы.

Эмпиема, как следствие, длительного нагноения плевральной полости в результате хронического воспаления (18%) представляла собой картину огромных, безобразных, бесструктурных элементов распада и гнилостного содержимого. Лёгкое и его фрагменты были полностью коллабированы, замурованы под толстым слоем фибрина. Определяли хаотично расположенные осумкованные полости, неправильной формы ячейки фибринозно-кавернозного происхождения. Большая часть плевральной полости была облитерирована. Только после эвакуации фибринозно-гнояного экссудата удавалось обнаружить дефекты в лёгком, определить локализацию бронхоплевральных свищей и оценить тяжесть состояния пациента.

Спонтанный пневмоторакс в 16% наблюдений всех заболеваний органов грудной клетки в условиях видеозендоскопии характеризовался частичным или полным коллапсом легкого в результате вскрывшихся булл. При тщательном обследовании поверхности висцеральной плевры обнаруживали воздушные кисты от единичных разбросанных очень мелких размеров до гигантских пузырей с напряжёнными стенками. Локализация их по долям и сегментам влияла на доступность осмотра. В междолевых пространствах приходилось оттягивать и прижимать лёгочную паренхиму для выделения отдельных булл или их скоплений. Учитывая врождённую особенность болезни, лёгочная ткань, как правило, была нафарширована воздушными пузырьками и при инструментальной пальпации хрустела. В синусах скапливался полупрозрачный экссудат, иногда слегка геморрагического вида. Дефекты на месте лопнувших булл выглядели точечными рваными повреждениями висцеральной плевры или продольными разрезами. В некоторых случаях находили субплеврально расположенные подобные кисты на грудной стенке.

Различали тонко- и толстостенные, одиночные и множественные буллы. По размерам их делили на мелкие (до 1-2 см в диаметре), крупные (2-5 см) и гигантские (более 5 см в диаметре). Некоторые буллы были спаяны одним из своих полюсов с грудной стенкой. Эндоскопические находки при спонтанном пневмотораксе определяли дальнейшую лечебную тактику. Функционирующую бронхоплевральную фистулу удавалось обнаружить далеко не всегда (97 случаев). Часто к моменту осмотра она уже закрывалась самостоятельно, чему способствовало спадение лёгкого.

Видеоторакоскопия при периферическом эхинококкозе (39 кист) с целью оперативной помощи выполнена нами всего в 1% случаев. Поиск эхинококковой кисты осуществляли по следующим признакам: наличию участка фиброзной оболочки эхинококка белесоватого цвета, иногда локализованных спаек и участка ателектазированной лёгочной ткани сероватого цвета. Макроскопически определяли очаги выбухания лёгочной ткани над относительно ровной поверхностью. При инструментальной пальпации предполагаемой области внедрения эхинококка определяли плотные хрящеподобные очаги, вокруг которых нередко замечали воспалительную инфильтрацию лёгочной паренхимы с безвоздушными ателектазами. Подобранные для операции размеры эхинококковых кист варьировали от 1 см до 5 см в диаметре. Чётко отграниченные эхинококковые кисты удалось обнаружить в 25 случаях.

Дистальные кисты лёгких, расположенные субплеврально, диаметром более 3 см были фиксированы к грудной клетке нежными спайками в 8 случаях. Учитывая сложное строение пузыря,

толщина наружной фиброзной капсулы в зависимости от стадии развития паразита составляла от 1 мм до 7 мм. Резкой границы между фиброзной оболочкой и лёгочной тканью не было.

Разнообразные периферические новообразования лёгких и плевры, визуализированные эндоскопически, составили около 2% случаев выполненных торакокопий. В основном преобладали новообразования до 2 см (29), в единичных случаях встречали опухоли до 5 см. В пользу злокачественной природы локальных процессов в 26 случаях указывали признаки бугристой поверхности, каменистости при контакте, полнокровия и отсутствия воздушности вокруг. При таких находках обязательно производили осмотр перибронхиальных и прикорневых лимфоузлов для определения их взаимосвязи, что имело подтверждение в половине случаев, выявляли гроздевидные уплотнения. Доброкачественные новообразования (13) в силу своего происхождения имели характерные отличия. Хрящевидные округлые гладкие включения (3) на фоне здоровой лёгочной ткани не вызывали сомнения в отношении их безобидности. Неврогенные очаги (2) выдавали себя эластичной консистенцией, жировые скопления (2) жёлтым цветом, фиброматозные (2) и другие находки (4) - чужеродным изменением лёгочной ткани.

Видеоторакокопия новообразований средостения (3% случаев) помогла детализировать картину и определить тактику оперативных вмешательств. При осмотре прикорневой зоны и выделении органных структур приходилось добиваться максимального коллапса лёгкого и наиболее оптимального расположения видеокамеры и диагностических манипуляторов. Обнаруженные патологические образования имели размер от 2 см до 6 см. Злокачественные лимфогенные опухоли (6) локализовались в среднем средостении, образовывали конгломераты и прорастали в органы, прилегающие к корню лёгкого. Гиперплазированная вилочковая железа (12) располагалась в переднем средостении, при контакте имела эластичную консистенцию в некоторых случаях с плотными включениями, нетрудно отделялась от окружающих тканей. Загрудинный зоб узловой формы выявлен в 2 случаях.

Саркомы (4) макроскопически представляли собой разрастание ткани в виде плотных гроздевидных островков в том или ином месте. Неврогенные опухоли (4) обнаружены в заднем средостении на широком основании ближе к внутреннему хребту позвоночника. Медиастинальные кисты (9) и липомы (9) легко определялись, выделялись, были подвижными, свободными, мягкой консистенции, эластичными, гладкими, блестящими. Бронхогенные кисты (4) имели хрящеподобные стенки, примыкали к лёгочной ткани.

Видеоэндоскопия других патологических состояний грудной клетки (10%) определила качественные изменения лёгочной паренхимы при её диффузном поражении, природу лимфоаденопатий, диагностировала повреждения при травмах, выявила аневризматические образования.

После завершения основных этапов видеоторакокопических операций плевральную полость дренировали по Бюлау.

Итак, при многих заболеваниях органов грудной клетки оперативная видеоторакокопия оказалась более приемлемой, чем торакотомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Порханов В.А. Торакокопическая и видеоконтролируемая хирургия легких, плевры и средостения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 30 с.
2. Сигал Е.Н., Хамидуллин Р.Г. Торакокопическая хирургия // Эндоскопическая хирургия /Под ред. И.В.Федорова и др. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – С. 219-245.
3. Allen M., Lee R., Daly R. Video-assisted thoracoscopic started wedge excision for indeterminate pulmonary nodules //J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1993. – Vol. 106, No 6. – P.1048-1052.
4. Coloni G.F., Crisci R. Operative videothoracoscopy: our experience //Lung Cancer. Frontiers in Science and Treatment / Ed. G. Motta. – Genoa: Grafica L.P., 1994. – P. 313-320.
5. Галлингер Ю.И., Русаков М.А., Гудовский Л.М. и др. Первый опыт видеоторакокопических операций на легких. Грудная и серд.-сосуд. хир. 1995; 2: 62—66.
6. Green P., Heitmiller R. Thoracoscopy in the diagnosis of pleural space disease //Surg. Laparosc. Endoc. – 1994. – Vol. 4, No 2. – P.100-102.
7. Kaiser L.R., Daniel T.M. Thoracoscopic Surgery. – Boston: Little, Brown, 1993.
8. Keenan R.J., Landreneau R.J., Mc.Kneally M.F. Video-assisted thoracic surgery //Thoracic Surgery / Eds. F.G. Pearson et al. – N.Y.: Churchill Livingstone, 1995. – P.131-140.
9. Lewis R.J. Caccavale R.J. Sisler G.E. Video-Assisted thoracic surgery //Thoracic surgery /Eds. F.G. Pearson et al. – N.Y.: Churchill Livingstone, 1995. – P.917-929.
10. Linder A., Friedel F., Toomes H. Stellenwert der operativen Thoracoscope in der Thoraxchirurgie //Chirurg. – 1994. – Bd. 65. – S. 687-692.

УДК 616.24-007.21

ДИАГНОСТИКА АПЛАЗИИ ДОЛИ ЛЕГКОГО

О.Д. Даирбеков, М.М. Сундетов

Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, г. Алматы

ТҮЙІН

Мақалада өкпе бөлігінің аплазиясы анықталған 3 науқас қарастырылған. Осы сирек кездесетін туа біткен өкпе ақауын комплексті тексеру арқылы айқындау эксплоративті операциядан құтылуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

The article presents the results of diagnosis and treatment of 3 patients with aplasia of the lung lobe. The use of the whole diagnostic set makes it possible to avoid vain surgical intervention. Key words: aplasia of the lung lobe.

Аплазия лёгкого - порок развития, при котором имеется только главный рудиментарный бронх в виде культи, паренхима лёгкого и сосуды отсутствуют. Впервые описал этот порок De Pozze в 1673 г., когда не обнаружил лёгкого у женщины при аутопсии. Врожденное отсутствие лёгкого в 50-60% случаев сочетается с аномалиями развития других органов и систем, из них в 25% с пороками сердечно-сосудистой системы. Большинство исследователей объясняют возникновение агенезии и аплазии остановкой формирования лёгких на уровне первичного зачатка бронхиальной почки примерно на четвертой неделе внутриутробной жизни плода. В научных источниках приведено 47 наблюдений агенезии или аплазии доли лёгкого [1, 2, 3, 4].

Нами наблюдались 3 пациента с аплазией долей лёгких. У одного пациента аплазия верхней доли сочеталась с простой гипоплазией нижней доли.

Клиническое наблюдение. Больной А., 13 лет, история болезни №3353, поступил с жалобами на кашель с отделением гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке, слабость, недомогание, периодическое повышение температуры. Болеет с раннего детства, отмечаются 2-3 кратные ежегодные обострения бронхолегочного воспалительного процесса. Лечился амбулаторно, но с временным эффектом. Направлен для исключения хирургической патологии лёгких. Состояние при поступлении средней тяжести, гипотрофичен, отстаёт в физическом развитии от сверстников. При осмотре отмечается деформация грудной клетки за счёт резкого западения и сужения межреберных промежутков слева. При перкуссии отмечается притупление звука слева, сердечный толчок смещён к передней подмышечной линии. При аускультации справа везикулярное дыхание, справа проводное дыхание, сухие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60 мм. рт. ст. Пульс 88 ударов в мин. На обзорной рентгенограмме грудной клетки выявлены признаки простой гипоплазии левого лёгкого. При бронхоскопии установлен левосторонний частично-диффузный гнойный эндобронхит в стадии ремиссии, аплазия верхнедолевого бронха. Выполнена бронхография, заключение – аплазия верхнедолевого бронха, простая гипоплазия нижней доли левого лёгкого. Радиоизотопное исследование лёгочного кровотока: справа кровоток без особенностей, слева кровотока нет. Для уточнения состояния кровообращения в левом лёгком была выполнена ангиопульмонография, где обнаружено отсутствие сосудов верхней доли и резкое обеднение сосудов нижней доли. Давление в стволе лёгочной артерии составляла 32/20 мм. рт. ст. Спирография: резкое снижение лёгочных объёмов, резервов вентилиации - ЖЕЛ 37%, МВЛ 38%, ФЖЕЛ 82%, Индекс Тиффно 79%, КИО2 34,2 мл/л. ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца, синусовая тахикардия. ЧСС 91 в мин.

На основании полученных данных установлен клинический диагноз: Аплазия верхней доли и простая гипоплазия нижней доли левого лёгкого.

В связи с прогрессирующим хроническим воспалительным процессом и необратимыми врожденными изменениями решено выполнить пневмонэктомию. На операции обнаружена культя верхней доли, окружённая рыхлой соединительной тканью, нижняя доля атипично окрашена, уменьшена в объёме, маловоздушная с участками уплотнения. Выполнена пневмонэктомия с раздельной обработкой элементов корня лёгкого, при этом отмечено, что сосуды тонкостенные и сужены в виде шнура. Послеоперационный период без осложнений, пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

При аплазии лёгкого оперативное лечение не показано. Эти пациенты должны находиться на диспансерном наблюдении для предупреждения заболевания единственного лёгкого. При наличии хронического воспалительного процесса в единственном лёгком больные должны проходить превентивные курсы лечения в стационаре. Трудоспособность подобных больных снижена, поэтому им должна предоставляться инвалидность в зависимости от результатов функционального исследования.

Клиническое наблюдение. Больной И., 17 лет, история болезни №10263, поступил после медицинского осмотра в военкомате на обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное, рост и вес соответствуют возрасту. Жалоб не предъявляет. При осмотре определяется умеренная деформация грудной клетки за счёт западения и сужения межреберных промежутков справа. Перкуторно – границы сердца и средостения не смещены. При аускультации - в лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые,

ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 70 уд. в мин. На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечается деформация бронхиального рисунка, повышении прозрачности легочной ткани, сужение межреберных промежутков и высокое стояние купола диафрагмы справа. Левое легкое без изменений, средостение не смещено. При фибробронхоскопии обнаружены культы верхне- и среднедолевых бронхов, эндобронхита нет. Выполнена бронхография справа, выявлена деформация архитектоники бронхов нижней доли, которая занимает весь гемиторакс, верхне- и среднедолевые бронхи в виде обрубков. Для определения состояния кровотока в правом легком произведена сцинтиграфия легких: кровоток в левом легком без особенностей, справа визуализируется в нижнем легочном поле интенсивный кровоток, в верхнем кровоток снижен. Спирография: умеренно снижены легочные объемы - ЖЕЛ 67%, МВЛ 65%, ФЖЕЛ 74%, Индекс Тиффно 75%, КИО2 36 мл/л. ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца. ЧСС 69 в мин.

На основании полученных данных установлен заключительный клинический диагноз: Аплазия верхней и средней долей правого легкого.

В связи с отсутствием клинических проявлений решено, что оперативное лечение не показано. Выписан под наблюдение пульмонолога по месту жительства. Пациент признан негодным к строевой службе.

Диагностика аплазии доли легкого представляет определенные сложности и требует комплексного использования современных методов исследования. Это позволяет не только точно установить диагноз врожденного отсутствия доли легкого, но и исключить напрасные оперативные вмешательства при этом пороке. В научной литературе описаны случаи эксплоративных операций при этом пороке [2, 4].

Клиническое наблюдение. Больной Б., 25 лет, история болезни №11702. Поступил после профилактического осмотра при устройстве на работу. Отмечает частые простудные заболевания с раннего детства, утомляемость. Состояние при поступлении удовлетворительное, рост и вес соответствуют возрасту. При осмотре отмечается умеренное сужение межреберных промежутков справа. Перкуторно – границы сердца и средостения не смещены. При аускультации - в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ритмичные. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 56 уд. в мин. На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечается деформация бронхиального рисунка, повышении прозрачности легочной ткани, сужение межреберных промежутков и высокое стояние купола диафрагмы справа. Левое легкое без изменений, средостение не смещено. При фибробронхоскопии обнаружена атрезия промежуточного бронха, ограниченный катаральный эндобронхит справа вне обострения. Выполнена бронхография справа, выявлены деформация архитектоники бронхов верхней доли, которая занимает весь гемиторакс, ниже- и среднедолевые бронхи в виде обрубков. Для определения состояния кровотока в правом легком была выполнена ангиопульмонография, где обнаружено выраженное обеднение легочного рисунка в правом легком. Давление в стволе легочной артерии составляла 24/12 мм. рт. ст., такое же давление имелось в правом и левом ветвях легочной артерии. Среднее динамическое давление – 17 мм. рт. ст. Спирография: начальные признаки нарушения бронхиальной проходимости - ЖЕЛ 82%, МВЛ 100%, ФЖЕЛ 73%, Индекс Тиффно 76%, КИО2 35 мл/л. ЭКГ: нормальное положение электрической оси сердца, синусовая брадиаритмия. ЧСС 55 в мин.

На основании полученных данных установлен клинический диагноз: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого. Решено выполнить нижнюю билобэктомиию.

Во время операции установлено, нижняя и средняя доли отсутствуют, имеется промежуточный бронх в виде тяжа, от которого отходят аплазированные средне- и нижнедолевые бронхи, покрытые тканью тестоватой консистенции. Выполнена резекция на уровне промежуточного бронха. Послеоперационный период без осложнений. При гистологическом исследовании №1244-1251 установлена аплазия средне- и нижнедолевых бронхов. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, наличие аплазии доли легкого не является показанием к оперативному лечению. Показанием к хирургическому вмешательству может служить аплазия доли в сочетании с другим хроническим нагноительным заболеванием легкого. Комплексное применение современных методов исследования позволяет выявить истинный объем поражения, а также функциональное состояние здорового легкого, что имеет важное значение для дальнейшего прогноза, а также предотвратить ненужные хирургические вмешательства при этом пороке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазюк Г.И. и др. Тератология человека. Медицина, Москва, 1991. С. 218-237
2. Павлуни А.В. Агенезия и аплазия легкого (доли). // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1998, №1, С.68-74.
3. Макаров А.В., Сокур П.П. Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы (диагностика, хирургическое лечение).// Украинський пульмонологічний журнал.- 2003.-№2.- С.72-74.
4. Кочетова В.А. Клиническое значение некоторых аномалий легких:
5. Дис. ... канд. Мед. Наук. – Л., 1971., 20с.

УДК 616.24-007.1

ДОБАВОЧНАЯ ДОЛЯ ЛЕГКОГО

О. Д. Даирбеков, М.М. Сундетов

Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова, г. Алматы

ТҮЙІН

Мақалада өкпенің сирек кездесетін туа біткен ақауы – өкпенің қосымша бөлігі – қарастырылған. Өкпенің қосымша бөлігін анықтау тек арнайы бөлімдерде комплексті тексеруден өту кезінде ғана мүмкін болады. Өкпенің қосымша бөлігінде созылмалы қабыну орын алған кезде ғана оны операция арқылы алып тастау керек. Кілттік сөз: өкпенің қосымша бөлігі.

SUMMARY

This article describes how rare malformation of lung, accessory lobe. Early diagnosis of accessory lobe of lung is possible only through an integrated survey in specialized departments. Surgical treatment is indicated in chronic inflammation in an additional percentage and is to remove the abnormal lobe of lung. Key words: accessory lobe of lung.

Под добавочной долей или легким понимают редкую аномалию, при которой наряду с двумя нормально развитыми легкими, в эмбриональном периоде формируется дополнительное небольших размеров легкое, бронхи которого отходят от трахеи или главных бронхов, а сосуды имеют связь с малым кругом кровообращения. Если бронх отходит от трахеи, а паренхима имеет междолевые щели и самостоятельный плевральный покров, его называют добавочным легким. При добавочной доле легкого дополнительный участок легочной ткани не разделен на доли и воздух в него попадает через бронхи, отходящие от главных и долевых бронхов. Этот вариант встречается более часто. Отличительным признаком от доли непарной вены является не только аномальное отхождение аэрирующего бронха от трахеи или главного бронха, но и расположение вены и артерии выше дуги непарной вены. В научной литературе описаны единичные наблюдения [1, 2, 3, 4]. Аномальное легкое (доля) участвует в газообмене, ничем не проявляя себя на протяжении всей жизни человека и обнаруживается случайно при бронхографии, торакальной операции или аутопсии. В большинстве же случаев аномалия распознается при появлении клинической симптоматики, связанной с вторичным воспалительным процессом (нагноение или туберкулез). Клинические проявления в подобных случаях мало чем отличаются от симптоматики воспалительных процессов на почве других пороков развития легких. Уточнить диагноз в ряде случаев помогают бронхография и ангиопульмонография (АПП), при которых удается выявить бронхи и сосуды добавочной доли или легкого. Мы наблюдали двух пациентов 7 и 18 лет, девочку и мужчину.

Клиническое наблюдение. Пациентка А., 7 лет, история болезни №32553, поступила в ННЦХ им. А.Н.Сызганова 13.08.1993г. Жалобы: на кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, на одышку при умеренной физической нагрузке, тупые боли в грудной клетке справа. Анамнез заболевания: болеет с трехмесячного возраста. Ежегодные многократные обострения бронхита, пневмонии. Лечилась амбулаторно и стационарно, но с временным эффектом. Заподозрена бронхоэктатическая болезнь и в шестилетнем возрасте пациентка была направлена в ННЦХ им. А.Н.Сызганова на обследование и лечение. После бронхологических исследований установлен диагноз: врожденные бронхоэктазы язычковых сегментов и нижней доли левого легкого, добавочная доля правого легкого. Произведена операция – торакотомия слева, резекция язычковых сегментов и нижней доли левого легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение педиатров. Родители и ребенок отмечают улучшение состояния, однако еще остаются кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, боли в грудной клетке, поэтому вновь обратились в ННЦХ им. А.Н.Сызганова.

При поступлении состояние средней тяжести. Грудная клетка симметричная, не деформирована. Слева имеется послеоперационный рубец от боковой торакотомии. В легких везикулярное дыхание, справа сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, чистые. АД 110/60 мм. рт. ст. Пульс 86 ударов в мин. Обзорная рентгенограмма органов дыхания: левое легкое после удаления нижней доли и язычковых сегментов. Справа дополнительное легкое или доля, трахеальный бронх? Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит в стадии обострения. Трахеально отходит дополнительно бронх справа, культя нижней доли и язычковых сегментов левого легкого. Бронхография слева: легкое после удаления нижней доли и язычковых сегментов, деформирующий бронхит S1-2-3. Бронхография справа: добавочная доля с бронхоэктазами и долевым бронхом, отходящим от трахеи. ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца. Признаки формирующейся блокады правой ножки пучка Гиса. ЧСС 86 в минуту.

Установлен клинический диагноз: Добавочная доля правого легкого. В связи с наличием хронического гнойного процесса в добавочной доле после предоперационной подготовки, включавшей лечебные бронхоскопии, 29.07.1993г. произведена операция - торакотомия справа, удаление добавочной доли правого легкого. При ревизии выявлено, что добавочная доля находится в состоянии белого ателектаза, а его бронх

отходит от трахеи на уровне отхождения правого главного бронха. Выполнено удаление добавочной доли путем наложения аппарата УО-30 на её корень после перевязки тонких сосудов. Культи бронха укреплены 8-образными швами. Грудная клетка закрыта с фиксированием одного дренажа к куполу гемиторакса кетгуттовым швом и подведением другой дренажной трубки в задний синус. Послеоперационный период без осложнений. Патоморфологическое заключение №5407-5409: добавочная доля с выраженными явлениями воспаления в стенке бронхов.

Выписана 13.08.1993г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение у педиатров и пульмонологов.

У другого пациента добавочная доля сочеталась с простой гипоплазией и аневризмой нижней легочной вены. Добавочная доля не была удалена в связи с отсутствием воспалительных и других патологических изменений.

Клиническое наблюдение. Пациент Ж., 18 лет, история болезни №464, поступил в ННЦХ им. А.Н.Сызганова 12.02.1996г. Жалобы: на кашель с выделением гнойной мокроты, на слабость и недомогание, тупые боли в грудной клетке справа. Анамнез заболевания: болеет с раннего детского возраста. Ежегодные частые (2-3 раза) простудные заболевания, постоянный кашель с отделением слизистой и гнойной мокроты. В связи с призывным возрастом был обследован в медкомиссии Военкомата и направлен в противотуберкулезный диспансер. После исключения туберкулеза направлен в ННЦХ им. А.Н.Сызганова на обследование и лечение. При поступлении состояние средней тяжести. Грудная клетка симметричная, не деформирована. В легких везикулярное дыхание, справа сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, чистые. АД 110/60 мм. рт. ст. Пульс 66 ударов в мин. Обзорная рентгенограмма органов дыхания: порок развития нижней доли правого легкого? Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит (преимущественно нижнедолевой) в стадии умеренного обострения. Аномалия архитектоники правого бронхиального дерева: в шпоре верхней доли - дополнительный бронх. Бронхография справа: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого, аномальное деление бронхов, верхняя и добавочная доли на $\frac{3}{4}$ занимают гемиторакс. При АПГ выявлено, что функциональный кровоток в добавочной доле сохранен, а в средней и нижней долях резко обеднен, сосудистый рисунок деформирован, нижняя легочная вена варикозно извита и расширена. Кровоток в левом легком сохранен, без патологических изменений. УЗИ органов брюшной полости патологических изменений не выявлено. ЭКГ: вертикальное положение электрической оси сердца. Синусовая аритмия, очаговая блокада правой ножки пучка Гиса. ЧСС 67 в минуту. ФВД: умеренное снижение ЖЕЛ, остальные показатели вентиляционной способности легких в пределах нормы. ЖЕЛ 68%, МВЛ 117%, ФЖЕЛ 82%, РВ 109%, индекс Тиффо 92%.

Установлен клинический диагноз: Простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого. Добавочная доля правого легкого. Аневризма нижней легочной вены правого легкого.

После предоперационной подготовки 23.02.1996г. произведена операция - торакотомия справа, нижняя билобэктомия. При ревизии выявлено, что верхняя и добавочная доли воздушные, обычного цвета, нижняя и средняя доли бледные, уменьшены в объеме, маловоздушные, тестоватой консистенции, нижняя легочная вена длинная, варикозно расширенная, впадает в левое предсердие. Выполнена нижняя билобэктомия на уровне промежуточного бронха с раздельной обработкой элементов корня, перевязкой эктазированной нижней легочной вены. Культи бронха укреплены 8-образными швами. Грудная клетка закрыта с оставлением дренажной трубки в заднем синусе. Послеоперационный период без осложнений. Патоморфологическое заключение №1877-1896: простая гипоплазия средней и нижней долей правого легкого, аневризма нижней легочной вены.

Выписан 12.03.1996г. в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение у пульмонологов. Состояние пациентов в отдаленном периоде не ухудшилось, трудоспособность их сохранена.

Таким образом, диагностика добавочной доли является сложной задачей и выявляется случайно при обследовании пациентов по поводу другой патологии легких. Для уточнения диагноза необходимо комплексное обследование в специализированных отделениях. Показанием к оперативному лечению является хроническое воспаление в добавочной доле (легком), не поддающимся консервативному лечению и заключается в удалении доли, содержащей вторичные полостные и склеротические изменения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Есипова И.К., Владимирцева А.Л. К проблеме некоторых врожденных пороков развития легкого // Архив патологии, Т. 58, 3, 1996, с. 49-54.
2. Макаров А.В., Сокур П.П. Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы (диагностика, хирургическое лечение) // Украинський пульмонологічний журнал.- 2003.-№2.- С.72-74.
3. Платов И.И. Врожденные заболевания легких, как база для развития воспалительных и нагноительных заболеваний // Республиканская научно-практическая конференция с международным участием "Нагноительные заболевания легких и плевры", Самарканд, 1998, С.56.
4. Sbokos S., McMillan J. // British J. Dis. Chest. – 1997. – Vol. 71. – P.183-197.

УДК 616.431.45:546.15-084(574.5)

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

К.О. Ильясова

Южно Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Ғылыми еңбекте йодтың жетіспеушілігінен туындайтын аурулардың алдын алу мәселелері қарастырылып, тұрғындардың осы ауруларға байланысты профилактикалық шараларға даярлығы бағаланған. Оның қазіргі таңда жоғары екендігі анықталды. Профилактиканы өткізуге қажетті йодталған тұздың өндірісі және сауды орындарына жеткізілу көлемі жеткілікті деген қорытынды жасалып отыр.

SUMMARY

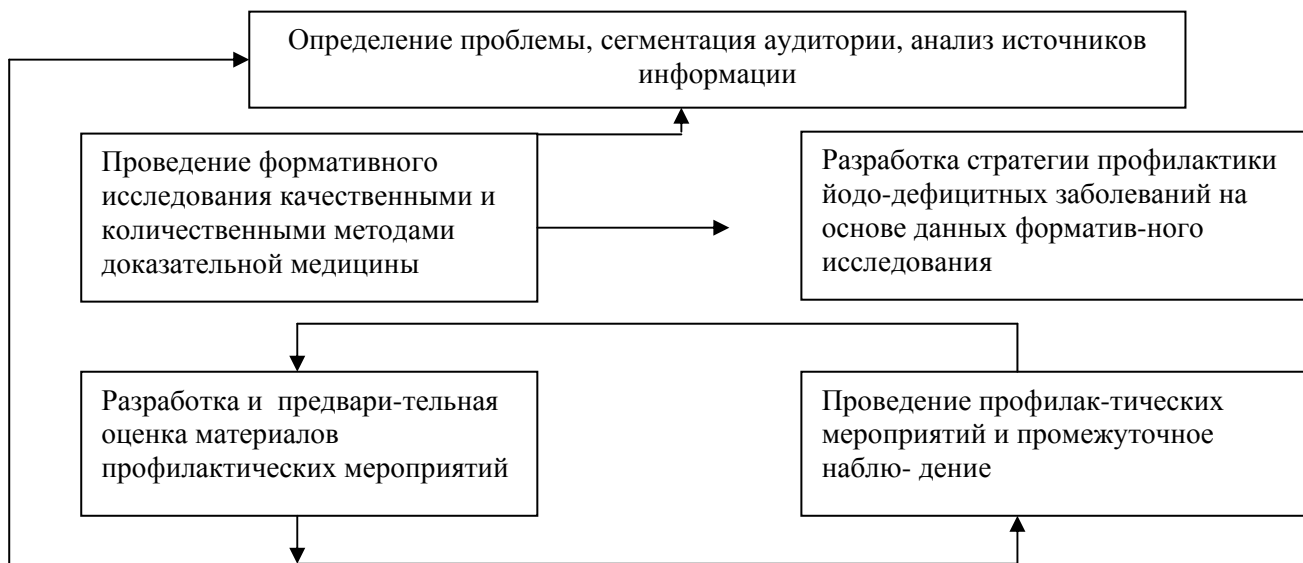
In this article is determined problems of iodine deficiency and information of prophylactic problems and iodine deficiency. This research has many volume production in the sale which allowed to organize quality prophylactic iodine deficiency.

Рост распространенности йододефицитных заболеваний заставляют систему здравоохранения усилить профилактическую работу по устранению йодной недостаточности у населения нашей страны. В последние 10 лет предприняты меры, направленные на предотвращение ущерба физическому и умственному развитию детей, а также экономическому и социальному потенциалу нынешнего и будущих поколений нашей республики. Проведенные за последнее время Южно-Казахстанским областным диспансером исследования показывают, что более 75% населения области страдают йододефицитным заболеванием. В рамках государственной программы по профилактике дефицита йода на территории Республики Казахстан в г.Шымкенте и районах ЮКО была проведена массовая компания по всеобщей профилактике йододефицитных заболеваний.

Для изучения оценки эффективности проведенной массовой компании по профилактике йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) нами изучались уровень информированности различных целевых групп по вопросам профилактики ЙДЗ и потребления йодированной соли (ИС) как результат проведенных мероприятий а также изменение уровня использования йодированной соли целевыми группами по сравнению с данными исследования общественного мнения по этой же проблеме, выполненного областным эндокринологическим диспансером.

При выборе региона для реализации профилактических программ приоритетным условием было постоянное наличие йодированной соли в продаже.

Планирование и организация профилактики йододефицитных заболеваний осуществлено по следующей модели, проиллюстрированной на рисунке 1.



Оценка эффективности профилактических мероприятий. Разработка рекомендации для широкого внедрения на практику

Рисунок 1. Модель планирования, организации, внедрения, оценки массовой профилактики.

В рамках программы по информированию населения массовой профилактике дефицита йода и использовании йодированной соли были осуществлены следующие мероприятия:

тиражирование информационного материала через средств массовой информации, в том числе газет, телевидение и радио; разработка обучающих материалов для школ и обеспечение ими всех учреждений образования и воспитания; выпуск листовок, буклетов и плакатов, предназначенных для населения и различных учреждений и организации, а также распространение материалов для целевых групп; проведение обучающих семинаров для медработников амбулаторно-поликлинических учреждений по вопросам массовой профилактики йододефицитных заболеваний; проведение тренингов для учителей школ по профилактике дефицита йода с последующим привлечением подготовленных педагогов для проведения занятий среди школьного сообщества и раздачи брошюры для школьников. Школьники были в свою очередь звеном в передаче информации родителям о рисках йододефицитных заболеваний и пользе потребления йодирования соли для их профилактики.

Проведены серии пресс-конференции и круглых столов для представителей региональных средств массовой информации о рисках йододефицитных заболеваний и пользе йодирования соли с распространением информационного материала для прессы;

Осуществлена оценка эффективности профилактических мероприятий по предупреждению йододефицитных заболеваний.

При этом было учтено то, что нет смысла убеждать людей в пользу употребления йодированной соли для профилактики йодного дефицита, если они не имеют возможности ее приобрести. Изучение эффективности информирования населения о рисках йододефицитных заболеваний и пользе йодирования соли для их профилактики проводили среди населения города Шымкента. Полученные результаты сравнивали с данными базового исследования знания, отношения и действия населения относительно рисков развития йододефицитных заболеваний и применения йодированной соли с целью их профилактики.

Для проведения исследования отобраны интервьюеры – в основном студенты 5-6 курсов Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. Для них проведены обучающий тренинг и практическое занятие – плотное интервьюирование. Исследование проводили методом индивидуального интервью с использованием вопросника.

Для опроса были определены следующие целевые группы: школьники в возрасте 10-17 лет, потребители йодированной соли в возрасте 18-60 лет.

Вопросники были предварительно протестированы и максимально приспособлены для изучения мнения различных целевых групп, их заполнял в ходе конфиденциального собеседования, проводившегося на рабочем месте респондентов или у них дома, по желанию последних. В среднем собеседование продолжалось 20 минут. Всего было опрошено 1215 человек. Расчет репрезентативности, выборки проводили по формуле $n=t^2/D2$ (2); таким образом, $n= 22 (49 \times 51)/1.52=1202$. Этого количества опрошенных было достаточно для достоверности результата.

Более 2/3 опрошенных (72,4%) составили женщины. Около половины респондентов были лица в возрасте от 18 до 49 лет, ¼ часть лица старше 50 лет, еще ¼ - школьного возраста.

Законченное среднее образование имели 80% респондентов, при этом более половины из них имели незаконченное высшее или высшее образование. Более 16% респондентов имели незаконченное среднее образование, то есть лица школьного возраста.

Анализ данных опроса 2000 года, проведенного до профилактических программ информированности населения йододефицитных заболеваниях и пользе йодирования соли показали, что 78,4% опрошенных имели представление о зобе как о последствии дефицита йода, около 20% никогда не слышали о дефиците йода. Около 3,0% респондентов упоминали о риске возникновения гинекологических проблем. Никто из опрошенных не знал об отрицательном влиянии дефицита йода на умственное и физическое развитие.

В 2005 году информированность населения об отрицательном влиянии дефицита йода на умственное и физическое развитие детей значительно возросла (таблица 1).

Анализ информированности населения о последствиях дефицита йода и пользе йодирования соли в 2000 и 2005гг. (на 100 опрошенных)

Таблица 1

Содержание информированности	2000г	2005г
Зоб на последствие дефицита йода	71,9	88,2
Репродуктивные нарушения вследствие дефицита йода	1,2	24,3
Отрицательное влияние дефицита йода на умственное развитие	-	30,9
Деформация развития плода	-	18,2
Профилактика дефицита за счет потребления йодированной соли	29,4	53,7

Данные опроса подтвердили, что стратегия работы в школах была разработана правильно. Информацию об отрицательном влиянии дефицита йода на умственное и физическое развитие детей 24,3% респондентов получили в ходе проведения профилактических мероприятий, 15,7% опрошенных – из рекламных материалов производителей йодосодержащих пищевых добавок.

Поскольку в 2000 году практически никто из респондентов не знал об отрицательном влиянии дефицита йода на умственное и физическое развитие, а также на течение беременности, приведенные выше данные свидетельствуют об эффективности выбора каналов информирования населения.

Информированность о зобе как о последствии йодного дефицита в 2000 году составила 7,9%, в 2007 году – 88,2%. Около 62,7% респондентов считают, что постоянное использование йодированной соли может предотвратить возникновение зоба. 27,4% всех респондентов до опроса (2000г) никогда не слышали о йодированной соли, 52,6% опрошенных никогда не видели ее на прилавках магазинов. Почти все респонденты (92,7%) хотели бы больше знать о пользе йодированной соли, что говорит о высокой заинтересованности населения в информации о рисках дефицита йода и о пользе использования йодированной соли.

Данные, связанные с информированностью опрошенных о наличии йодированной соли в продаже (%)

Таблица 2

Уровень информированности респондентов	2000г	2007г
Видели йодированную соль в продаже вообще	47,4	89,8
Видели в обычном месте покупок	31,7	48,1
Видели в других населенных пунктах	16,5	32,9

Каждый контакт с респондентами закачивался рассказами интервьюера о тяжелых последствиях йодного дефицита для здоровья, о таких, как кретинизм, умственная отсталость у детей и подростков, невынашивание беременности, рождение мертвого плода, зоб и т.д.

Получив такую информацию, 97,2% респондентов согласились, что дефицит йода опасен, а 95,4% обязательно употребляли бы йодированную соль, если бы знали об этих последствиях заранее. 91,7% респондентов выразили желание посоветовать также родным и близким использовать йодированную соль вместо обычной, 5,9% опрошенных не собираются употреблять йодированную соль, даже зная о тяжелых осложнениях йодного дефицита. Среди них большинство (из 5,9% респондентов 4,2%) вообще не используют соль, так как страдают гипертонией или же считают соль вредным для здоровья продуктом. В 2000 году 47,4% опрошенных видели йодированную соль в продаже, из них 31,7% видели йодированную соль в продаже в продовольственном магазине, где они обычно делают покупки, 18,5% видели ее при посещении других городов и населенных пунктов. Количество респондентов видевших йодированную соль во всех трех вариантах, составило 21,3%

Сравнительные данные потребления йодированной соли населением в 2000 и 2007гг. (на 100 опрошенных)

Таблица 3

Населенный пункт	2000г		2007г	
	Постоянно используют йодированную соль	Используют йодированную соль	Постоянно используют йодированную соль	Используют йодированную соль
Г.Шымкент	19,1 ± 0,82	31,3 ± ,91	26,7 ± 2,18	56,3 ± 1,87
Районы ЮКО	18,7 ± 0,85	30,8 ± 1,0	25,9 ± 1,92	59,8 ± 1,94
Средний показатель по региону	18,8 ± 0,87	30,9 ± 0,94	26,2 ± 2,01	57,5 ± 1,90

Данные таблицы 3 показывает, что количество использующих йодированную соль возросло более чем в 1,5 раза. Как следует из анализа результатов исследования, препятствия значительному увеличению числа людей, использующих исключительно йодированную соль в исследуемом регионе фактически нет.

Полученные научные результаты позволяют сделать следующие выводы:

Информированность населения об отрицательном влиянии йодного дефицита на умственное и физическое развитие детей значительно возросла.

В регионе полностью решен вопрос с поставками на продажу и производства йодированной соли, что позволяет значительно увеличивать числа людей, использующих исключительно йодированную соль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дрегало А.А., Ульяновский В.И. // Диагностика социального пространства – Архангельск 1997. – 129с.

УДК 616.24.951.21-073.75-089

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

О.Д. Дайырбеков, Т.Ш. Еимуратов

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

ТҮЙІН

1997-2009 жылдар аралығында екі өкпенің эхинококкозымен емделген 73 науқастың хирургиялық емінің нәтижелері талқыланды. Науқастар жасалған операциялардың мерзіміне сай екі топқа бөлінген: негізгі топта 40 (54,8%) науқас, оларға бір мезеттік екі өкпеден эхинококкэктомия жасалған, бақылау тобында 33 (45,2%) науқас екі мезеттік операция 3-4 апта аралығында жасалған. Эхинококкэктомияның жетілдірілген әдістері операцияларды жеңілдетіп, өкпеден эхинококкэктомия жасағанда болатын асқынулардың алдын алады.

SUMMARY

A comparative analysis of results of surgical treatment of 73 patients with both pulmonary hydatidosis operated on in 1997-2009 was carried out. Patients on the timing of surgical interventions were divided into two groups: core group - 40 (54,8%) patients and control group - 33 (45,2%) patients who experienced two-stage surgical interventions with an interval of 3-4 weeks. Improved methods of echinococcectomy of lungs allow to carry out an operation by less traumatic way, and prevent complications during removing of hydatid cyst from the lungs

Введение. Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в хирургии эхинококкоза, лечение его продолжает оставаться сложной проблемой. Недостаточно изучен вопрос о выполнении одномоментных последовательных операций по поводу сочетанного поражения обоих легких. Эта методика не вошла в повседневную практику хирургов из-за травматичности, объема и продолжительности операции. Имеются разногласия в отношении тактики при двустороннем эхинококкозе легких. Спорным вопросом является очередность операции, а также безопасность одномоментных операций [1,2].

Ряд авторов рекомендуют начинать операцию со стороны наиболее тяжелого поражения, где имеются признаки угрозы осложнений. При отсутствии таковой нужно сначала удалять гигантские кисты или кисты, угрожающие разрывом. При двустороннем множественном эхинококкозе легких с равной величиной кист оперировать необходимо с той стороны, где в легком имеется большее количество кист. При двустороннем однокистозном поражении легких, когда размеры кист примерно одинаковы и не имеют признаков осложнений (кровотечение, прорыв, нагноение и т.д.), очередность операции практического значения не имеет [3]. Имеются предложения оперировать одномоментно последовательно и даже одномоментно двумя бригадами. Однако противники одномоментных операций на легких считают, что такие операции носят больше престижный, нежели целесообразный характер [4].

При выборе тактики при двустороннем поражении эхинококкозом легких, по мнению некоторых авторов целесообразно последовательное хирургическое вмешательство сначала на одном, затем на другом легком с интервалом в 1-3 месяца [5]. Однако сторонники одномоментных операций на легких указывают на то, что после удаления кисты с одной стороны оставшаяся эхинококковая киста с другой стороны начинает усиленно расти с последующими грозными осложнениями и поэтому рекомендуют оперировать другое легкое, не выписывая из стационара, с как можно коротким интервалом (в 15-20 дней). Предложен также полный продольный, трансстернальный доступ для удаления эхинококковых кист из обоих легких [6,7]. Однако данный способ является весьма травматичным и разрез не дает возможности произвести полную и тщательную ревизию плевральной полости с адекватной эхинококкэктомией. Также данный доступ весьма затрудняет произведение пневмолиза.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с двусторонним эхинококкозом легких путем разработки щадящих, малоинвазивных, нетравматичных способов лечения.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 73 больных с эхинококкозом обоих легких, оперированных в 1997–2009г.г. Возраст больных колебался от 3 лет до 74 лет, больных мужского пола было 38 (52%), женского – 35 (48%).

Клиническое обследование включало выяснение анамнеза, внешнего осмотра, пальпацию, перкуссию, аускультацию. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, биохимические исследования сыворотки крови и протеинограммы, коагулограммы, общий анализ мочи, бактериологические исследования) нельзя относить к разряду определяющих в диагностике эхинококкоза легких, так как аналогичные изменения могут быть и при другой патологии.

Основным методом инструментальной диагностики эхинококкоза легких был и остается рентгенологически – флюорография, полипозиционная рентгенография, компьютерная томография, последняя является методом верификации эхинококкоза легких. Для диагностики сочетанного эхинококкоза, осложнений заболевания стали применяться кроме компьютерной томографии эхографическое сканирование органов грудной полости и паренхиматозных органов брюшной полости. При дифференциальной диагностике очаговых образований в легких, плевральных осложнений так же по показаниям применяются трахеобронхоскопия и видеоторакоскопия.

Результаты и обсуждение. С двусторонними эхинококковыми кистами легких было оперировано 73 больных, им произведено 146 оперативных вмешательств. Больные по срокам оперативных вмешательств разделены на две группы: основная группа – 40 (54,8%) больных, им произведена одномоментная последовательная эхинококкэктомия легких, она состоит из 3 подгрупп (1 подгруппа - 20 (27,4%) больных, им произведена двусторонняя одномоментная последовательная торакотомия, эхинококкэктомия из легких, 2 подгруппа – 11(15,1%) больных, им произведена односторонняя торакотомия, медиастинотомия и эхинококкэктомия из обоих легких, 3 подгруппа – 9 (12,3%) больных, после двусторонней одномоментной последовательной торакоскопии, эхинококкэктомии из легких); контрольная группа – 33 (45,2%) больных, которые перенесли двухэтапные оперативные вмешательства с интервалом 3-4 недели (таблица 1).

Виды оперативных вмешательств при двустороннем эхинококкозе легких

Таблица 1

Виды операции	Количество больных	% от количества больных
двусторонняя поэтапная торакотомия, эхинококкэктомия с интервалом в 3-4 недели	33	45,2
двусторонняя одномоментная последовательная торакотомия, эхинококкэктомия из легких	20	27,4
односторонняя торакотомия, медиастинотомия и эхинококкэктомия из обоих легких	11	15,1
двусторонняя одномоментная последовательная торакоскопия, эхинококкэктомия из легких	9	12,3

Из них с двусторонними одиночными эхинококковыми кистами оперировано 39 (53,4%) больных и 34 (46,6%) больных с двусторонними множественными кистами. Больные с двусторонним множественными кистами легких в зависимости от общего состояния, наличия фоновых заболеваний, а также степени поражения легких оперированы как одномоментно, так и поэтапно с интервалом в 3-4 недели. Пациенты с двусторонними одиночными кистами оперированы одномоментно как по традиционной методике, так и по предложенным разработанным способам.

Двустороннюю поэтапную торакотомию, эхинококкэктомию из легких с интервалом в 3-4 недели произвели 33 (45,2%) больным с множественными двусторонними эхинококковыми кистами легких. При этом, учитывая обширную область поражения поверхности легких эхинококковыми кистами, в первую очередь начинали оперировать сторону, где имелось большее количество кист или осложненные кисты, угрожающие разрывом. Через 3-4 недели после первой операции, после восстановления общего состояния больного не выписывая его из стационара, оперировали другое легкое.

Для обеспечения двусторонних, одномоментных операций на легких проблема проведения ИВЛ стояла очень остро: во-первых, необходимо было создать низкое давление в дыхательных путях, чтобы снизить риск разрыва больших и гигантских эхинококковых кист, во-вторых, изолировать легкие от попадания патологического содержимого из одного легкого в другое в случае разрыва кист, в третьих, обеспечить адекватный газообмен и комфортные условия для хирурга. После вводного наркоза всем больным производили интубацию трахеи двухпросветной трубкой для разделения дыхательных каналов обоих легких. После укладки больного в боковое положение в канал интубационной трубки, ведущей в оперируемое легкое, подключали ИВЛ малыми объемами, а в канал, ведущий в неоперируемое легкое, вводили катетер для подачи высокочастотной газовой струи при рабочем давлении 0,3-0,5 атм. и частоте дыхания 100-150 циклов.

В связи с этим, всем больным применен разработанный способ комбинированной ИВЛ, основанный на применении ИВЛ малыми дыхательными объемами 3-5 мл/кг массы тела не допускающей подъема пикового внутрилегочного давления выше 10 см вод.ст. для оперируемого легкого и подключением ВЧ ИВЛ для вентиляции интактного легкого, что позволило обеспечить адекватный газообмен и создать комфортные условия для работы хирурга (предпатент на изобретение № 38782 РК, автор д.м.н. Батырханов М.М.). Осложнений во время анестезии и операции в условиях комбинированной ИВЛ ни в одном случае не было, все больные на самостоятельном дыхании были переведены под наблюдение в отделение интенсивной терапии. Двусторонняя одномоментная последовательная торакотомия, эхинококкэктомия из легких произведена 20 (27,4%) больным.

При этом операцию начинали также со стороны, где имелись кисты, большие по размеру, или угрожающие разрывом. После торакотомии выполняли пневмолиз. Эхинококкэктомия по общепринятым правилам с обработкой остаточной полости в легком. Ушивание торакотомных ран. Данный метод операций является достаточно травматичным, может приводить в раннем послеоперационном периоде к дыхательной недостаточности за счет выраженного болевого синдрома, причем увеличивается длительность операции, а также длительность послеоперационного периода.

С целью снижения травматичности операции, уменьшения длительности операции и послеоперационного периода, снижения риска развития послеоперационных осложнений, таких как дыхательная недостаточность разработаны способы:

1. Односторонняя торакотомия, одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия с использованием трансмедиастинального доступа.

Когда эхинококковые кисты расположены в верхней доле одного из легких и в любом участке другого легкого мы выполняем одностороннюю боковую торакотомию, удаляем эхинококковую кисту из одного легкого, затем осуществляем вскрытие ретростернальной медиастинальной плевры, выведение эхинококковой кисты верхней доли другого легкого к медиастинальному разрезу и производим эхинококкэктомию. Затем осуществляется дренирование обеих плевральных полостей дренажными трубками, причем на стороне торакотомии в плевральной полости оставляем одну дренажную трубку, вторую дренажную трубку проводим через медиастинальный разрез в другую плевральную полость, выводя конец также через грудную стенку на стороне торакотомии. Производим ушивание раны грудной клетки. По предложенному способу оперировано 11 (15,1%) больных с двусторонними одиночными эхинококковыми кистами легких. Получены хорошие результаты во всех клинических наблюдениях.

2. Двусторонняя одномоментная последовательная видеоторакоскопия с эхинококкэктомией из обоих легких.

Девятерым (12,3%) больным с двусторонними одиночными неосложненными эхинококковыми кистами легких произведена одномоментная последовательная двусторонняя торакоскопическая эхинококкэктомия. У всех больных эхинококковые кисты по размерам являлись малыми и средними. Разработанный способ эндоскопической эхинококкэктомии из легких с использованием видеоторакоскопической аппаратуры позволил снизить риск интраоперационного обсеменения зародышевыми элементами и травматичность оперативного вмешательства. Проведение двусторонней торакоскопической эхинококкэктомии из легких позволило сократить время анестезиологической и операционной агрессии, позволило уменьшить сроки пребывания больного в стационаре до 5-7 койко-дней, что в 3-5 раз меньше продолжительности койко-дней при других методах операций, используемых при эхинококкозе легких.

Сравнительное изучение длительности операционного периода у больных 3 групп основной группы показало, что при применении предложенных способов оперативного лечения двустороннего эхинококкоза легких длительность операции меньше в среднем на 31,4-82 минут. Эта разница во времени происходит за счет отсутствия во 2 и 3 группах основной группы торакотомной и второй торакотомной раны, которая увеличивает длительность операционного периода у больных 1 группы основной группы (таблица 2).

Среднее время длительности одномоментного оперативного вмешательства у больных с двусторонними эхинококковыми кистами

Таблица 2

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	Время операции в минутах
двусторонняя торакоскопия, эхинококкэктомия из легких	9	108±7
односторонняя торакотомия, медиастиномия и эхинококкэктомия из обоих легких	11	158,6±20,3
двусторонняя торакотомия, эхинококкэктомия из легких	20	190±30

Сравнительное изучение длительности послеоперационного периода у больных 3 подгрупп основной группы показало, что средняя длительность послеоперационного периода у больных у первой группы 21 ± 3 дней, у второй группы 12 ± 2 дней и третьей группы составила 7 ± 2 дней.

Средняя продолжительность послеоперационного периода у больных основной группы составлял $13,3 \pm 5,1$ суток, когда средняя продолжительность послеоперационного периода у больных контрольной группы составила $45 \pm 4,6$ сутки. Из этого следует, что пациент основной группы раньше выписывались из стационара, чем пациенты контрольной группы. Исходя из этого, можно вычислить экономический эффект при применении предложенных методов операции.

Легочно-плевральные осложнения отмечены у 9 пациентов: у 3 пациентов с двусторонними эхинококковыми кистами контрольной группы после операции отмечена клиника послеоперационной пневмонии. У 2 пациентов контрольной группы наблюдался послеоперационный экссудативный плеврит, который разрешен путем плевральных пункций. У 2 пациентов имело место нагноение послеоперационной раны с одной стороны. Осложнение в основной группе наблюдалось у 2 пациентов в виде послеоперационной пневмонии. Анализ эффективности различных схем антибиотикотерапии показывает, что при эмпирическом подходе успех стартовой терапии достигается не более чем в 65% случаев. В остальных случаях необходимо назначение антибактериальных препаратов второй линии, иногда — повторное оперативное вмешательство, а часть больных погибает. При неуспехе стартовой терапии значительно удлиняются сроки госпитализации и существенно - в 3-10 раз - возрастает стоимость излечения одного больного.

Семерым пациентам с послеоперационными осложнениями проведена противомикробная терапия по чувствительности выделенной микрофлоры дыхательных путей с хорошим клиническим эффектом (при бактериологическом исследовании мокроты определены: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*). На 3-4 сутки после начала антибактериальной терапии нормализовалась температура тела, купировались признаки пневмонии.

Болевой синдром более выражен был у пациентов контрольной группы и 1 группы основной группы за счет двусторонней раны, что затрудняло полный вдох и откашливание мокроты. У пациентов оперированных традиционным способом послеоперационный рубец имелся с двух сторон, что ухудшало косметический вид. Отдаленные результаты изучены у 73,8% обследованных больных основной группы в сроки от 1 месяца до 5 лет по данным наблюдения. Хороший результат отмечен у 95,8% обследованных. На момент осмотра эти пациенты чувствовали себя хорошо, жалоб, указывающих на патологию органов дыхания, не предъявляли. При контрольном исследовании данных за рецидив заболевания не выявлено. Как удовлетворительные оценены результаты лечения у 4,2% оперированных.

Выводы: Усовершенствованный способ одномоментного хирургического лечения двустороннего поражения легких эхинококковыми кистами с применением трансдиастинального доступа, включающем одностороннюю торакотомию, медиастинотомию, эхинококкэктомию из обоих легких у больных эхинококкозом легких позволяет во всех случаях сократить как длительность операции, так и длительность послеоперационного периода, а также сократить финансовые затраты на лечение.

Усовершенствованный способ торакоскопической эхинококкэктомии из легкого позволяет произвести операцию менее травматичным путем и предупреждает осложнения при удалении эхинококковой кисты из легкого.

Проведение эндовидеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого позволило сократить время анестезиологической и операционной агрессии, позволило уменьшить сроки пребывания больного в стационаре до 5-7 койко-дней, что в 3-5 раз меньше продолжительности койко-дней при других методиках операций, используемых при эхинококкозе легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Бейсебаев А.А., Иоффе Л.Ц. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза легких // Грудная хирургия. - 1984. С. 40-42.
2. Кулакеев О.К., Сексенбаев Д. С. Лечение эхинококкоза легких у детей // Хирургия Казахстана. - 1995.- № 3-4.- 60 с.
3. Цыбырне К.А., Андон Л.Г. и др. О лечении множественного и сочетанного двустороннего эхинококкоза легких и печени // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1990. - №9. – С.57-60.
4. Джафаров Ч.М., Эфендиев Ю.Т., Исмаилов Дж.А. и др. Хирургическая тактика при сочетанном эхинококкозе легких и печени. В кн.: Проблемы эхинококкоза. Махачкала 2000. - С. 52-53.
5. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Исламбеков А.С., Исмаилов Д.А. Тактика хирургического лечения двустороннего эхинококкоза легких// Грудная и сердечно-сосуд хир -2002. - №5. -С. 65-69.
6. Пышкин С.А., Куляшов А.И., Аладдин А.С. и др. Множественное сочетание эхинококкоза // Хирургия 2006. -№ 6. -С. 64-66.
7. Aribas O.K., Kanat F., Turk E., Kalayci M.U.. Comparison between pulmonary and hepatopulmonary hydatidosis, Eur J Cardio-thorac Surg 2002.-№ 21. –P. 489—496.

УДК 616.24.951.21-073.75-089 + 616.36.951.21-073.75-089

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕВОГО ЛЕГКОГО И ПЕЧЕНИ

О.Д. Дайырбеков, Т.Ш. Еимуратов

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

ТҮЙІН

А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының кеуде хирургиясы бөлімінде 1997 және 2009 жылдар аралығында сол өкпе және бауырдың қосарланған эхинококкозымен ауыратын 72 науқастың хирургиялық емінің нәтижелерінің талдауы жасалған. Науқастардың жас мөлшері 5 жастан 67 жасқа дейін болды. Ерлер - 39 (53,4%), әйелдер – 33 (46,6%). Торакоскопиялық әдіспен өкпе және бауырдың қосарланған эхинококкозымен ауыратын 13 науқасқа ота жасалды, асқынулар болған жоқ.

SUMMARY

The analysis of results of treatment of 72 patients with complicated defeat of echinococcosis of right lungs and a liver, were in branch of thoracic surgeries of the National centre of science of surgery n.a. A.N.Syzganova for the period 1997-2009 was carried out. The age of patients fluctuated from 5 years till 67 years, from 72 patients 39 (53,4 %) patients were male, female – 33 (46,6 %). 13 patients with the complicated defeat hydatidomas of left lungs and a liver were operated by the torakoskopichesky way, complications were not noted.

Согласно данным ВОЗ в последние годы около из всех больных с эхинококкозом различных органов у 17-26% выявляется сочетанный эхинококкоз органов грудной клетки и брюшной полости. Поэтому в настоящее время не считается казуистикой сочетание эхинококкоза различных органов и одновременное избавление больного от эхинококкоза двух и более органов является объективной реальностью [1,2].

Лечебная тактика при изолированных поражениях эхинококкозом органов грудной клетки и брюшной полости в настоящее время достаточно четко определена. Изучены патофизиологические механизмы изменений, развивающихся в организме в ответ на операционную травму [3,4, 5]. Проведена сравнительная оценка их выраженности в зависимости от метода выполнения хирургического вмешательства [1,6,7]. Вместе с тем остается неизученным вопрос о степени негативного воздействия операционной травмы на адаптационные резервы организма при одномоментном оперативном лечении больных с сочетанным эхинококкозом органов грудной клетки и брюшной полости. Недостаточно изучен вопрос о выполнении одномоментных последовательных операций. Эта методика не вошла в повседневную практику хирургов из-за травматичности, объема и продолжительности операции. Спорным вопросом является очередность операции, а также безопасность одномоментных операций.

В отделении торакальной хирургии Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова с 1997г. по 2010г. находились на стационарном лечении 72 больных с сочетанным эхинококкозом левого легкого и печени (СЭЛЛП). Мужчин было 39 (53,4%), женщин - 33 (46,6%). С первичным СЭЛЛП обратились 63 (86,3%) больных, рецидивным - 9 (13,7%). У 59 (81,9%) больных выявлен множественный эхинококкоз левого легкого и печени, у остальных 13 (18,1%) больных обнаружено одиночное поражение эхинококковой кистой левого легкого.

У 18 (25%) больных отмечено осложненное течение эхинококкоза, в 14 (19,4%) случаях осложнения были связаны с нагноением кисты. У 9 (12,5) больных с СЭЛЛП на фоне нагноившихся эхинококковых кист развилась пневмония. Прорыв эхинококковой кисты в бронх было у 6 (8,3%) больных, самое тяжелое осложнение - прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры было у 3 (4,2%) больных.

Больные по срокам оперативных вмешательств разделены на две группы: I группа – 47 (65,3%) больных, им произведена одномоментная последовательная эхинококкэктомия легких, она состоит из 2 подгрупп: 1 группа - 34 (47,2%) больных, им произведена одномоментная последовательная торакотомия, эхинококкэктомия из легкого и лапаротомия, эхинококкэктомия печени, 2 группа – 13(18,0%) больных, им произведена торакоскопия, эхинококкэктомия из легкого и лапаротомия, эхинококкэктомия из печени; II группа – 25 (34,7%) больных, которые перенесли двухэтапные оперативные вмешательства с интервалом 2-3 недели (таблица).

Виды операций при сочетанном поражении эхинококковыми кистами левого легкого и печени

Таблица - 1

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	
	N	%
позапанная торакотомия эхинококкэктомия из левого легкого и лапаротомия, эхинококкэктомия из печени	25	34,7
одномоментная последовательная торакотомия, лапаротомия с эхинококкэктомией ЛЛП	34	47,2
одномоментная последовательная торакоскопия, лапаротомия с эхинококкэктомией ЛЛП	13	18,1
Всего	72	100

При выполнении сочетанных операций соблюдалась хирургическая тактика - первой производилась эхинококкэктомия из левого легкого, а затем эхинококкэктомия из печени. При выполнении сочетанных операций имеется определенный принцип - первой выполняется торакотомия, эхинококкэктомия из легкого, а затем либо лапаротомия, либо френикотомия. Такая последовательность связана с тем, что во время дачи наркоза, проведения ИВЛ возможно повреждение кисты в легком с развитием вентиляционных нарушений. При множественном СЭЛЛП с осложненным течением проведено поэтапное оперативное вмешательство с интервалом от 2-3 недель до 8 недель. В эту группу вошли 25 (34,7%) больных с СЭЛЛП.

Одномоментная, последовательная торакотомия слева, эхинококкэктомия из легкого и лапаротомия, эхинококкэктомия из печени произведена 34 (47,2%) больным с множественным и осложненным СЭЛЛП.

Одномоментная последовательная торакоскопия, лапаротомия с эхинококкэктомией ЛЛП произведена 13 (18,1%) больным. Показанием к операции явились: одиночная киста левого легкого, одиночные и множественные осложненные и неосложненные кисты печени.

Проведение эндовидеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого позволило сократить время анестезиологической и операционной агрессии, позволило уменьшить сроки пребывания больного в стационаре до 10-13 койко-дней, что в 3-5 раз меньше продолжительности койко-дней при других методиках операций, используемых при эхинококкозе левого легкого и печени.

Анализ послеоперационных осложнений у больных с эхинококковыми кистами левого легкого и печени показывает, что легочно-плевральные осложнения в виде послеоперационной пневмонии наблюдались у 2 больных I группы и у 4 больных II группы. Послеоперационная пневмония разрешена консервативным путем. Осложнения в виде экссудативного плеврита после удаления дренажной трубки из плевральной полости наблюдались у 3 больных II группы и у 2 пациентов I группы. Всем больным производились пункции плевральной полости. У 2 больных наблюдалось нагноение лапаротомной послеоперационной раны.

Длительность послеоперационного периода у больных I группы составила $11,9 \pm 1,78$ суток, тогда как пребывание больного на койке II группы составило $33 \pm 2,2$ суток.

Средняя продолжительность послеоперационного периода у больных I группы, оперированных по предложенным методикам на 22 суток меньше чем у больных II группы, которые были оперированы поэтапно традиционным способом.

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения сочетанного эхинококкоза левого легкого и печени 49 (68,0%) больных в сроки от 6 месяцев до 12 лет после операции путем анкетного опроса, в клинических и амбулаторных условиях. Отдаленные результаты оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Отдаленный результат считался хорошим при отсутствии жалоб, удовлетворительном общем состоянии больного, отсутствии остаточных полостей при ультразвуковом исследовании печени и изменений на рентгенограмме легких и при должных показателях спирограммы.

При наличии жалоб больного на кашель, одышку при физической нагрузке, боли в грудной клетке на стороне оперативного вмешательства, симптомов хронического бронхита, переходе больного на легкую работу по другой специальности результат считали удовлетворительным.

Неудовлетворительным отдаленный результат считался при выявлении рецидива эхинококкоза, наличии приобретенных хронических нагноительных заболеваний легких и плевры (остаточные полости с нагноением, формирование непаразитарных кист, явления цирроза печени, эмпиема плевры), требующих хирургической коррекции, при переводе больного на инвалидность и смерти в связи с основным заболеванием. Хорошие результаты выявлены у 38 (77,5%), удовлетворительные - у 6 (12,3%), неудовлетворительные - у 5 (10,2%) больного.

У пятерых больных в отдаленном послеоперационном периоде, через 3-4 года отмечен рецидив эхинококкоза, что было связано с осложнением эхинококкоза до первого оперативного вмешательства.

Торакоскопическая эхинококкэктомия из левого легкого при СЭЛЛП с использованием данного способа позволяет снизить риск интраоперационного обсеменения зародышевыми элементами, снижается

травматичность операции, упрощается доступ к эхинококковой кисте левого легкого, сокращается время анестезиологической и операционной агрессии, уменьшились сроки пребывания больного в стационаре до 10-13 койко-дней, что в 3-5 раз меньше продолжительности койко-дней при других методиках операций, используемых при эхинококкозе левого легкого и печени.

Применение эндовидеохирургической эхинококкэктомии, характеризуясь минимальной инвазивностью, медико-хирургической экономичностью, при указанных показаниях позволяет повысить эффективность хирургического лечения эхинококковых кист левого легкого и печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kern P. Echinococcus granulosus infection : clinical presentation, medical treatment and outcome. *Langenbecks Arch Surg* 2003;388:413-20.
2. Цыбырне К.А., Андон Л.Г. и др. О лечении множественного и сочетанного двустороннего эхинококкоза легких и печени // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 1990. - №9. – С.57-60.
3. Aribas O.K., Kanat F., Turk E., Kalayci M.U.. Comparison between pulmonary and hepatopulmonary hydatidosis, *Eur J Cardio-thoracSurg* 2002.-№ 21. –P. 489—496.
4. Dhaliwal R.S., Kalkat M.S. One-stage Surgical Procedure fo Bilateral
5. Lung And Liver Hydatial cysts. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 338—341.
6. Polat C, Dervisoglu A, Hokelek M, et al. Dual treatment of albendazole in
7. hepatic hydatidosis: new therapeutic modality in 52 cases. *J Gastroenterol*
8. *Hepatol* 2005;20:421-5.
9. Buttenschoen K, Carli-Buttenschoen D. Echinococcus granulosus infection: the challenge of surgical treatment. *Langenbecks Arch Surg* 2003;388:218-30.
10. Kern P. Medical treatment of echinococcosis under the guidance of Good
11. *Clinical Practice (GCP/ICH)*. *Parasitol Int* 2006;55 Suppl:S273-82.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ
МЕДИЦИНА

УДК 61:378 (574.5)

О РЕАЛИЗАЦИИ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ
КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ, И О ВОЗМОЖНОСТЯХ ВНЕДРЕНИЯ
НОВОЙ МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ В ЮКГФА

Б.Д. Сексенбаев

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада білім беру қызметінің сапасын басқару сұрақтары сөз болады. ЖОО-да сапалы білім беру – еліміздің дамуының басты факторы болып табылады. Білім беру қызметінде сапалы басқару сұрақтары оның барлық бөлімдерімен өзара қарым-қатынасты, жүйелі тәсілді талап етеді. Қорытыңдасында білім беру үрдісінде бірігуді ұсынады.

SUMMARY

The management questions of quality educational services touch upon in this article. The main factor of country development is the quality educational establishment. The management questions of quality educational services are demanded the method of approach system, providing with correlation all its sections. In a result they are schemed in educational process

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 29 января 2010 года было сказано, что «Качество высшего образования должно отвечать самым высоким международным требованиям. ВУЗы страны должны стремиться войти в рейтинги ведущих университетов мира...».

С 2006 года во всех медицинских вузах РК наряду с традиционным обучением медицинских и фармацевтических кадров ведется подготовка студентов по специальностям бакалавриата.

Присоединение к Болонской декларации дает возможность вузу интегрироваться в мировой образовательный процесс, что не может не сказаться на статусе специалистов (выпускников), подготавливаемых для практической и научно-педагогической деятельности.

Уровень подготовки студентов на каждом курсе во многом зависит от качества образовательных услуг, предоставляемых вузом. Качественное вузовское образование – главный фактор развития страны.

В первую очередь реформирование должно касаться подготовки преподавателей, участвующих в образовательном процессе по специальностям бакалавриата, на основе дальнейшего самосовершенствования, обучения инновационным технологиям и сотрудничества с другими вузами Республики, ближнего и дальнего зарубежья.

Вопросы управления качеством образовательных услуг требуют системного подхода, обеспечивающего взаимосвязь всех его звеньев, а именно:

- планирование образовательных услуг;
- реализация образовательных программ;
- проверка результатов обучения;
- анализ результатов обучения;
- внедрение мероприятий по корректированию результатов образовательного процесса.

При этом нужно оценивать не только результаты деятельности вуза, но и меры, которые к этим результатам привели. Оценка мер важна, поскольку она отражает общую политику относительно усовершенствования его деятельности. Оценка же результатов дает более точную картину качества подготовки специалистов в нашей академии или позволяет подробнее охарактеризовать учебные программы.

Новая концепция образовательной программы высшей школы (ГОСО бакалавриата), разработанная в Республике Казахстан, послужила отправной точкой в процессе реорганизации Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии (ЮКГФА). Стратегия реорганизации академии изначально была нацелена на подготовку специалистов с высокой профессиональной компетенцией, обеспечивающей повышение качества фармацевтической деятельности и медицинской помощи населению Республики Казахстан.

В Стратегическом плане развития нашего вуза красной нитью проходит идея внедрения непрерывного образования в сфере медицины и фармации, так как такая система образования характеризуется, прежде всего, сохранением преемственности (от среднего специального до последипломного образования через высшее). Основное преимущество непрерывного образования – возможность анализировать учебный процесс, устранять недостатки и направлять все усилия на повышение качества образовательных услуг на всех этапах. Профессорско-преподавательский состав (ППС) нашей академии работает над расширением учебно-образовательной базы, участвует в разработке новых ГОСО (государственных общеобязательных стандартов образования), типовых программ, пересматриваются образовательные программы и учебные планы для

среднего специального, высшего и последиplomного образования, чтобы дипломы и сертификаты, полученные в стенах нашего вуза, были действительны и на международном уровне.

Так, в проекте дальнейшего развития ЮКГФА особое место отводится созданию лицея, дающего в ходе среднего образования профессиональную ориентацию школьникам на поступление на фармацевтические и медицинские специальности.

Кроме того, уже несколько лет при академии успешно работает ФПССТППО – факультет подготовки специалистов со средним техническим профессиональным и послесредним образованием (медицинский колледж). В нем ведется подготовка выпускников со средним профессиональным образованием по 6 специальностям: лечебное дело, акушерское дело, стоматология, стоматология ортопедическая, фармация, сестринское дело. Таким образом, деятельность данного факультета направлена на удовлетворение социально-экономических потребностей практического здравоохранения в квалифицированных специалистах со средним профессиональным и послесредним образованием.

При академии с 1999 года функционирует факультет повышения квалификации для практических работников высшего и среднего звена, который в 2009 году реорганизован в факультет усовершенствования врачей и фармацевтов, при котором повышают квалификацию, а также проходят переподготовку врачи, провизоры и работники со средним профессиональным образованием 3-х областей Южного региона.

Остановившись на основной – образовательной – деятельности академии, следует сделать акцент на том, что необходимыми мерами, предпринятыми для управления качеством образовательных услуг, являются собственно планирование образовательных услуг и контроль качества их реализации.

Планирование образовательных услуг - это первый этап, обеспечивающий учебный процесс на весь период обучения – от абитуриента до выпускника-специалиста. В него также входит формирование ППС организации образования для реализации образовательных программ по специальностям вуза. При этом следует иметь в виду, что одним из критериев качества образовательных услуг выступает уровень подготовки ППС вуза. В ЮКГФА с 2006 года преподаватели, участвующие в образовательном процессе по кредитной технологии обучения, освоили учебную программу «Инновационные технологии в медицинском образовании». Критерием качества подготовки ППС академии к переходу на кредитную технологию обучения явилось качество подготовки учебно-методических комплексов дисциплин (УМКД), которое контролируется не только внутривузовскими комиссиями, но также проверяется межвузовскими комиссиями со стороны МЗ РК и МОН РК.

Реализация новых образовательных программ служит основой подготовки специалистов. Успех образовательного процесса зависит от многих факторов, в числе которых немаловажное значение имеют квалификация ППС, желание самих обучающихся, оснащенность материально-технической базы вуза современным оборудованием, оргтехникой, а также наличие клинических баз, библиотечно-информационного центра (БИЦ), социально-культурной инфраструктуры и т.п.

Известно, что в настоящее время для значительной части молодежи получение качественного образования, соответствующего международным образовательным стандартам, и высоконравственного воспитания остается ведущей социальной ценностью. Мотивация студентов и учащихся к повышению успеваемости формируется в результате ежедневных педагогических воздействий со стороны ППС академии, а также путем проведения различных мероприятий, направленных на развитие всесторонних характеристик личности (олимпиады, КВН, конкурсы научных работ и др.). Воспитательная работа, проводимая в академии, неразрывно связана с образовательным процессом. Широкий доступ к ежегодно пополняемому фондам БИЦ, возможность работы в Интернет-классе, участие в общественной жизни академии – все это являются не только предпосылками, но и залогом хорошей успеваемости. Стимулом к повышению успеваемости является также выдвижение обучающихся на именные стипендии различного уровня.

В ЮКГФА контроль качества образовательных услуг, то есть мониторинг качества реализации образовательных программ, является одной из функций, возложенных на отдел системы менеджмента качества (СМК).

Критериями качества образовательных услуг выступают, прежде всего, результаты промежуточной аттестации студентов – результаты экзаменационных сессий, показывающие степень усвоения образовательных программ по специальностям бакалавриата и ФПССТППО.

После реорганизации нашего вуза результаты зимней экзаменационной сессии явились индикаторами, позволяющими измерить те изменения, которые произошли в академии.

В соответствии с требованиями МОН РК успеваемость студентов, врачей-интернов и учащихся ФПССТППО третий год отражается в электронном журнале, что позволяет обеспечить прозрачность показателей текущей успеваемости и посещаемости нашего контингента не только для ППС и деканатов академии, но также и для родителей обучающихся. Для этого на 2009-2010 учебный год была полностью обновлена база электронного журнала, установлена новая база USPEV, в который заново введен список студентов, учащихся ФПССТППО, врачей-интернов, новый список кафедр, а также календарно-тематические планы практических, лабораторных и семинарских занятий по всем дисциплинам. Каждая кафедра, благодаря новой базе, имеет возможность вводить текущий рейтинг студентов ежедневно либо в конце недели непосредственно на компьютере, подключенном к общему сайту академии.

Электронный журнал, в который нельзя вводить изменения, позволяет получить объективную картину по текущему и итоговому рейтингу каждого студента по каждой конкретной дисциплине за любой период времени. Информация о текущем и итоговом рейтинге обучающихся хранится в главном сервере академии и поступает, в том числе, на компьютер ректора, который осуществляет общий контроль.

В 2008-2009 учебном году в академии в ходе экзаменационных сессий (промежуточная аттестация) на 2-6 курсах для студентов всех специальностей был внедрен прием практических/клинических навыков по технологии объективного структурированного практического/клинического экзамена (ОСПЭ/ОСКЭ), который ранее был внедрен только для выпускных курсов.

Данный инновационный метод оценки закрепленных практических/клинических навыков дает более полную картину качеству образовательного процесса, в ходе которого студент получает не только теоретические знания, но и осваивает необходимый минимум профессиональных навыков и умений.

В 2009-2010 учебном году по решению Ученого совета академии промежуточная аттестация (зимняя экзаменационная сессия) в соответствии с рабочим учебным планом, академическим календарем и типовыми учебными программами по всем дисциплинам 1-3 курсов академии и медицинского колледжа при академии осуществлялась путем компьютерного тестирования и приема практических/клинических навыков по технологии ОСПЭ/ОСКЭ. Допуск к экзаменационной сессии был оформлен распоряжением деканов факультетов согласно рапортам заведующих кафедрами с указанием рейтинга обучающихся.

На кафедрах были подготовлены задания в тестовой форме по соответствующим дисциплинам и введены в базу Компьютерно-тестового издательского центра (КТИЦ). Тестовые задания предварительно прошли экспертизу внутривузовой комиссии по качеству ЮКГФА.

Также на кафедрах были разработаны материалы по приему практических/клинических навыков по технологии ОСПЭ/ОСКЭ по унифицированной схеме. Экспертизу методических материалов по каждой дисциплине, для которой было предусмотрено применение технологии ОСПЭ и ОСКЭ, проводила рабочая комиссия независимых экспертов из числа ППС академии.

На период промежуточной аттестации была создана апелляция комиссия из числа преподавателей, квалификация которых соответствует профилю дисциплин, вынесенных на экзаменационную сессию.

Тестирование проводилось в КТИЦ академии в присутствии независимого наблюдателя – сотрудника отдела СМК – и одного из представителей кафедры, по дисциплине которой проводился экзамен. Результаты тестирования сохранены в памяти главного сервера, а также занесены в журналы регистрации, которые ежедневно подписывали после окончания тестирования представитель соответствующей кафедры и начальник отдела СМК. Таким образом, стало невозможным изменить результаты тестирования.

Прием практических навыков осуществлялся на оснащенных всем необходимым оборудованием кафедрах и в лабораториях УКЛЦ по технологии ОСПЭ/ОСКЭ. Учебные аудитории клинических кафедр и кабинеты Учебно-клинического лабораторного центра (УКЛЦ) оснащены современными муляжами, приборами, медицинским инструментарием, наглядными пособиями и таблицами. В качестве независимых экзаменаторов для приема практических/клинических навыков по технологии ОСПЭ/ОСКЭ ежедневно подбирались ведущие преподаватели, имеющие соответствующее базовое образование и ученую степень, из списка, утвержденного приказом ректора. В качестве независимых наблюдателей выступали начальник отдела СМК и начальник Офиса Регистратора, что также делало невозможным внесение изменений (исправление баллов) в сводный оценочный лист.

Информация о текущем и итоговом рейтинге обучающихся, результаты компьютерного тестирования в ходе промежуточной аттестации (экзаменационной сессии), а также итоговая оценка каждого студента (итоговый рейтинг занятий + результат тестирования + результат ОСПЭ/ОСКЭ) через главный сервер академии поступают на компьютер ректора.

Таким образом, совместной работой отдела СМК, учебно-методического центра, деканата, Офиса Регистратора, КТИЦ проведена зимняя зачетно-экзаменационная сессия по плану в соответствии с требованиями нормативных документов, что позволило сделать данный процесс прозрачным, объективным, исключить предвзятость в оценке знаний и навыков обучающихся, предотвратить проявления коррупции.

Все перечисленные мероприятия по организации и проведению промежуточной аттестации студентов, учащихся и врачей-интернов привели к тому, что знания и практические/клинические навыки обучающихся были оценены объективно, в присутствии независимых наблюдателей, без вмешательства преподавателей соответствующих кафедр. Это привело к тому, что средний качественный показатель данной зимней сессии на всех курсах оказался ниже, чем в предыдущие годы.

В тоже время в вузе начата более масштабная разъяснительная работа со студентами по повышению успеваемости, что, безусловно, сегодня отражается на текущем и итоговом рейтинге занятий, а также на итоговой оценке, демонстрирующей степень освоения теоретических знаний и закрепления практических/клинических навыков. Шире используются возможности КТИЦ, УКЛЦ, БИЦ в учебном процессе.

Таким образом, хочется отметить, что в ЮКГФА наблюдается положительная тенденция в сторону повышения качества образовательных услуг, предупреждения коррупционных проявлений, интеграции науки в образовательный процесс.

УДК 615--281.873.22

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖАНУАРЛАРДЫҢ ФОСФОРҒА ДАРАЛЫҚ СЕЗІМТАЛДЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Д. А. Әділбекова, Л.Н.Орманова, Н.Т.Сейдуалиева
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

После инициации фосфором состояние свободнорадикального окисления липидов крови у интактных животных изменилось в зависимости от чувствительности к фосфору, у «резистентной» группы существенно не изменилось, у «сверхчувствительной» группы повышение показателя свободнорадикального окисления липидов было более выраженным.

SUMMARY

After the initiation of phosphorus status of free-radical blood lipids oxidation in intact animals has changed depending on the sensitivity to phosphorus, the "resistance" group did not change significantly and increasing level of free – radical lipids oxidation of "hypersensitive" were more expressed.

Организмнің фосфорға деген даралық сезімталдығы әртүрлі болатыны белгілі. Фосфор қоспаларымен сүлде уыттану жұмысшыларда әр түрлі кезеңдерде пайда болады. Фосфор өндірісінің кейбір жұмысшыларында кәсіптік ауру 7-10 жылдан кейін пайда болса, кейбір жұмысқа орналасқан адамдар тез арада дертке ұшырайды, ал басқаларында 15-20 жылдан кейін кездеседі, ал кейбіреулері көптеген жылдар бойы фосфор өндірісінде жұмыс істесе де ауырмайды [25]. Оларда бұл аурудың көріністері 20-25 жылдық еңбек стажына қарамай кездеспейді. Бұл фосформен кәсіптік уыттану жұмысшылардың фосфорға сезімталдығына тікелей байланысты екенін дәлелдейді [1,2].

Зерттеу әдістері. Зерттеуге 100 егеуқұйрық пайдаланылды. Егеуқұйрықтардың фосфорға сезімталдығын анықтау үшін хемилюминесценттік әдіс қолданылды[3,4].

Егеуқұйрықтардың фосфорға сезімталдығын анықтау үшін 1%-ды фосфордың сулы қалқыпасы тәжірибелік жануарлар қанына, ал бақылау тобына физиологиялық ерітінді қосылды.

Қан эритроциттеріндегі диенді қоспалардың (ДҚ), липидтердің гидроасқын тотықтарының (ЛГАТ), тиобарбитурат қышқылымен әрекеттесетін өнімдері (ТБК-ӘӨ) Гаврилов В.В., Мишкорудная М.И. [5], Мирончик В.В. [6], Арутюнян А.В., Андреева Л.И. [7] әдістерімен анықталды.

Зерттеу нәтижелері. Жануарлардың қан ерітіндісінің хемилюминесценттік көрсеткішін фосфор ерітіндісін қосқанға дейін және оны қосқаннан кейін анықтағанда, фосфорға «төзімді» тобында фосфор қосқанға дейін өз бетінше шұғыла шашырату, әсерленген шұғыла шашырату және асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы барлық жануарлардың орташа көрсеткіштерінен өзгеріссіз болды (1-ші кесте).

Бұл топтағы жануарлардың қанына фосфор ерітіндісін қосқаннан кейін зерттелінген хемилюминесценттік көрсеткіштер өзгеріске ұшырамай бастапқы күйінде сақталды. Фосфорға төзімділік көрсеткішті анықтағанда ол барлық жануарлардың орташа көрсеткішінен 47,7%-ға жоғары болды.

«Сезімтал» тобындағы жануарлардың фосфор қосқанға дейінгі хемилюминесценттік көрсеткіштерін жалпы топтың көрсеткішімен салыстырғанда өз бетінше шұғыла шашырату өзгеріссіз, әсерленген шұғыла шашырату – 23,3%-ға, асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы – 22,6%-ға шамалы түрде жоғары болды. Қан ерітіндісіне фосфор қосқаннан кейін бұл көрсеткіштер өздерінің болмыстық көрсеткіштерінен 49,1%-ға, 43,6%-ға, 43,2%-ға сәйкес көтерілді. Фосфорға төзімділік көрсеткіші жалпы топтың көрсеткішіндей шамада сақталды.

«Өте сезімтал» тобындағы жануарлар қанының фосфор қосқанға дейінгі хемилюминесценттік көрсеткіштерін жалпы топтың көрсеткіштерімен салыстырғанда өз бетінше шұғыла шашырату – 62,6%-ға, әсерленген шұғыла шашырату – 70,8%-ға, асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы – 69,5%-ға дәйекті түрде жоғары болды. Қан ерітіндісіне фосфор қосқаннан кейін бұл көрсеткіштер 3,96 есеге, 3,8 есеге, 3,81 есеге сәйкес қатты артып кетті. Фосфорға төзімділік көрсеткіш жалпы топтың көрсеткішіне қарағанда 2,59 есе кем болды.

Сайып келгенде, фосфорға «төзімді» тобының жануарлар қанында өз бетінше және әсерленген хемилюминесцентция, асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы фосфор қосқанға дейін және фосфор қосқаннан кейін айтарлықтай өзгеріске ұшырамады. Фосфорға төзімділік көрсеткіш өте жоғары болды.

Фосфорға сезімталдығына байланысты жануарлардың қан ерітіндісінің хемилюминесценттік көрсеткіштері

1-кесте

Көрсеткіштер		Топтар			
		жалпы n=100	төзімді n=74	сезімтал n=18	өте сезімтал n=8
Өз бетінше шұғыла шашырату (кв/сек)	1	2,3±0,16	1,90±0,18*	2,75±0,13*	3,74±0,18*
	2	3,4±0,23**	1,99±0,09	4,1±0,21**	14,8±0,74**
Әсерленген шұғыла шашырату дың жалпы қосындысы (103кв)	1	22,3±0,89	19,4±0,97*	27,5±1,3*	38,1±0,74*
	2	33,0±1,6**	19,3±0,96	39,5±1,98**	144,8±7,2**
АТРТЖ (кв/сек)	1	74,7±2,9	65±1,6*	91,6±2,7*	126,6±4,8*
	2	109,6±5,1**	64,7±3,2	131,2±6,6**	482,4±24,1**
ФТК (шб)		0,67±0,04	0,99±0,05*	0,68±0,03	0,26±0,01*

АТРТЖ- асқын тотық радикалдарының түзілу жылдам-дығы;ФТК- фосфорға төзімділік көрсеткіш;*p<0,05- жалпы топпен салыс-тырғандағы нақты көрсеткіш;** p< 0,05 -болмыстық көрсеткішпен салыс-тырғандағы нақты көрсеткіш; 1- болмыстық көрсеткіш; 2- фосформен әсер еткеннен кейінгі көрсеткіш;

Фосфорға «сезімтал» жануарлар тобының қанында бұл көрсеткіштер фосфор қосқанға дейін 19%-24%-ға, фосфор қосқаннан кейін 43-49%%-ға ғана көтерілді.

«Өте сезімтал» топтың қанында өз бетінше шұғыла шашырату, әсерленген шұғыла шашырату, асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы фосфор қосқанға дейін 22,6-23,3%%-ға, фосфор қосқаннан кейін 220-296%%-ға қатты көтерілді. Фосфорға төзімділік көрсеткіш бұл топтағы жануарларда 2,6 есеге кеміді. Сонымен, дені сау жануарлардың қан ерітіндісінің хемилюминесценттік қасиеттері организмнің фосфорға сезімталдығына байланысты әр түрлі деңгейде өзгерді, ең аз ауытқулар «төзімді» тобында орын алса, ең үлкен ауытқулар «өте сезімтал» тобында болды.

Алынған мәліметтер қан ерітіндісінің хемилюминесценттік қасиетінің әр түрлі деңгейде болатынын және фосформен әсерленген хемилюминесценцияның өзгеруі фосфорға сезімталдығына байланысты екенін көрсетті.

Хемилюминесценттік әдіспен алынған зерттеу нәтижелері сау жануарлардың қанының эритроциттеріндегі липидтердің асқын тотығу мөлшерін спектроскопиялық әдіспен анықтағанда толық дәлелдеме тапты (2-кесте).

Жануарлардың қан эритроциттеріндегі липидтердің асқын тотық өнімдерінің фосфорға сезімталдығына байланысты жағдайы

2-кесте

Көрсеткіштер		Топтар			
		жалпы n-100	төзімді (n=74)	сезімтал (n=18)	өте сезімтал (n=8)
ДҚ (отб/106 жасуша)	1	15,3±0,32	13,1±0,18*	17,6±0,26*	30,1±0,36*
	2	15,7±0,70	12,1±0,60	20,1±1,10**	39,6±1,70**
ЛГАТ (отб/106 жасуша)	1	5,9±0,22	5,1±0,22	6,9±0,30*	11,7±0,59*
	2	6,2±0,37	4,8±0,21	8,1±0,40**	15,4±0,77**
ТБК-ӘӨ (мкмоль/мг)	1	5,2±0,21	4,6±0,12	5,9±0,18*	9,3±0,36*
	2	5,5±0,33	4,5±0,20	6,8±0,27**	11,9±0,60**

* p<0,05- жалпы топпен салыстырғандағы нақты көрсеткіш;
ДҚ – диенді қоспалар; ЛГАТ –липидтердің гидроасқын тотығы;ТБК-ӘӨ- тиобарбитурат қышқылымен-әрекеттесетін өнім; 1-болмыстық көрсеткіш;
2- фосформен әсер еткеннен кейінгі көрсеткіш;

Қан эритроциттеріндегі диенді қоспалар мен липидтердің гидроасқын тотығы және тиобарбитулат қышқылымен әрекеттесетін өнімдер деңгейлерінің жануарлардың фосфорға сезімталдығына байланысты өзгеруі тікелей өлшемділік қатынаста, яғни «сезімтал», «өте сезімтал» және «төзімді» топтардың арасында тікелей байланыс орын алды ($r_1=+0,63$; $r_2=+0,53$; $r_3=+0,60$). Бұдан липидтердің асқын тотығының өзгеруі жануарлардың фосфорға тұрақтылығына немесе сезімталдығына байланысты екені белгілі себеп шарттардың бірі болып табылады.

Фосфорға «төзімді» немесе сезімтал топтарының жануарлар эритроцит-теріндегі липидтердің асқын тотық өнімдерінің көрсеткіштері 2-ші кестеде және 2-ші суретте көрсетілген.

«Төзімді» топта диенді қоспалар көрсеткіші жалпы топқа қарағанда 14,4%-ға кемісе, «сезімтал» топта 15,0%-ға ғана өсті, «өте сезімтал» топта 2,0 есеге жуық жоғары болды (2-кесте, 2-сурет). Фосформен әсер еткеннен соң жалпы топта болмыстық көрсеткішімен салыстырғанда өзгермеді, «төзімді» топта өзгеріссіз болса, «сезімтал», «өте сезімтал» топтарда 14,3%-ға, 31,6%-ға сәйкес жоғарылады.

Липидтердің гидроасқын тотығы «төзімді» топта жалпы топқа қарағанда парықты өзгермеді «сезімтал» топта 16,9%-ға өсті, «өте сезімтал» топта 1,9 еседей жоғары болды. Фосформен әсер еткеннен соң жалпы топта және «төзімді» топта болмыстық көрсеткішімен салыстырғанда өзгермеді, «сезімтал», «өте сезімтал» топтарда 17,4%-ға, 31,6%-ға сәйкес жоғарылады.

Осындай өзгерістер соңғы өнімдерінің бірі тиобарбитулат қышқылымен- әрекеттесетін өнімдерді анықтағанда да орын алды. Фосфорға «төзімді» топта жалпы топқа қарағанда өзгеріссіз болса, «сезімтал» топта 13,5%-ға ғана өсті, «өте сезімтал» топта 1,8 есеге жуық жоғары болды (2-кесте). Фосформен әсер еткеннен соң жалпы топта, «төзімді» топта болмыстық көрсеткішімен салыстырғанда өзгермеді, «сезімтал», «өте сезімтал» топтарда 15%-ға, 27,9%-ға сәйкес жоғарылады.

Сонымен, жануарлардың фосфорға сезімталдығына байланысты кан эритроциттеріндегі липидтердің асқын тотығының өнімдері көбейді және олардың ең көп артуы «өте сезімтал» топта байқалды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Козловский В.А., Дардик А.Г., Надьрова Г.М. и соавт. Гигиеническая эффективность оздоровительных мероприятий в печных цехах фосфорного производства // Гигиена труда и профпатологии в производстве фосфора и его неорганических соединений.- Алма-Ата, 1991.- С.16-25.
2. Орманов Н.Ж. Использование хемиллюминесцентного метода в диагностике и прогнозировании состояния здоровья рабочих фосфорного завода // В методическом указании «Всесоюзной школы- семинара» по «Био-Термо- Хемиллюминесценции» (квантовая биология). -Москва-Суздаль, 1990.- часть II.- С. 33.
3. Voeikov V.L., Novicov C.N., Siuch N.I. Alterations in luminol-enhanced chemiluminescence from nondiluted whole blood in the course of low-level laser therapy of angina pectoris patients // "Ultrasensitive Biochemical Diagnostics II". Chs/Eds. G.E. Cohn and S.A. Soper, San Jose, CA, SPIE Proc., 1997, Vol. 2985, P. 286-294.
4. Voeikov V.L., Asfaramov R., Bulargina Yu.S., Novikov C.N., Vilenskaya N.D. Back reflected photons and Carbon Monoxide Enhance Chemiluminescence in non-diluted human blood: evidence in favour of red and white cells interactions. The Third Internet Photochemistry and Photobiology Conference Nov. 24 - Dec. 24, 2000.
5. Гаврилов В.В., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лабораторное дело.- 1983.-№3.-С.33-36.
6. А.С. №1084681. Беларусский НИИ кардиологии. Способ определения содержания гидроперекисей липидов в биологических тканях // Мирончук В.В., опубл. 13.04.84.Бюлл. №14.-3с: ил.
7. Андреева Л.И., Кожмякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуратовой кислотой // Лабораторное дело.- 1988.-№11.-С.41-43.

УДК 614.1:314.144:615.849.12

ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДАЦИИ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

М.А. Булешиов, Ж.К. Кудобаева

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақала Чернобыль атом электр станция апатының (ЧАЭС) зардабын жоюға қатынасқан адамдардың мүгедек болу ерекшеліктерін қамтиды. Аурушандықтың жоғарылауы ЧАЭС апатының зардабын жоюға қатынасқан адамдардың мүгедектігіне тікелей қатысты. Мүгедектік көрсеткіштері әлеуметтік жағынан аз қорғалған тұрғындар тобының денсаулығының индикаторлық жағдайы болып табылады. ЧАЭС апатының зардабын жоюға қатынасқан адамдар арасында бастапқы мүгедектік көрсеткіш деңгейі Оңтүстік Қазақстан облысының сәйкес көрсеткіштерінен 17 есе арта түсті, бақыланғандардың басым көпшілігі дене еңбегімен

айналысатын адамдар, олар бірден өз мамандығында (тас қалаушы, бетоншы, дәнекерші, сылаушы, жүргізуші, т.б.) еңбек етуге жарамсыз болып қалды.

SUMMARY

The peculiarities of invalidation of liquidators of the consequences of the Chernobyl atomic power station are involved in this article. The increasing sickness rate of invalidation of Chernobyl was reflected. Indices of the invalidation are an indicator condition of health of the social vulnerable groups of population.

Among the u wocators of the conse – guences of CherSouth Kazakhstan were increased 17 times. Most of them were of physical work who were worth – less to the professional works (bricklayer, concrete worker, welder, plaster, driver and so on.

Показатели инвалидности являются индикаторными по отношению к состоянию здоровья социально уязвимых групп населения. В связи с чем, нами проведено изучение особенности формирования первичной инвалидности лиц участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС).

В таблице приведены данные продолжительного мониторинга первичной инвалидизации среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в сопоставлении с популяцией – населением Южно-Казахстанской области (2001-2008гг.) и динамики степени нетрудоспособности (по группам инвалидности) в той же когорте, также в сопоставлении с популяцией.

Данные мониторинга первичной инвалидизации ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в сравнении с популяцией в период 2001-2008 гг. (на10.000чел.)

Таблица 1

Годы мониторинга	Объекты исследования				
	Население ЮКО		Ликвидаторы-чернобыльцы		P
	M	±m	M	±m	
2001	35,3	0,13	588,3	24,2	<0,02
2002	35,8	0,12	569,2	23,9	<0,02
2003	33,6	0,12	466,9	21,7	<0,02
2004	34,1	0,12	369,0	19,4	<0,02
2005	33,1	0,12	389,5	19,9	<0,02
2006	28,7	0,11	495,6	22,3	<0,02
2007	25,2	0,10	202,3	14,5	<0,01
2008	23,4	0,10	119,6	11,2	<0,01

Поскольку трудовая деятельность (или занятость) является одним из важнейших факторов, определяющих качество жизни, то в цивилизованных странах многое делается для обеспечения инвалидов равными возможностями трудиться.

По мере интеграции Казахстана в мировое сообщество, имеют место заметные подвижки в этом направлении. То есть снижение первичной инвалидизации достигается за счет создания адекватных условий труда для лиц, которые ранее из-за дефектов здоровья были бы неминуемо лишены возможности трудиться.

Среди чернобыльцев показатель первичной инвалидизации в первые годы наблюдения (2001-2002) превышал аналогичный показатель среди населения почти в 17 раз. В последующие годы отмечается прогрессивное снижение первичной инвалидизации. Это обусловлено, с одной стороны, тем что отслеживается закрытая, не пополняющаяся когорта и , следовательно, нет резерва роста. С другой стороны, поскольку подавляющее большинство наблюдаемых составили люди физического труда, они практически сразу в своей профессии (каменщик, бетонщик, сварщик, штукатур, водитель и т.п.) стали нетрудоспособны. Незначительная часть ликвидаторов - чернобыльцев, продолжающие работать, состоят из людей нефизического труда – управленцы, инженеры, врачи, ученые и т.п.

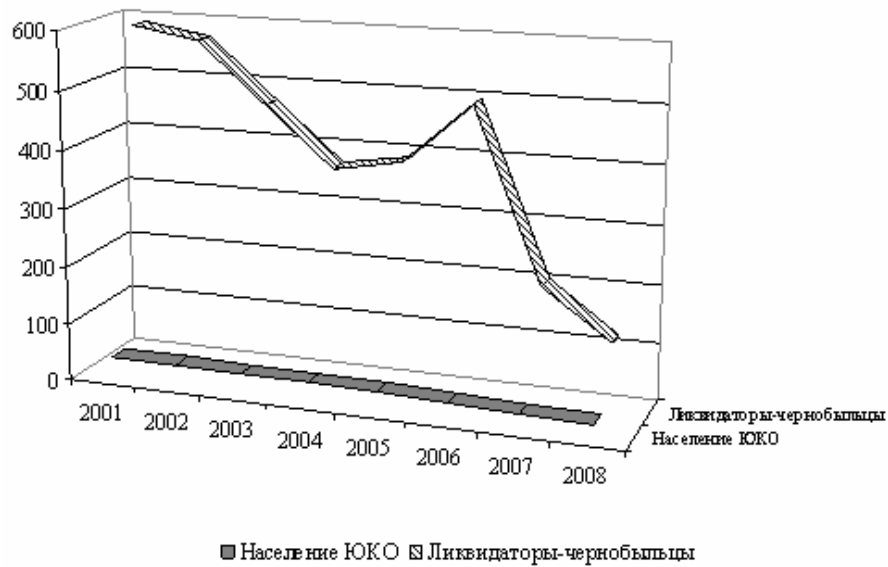
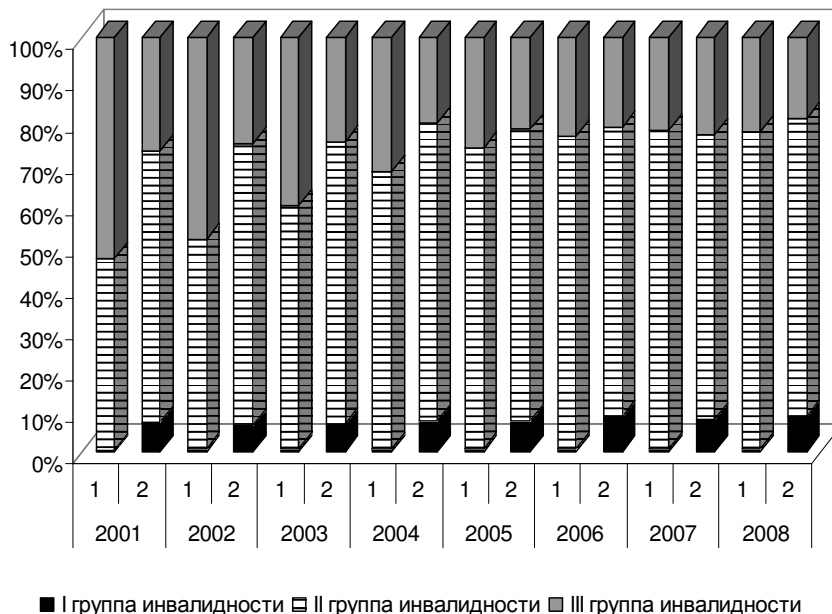


Рисунок 1

Мониторинг первичной инвалидизации ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в сравнении с популяцией в период 2001-2008 гг. (на 10000 чел.)

Рисунок 2

Динамика степени нетрудоспособности (по трем группам инвалидности) ликвидаторов последствий



аварии на ЧАЭС (1) в сравнении с популяцией (2) в процентах (%).

Среди ликвидаторов чернобыльцев состояние здоровья и работоспособности продолжало ухудшаться даже после выхода на инвалидность. Так, за период наблюдения (2001-2008гг.) количество инвалидов I группы среди ликвидаторов чернобыльцев увеличилось вдвое – с 0,4% в 2001 до 0,80% в 2008, а II группы – 1,7 раза (с46,3% до 76,3%). О том, что трудоспособность у ликвидаторов – чернобыльцев снижается можно судить и по тому, что численность инвалидов со II группы за обсуждаемый период прогрессивно и однонаправлено нарастает, увеличившись, как указано выше в 1,7 раза.

Полученные данные в ходе нашего исследования свидетельствуют, что показатели первичной инвалидизации среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в сопоставлении с популяцией – населением Южно-Казахстанской области (2001-2008гг.) превышают почти в 17 раз. Так как подавляющее большинство наблюдаемых составили люди физического труда, они практически сразу в своей профессии (каменщик, бетонщик, сварщик, штукатур, водитель и т.п.) стали нетрудоспособны. Незначительная часть ликвидаторов-чернобыльцев, продолжающих работать, состоят из людей нефизического труда – управленцы, инженеры, врачи, ученые и т.п.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.А. Нестеров. «Статистика инвалидности» М. Медицина 1977, с 166.
2. Ю.А. Блинков, В.С. Ткаченко Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учеб, пособие. Ростов на дону.-2002.-С.8.
3. О.Н. Шеенко. О медицинской помощи участникам боевых действий // О совершенствовании диспансеризации ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС: Приказ МЗ РФ//Здравоохранение РФ.-2001.-К5.-С. 24

УДК 614.1:314.144:615.849.12

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

М.А. Булешов, Ж.К. Кудабаява

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада Чернобыль атом электр станция апатының (ЧАЭС) зардабын жоюға қатынасқан адамдар мысалында, элеуметтік жағынан аз қорғалған тұрғындар тобының аурушандық деңгейі көрсетілген. Аурудың әсерін зерттеу ЧАЭС апатының зардабын жоюға қатынасқан 960 науқас арасында жүргізілді, ал салыстырылмалы бақылау тобы осы жастағы иондаушы сәуле әсеріне ұшырамаған ерлер тобын құрады. Зерттеу нәтижелері өзін «саумын» деп есептеп келген адамдар арасында терең медициналық тексеру барысында алынды. Негізгі топ арасында аурушандық салыстырылмалы бақылау тобына қарағанда, аурудың барлық түрлерінен жоғары екендігі анықталды. Зерттеуге қатынасқан топ арасындағы аурушандықты талдау нәтижесі, зақымдалуға ұшыраған науқастың жасы ұлғайған сайын үздіксіз артатындығын көрсетті.

SUMMARY

The condition of morbidity of social vulnerable group of population of liquidators of Chernobyl atomic power station is involved in this article. Sickness influence among 960 liquidators of consequence of an accidents at Chernobyl was studied, and other comparison observant group in this age didn't undergo to the influence of ionizing radiation.

Data were taken by the results of deep medical checkup, that is an active delineation of the morbidities at persons, who consider themselves practically healthy. The morbidity in the main group was higher, than in the control at the practically by all nosologies. The analysis of the studied group in a chronologic aspect showed steady increase with age of affection of our contingent by morbidity mentioned below, that is progressive worsening of the health condition.

Заболеваемость среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС изучалась на 960 пациентах Центральной поликлиники – по обращаемости.

Контрольную группу составил 120 мужчин аналогичного возраста ($51,2 \pm 1,1$ года), не подвергавшихся воздействию ионизирующих излучений в дозах, превышающие фоновые.

Мониторинг заболеваемости среди ликвидаторов - чернобыльцев ведется нами с 2000г., т.е. в течение 8 лет. В таблице 1 приведены данные о распространенности хронических заболеваний среди ликвидаторов – чернобыльцев в позднем периоде после радиационного воздействия, а именно к 22 годам от момента облучения, т.е. в 2008 году.

Как видно из таблицы 1 даже в контрольной группе обследованные лица имеют достаточно большое «бремя болезней». Обращают на себя внимание такие весьма высокие показатели распространенности заболеваний, как при артериальной гипертонии (4965,1), ИБС (4114,2), остеохондрозе позвоночника (5263,3).

В этом, безусловно, сыграли роль два фактора – возрастной ($M=51,2 \pm 1,1$ года, т.е. возраст, когда человек уже «сложил тот букет болезней», с которым он проведет остаток жизни), и половой (все обследованные – лица мужского пола, которые, как известно, раньше «осваивают» большую часть включенных в исследование нозологий).

Следует также не упускать из виду, что эти данные получены по результатам углубленного медицинского обследования, т.е. активного выявления заболеваний у лиц, возможно, считавших себя практически здоровыми, поскольку заболевания протекали без клинических манифестаций.

Из таблицы хорошо видно, что в основной группе заболеваемость оказалась значительно выше, чем в контроле, причем практически по всем нозологиям.

Распространенность хронических заболеваний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (на 10.000 чел.)

Таблица 1

Нозологии	Распространенность	
	Контроль (n=120)	Ликвидаторы (n=731)
Токсическая энцефалопатия	3931,1	5731,2
Нейроциркуляторная дистония	1591,4	2211,3
Хронический гастрит	2070,2	7760,2
Хронический дуоденит	1973,5	1601,4
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	1652,9	3233,7
Хронический гепатит	483,6	5621,5
Хронический холецистит	1907,7	6961,6
Артериальная гипертензия	3965,1	5451,3
Ишемическая болезнь сердца	4114,2	5691,3
Хронический бронхит	1692,8	2181,4
Хронический пиелонефрит	853,4	3721,8
Хронический простатит	1304,4	3601,1
Патология щитовидной железы	158,6	510,9
Остеохондроз позвоночника	5263,3	7761,5

Наибольшее превышение отмечено по хроническому гепатиту – более чем 11-кратное, нежели в контрольной группе. В 4 раза выше была в основной группе заболеваемость хроническим пиелонефритом; более чем в 3 раза – хроническим холециститом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, патологией щитовидной железы. Несколько менее выраженным, но также статистически достоверным ($P < 0,001$) было превышение заболеваемости в основной группе над контролем по остальным нозологиям. Анализ табличного материала показывает отсутствие качественных различий в структуре заболеваемости между ликвидаторами последствий аварии на ЧАЭС и контрольной группой. Иными словами, каких-либо специфических поражений у перенесших малодозное радиационное воздействие в позднем периоде после лучевой травмы обнаружено не было.

Анализ динамики заболеваемости в исследуемой группе в хронологическом аспекте, или, говоря другими словами, оценка влияния временного фактора на уровень заболеваемости, показал неуклонное повышение с возрастом пораженности нашего контингента вышеперечисленными заболеваниями, то есть прогрессирующим ухудшением состояния здоровья. При этом рост заболеваемости имеет однонаправленный характер, но не одинаковую интенсивность: так, например, заболеваемость токсической энцефалопатией у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС к 2008 году (в 22-летний срок) по сравнению с 1996 годом выросла в 50 (!) раз; ишемической болезнью сердца – в 40 раз; хроническим гастритом – более чем в 20 раз.

Распространенность хронических заболеваний и ее динамика в течение 22 лет наблюдений у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (на 10.000 чел.)

Таблица 2

№	Нозологии	Сроки после облучения			
		Контроль	5 лет	15 лет	22 года
1.	Токсическая энцефалопатия	3931,1	110,7*	4260,2*	5731,2**
2.	Нейроциркуляторная дистония	1591,4	708,3*	3420,5*	2211,3*
3.	Хронический гастрит	2070,2	354,3*	4830,6*	7760,2*
4.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	1973,5	-	1340,1*	1601,4*
5.	Хронический дуоденит	1652,9	961,8*	1950,3*	3233,7*
6.	Хронический гепатит	483,6	258,3*	4530,2*	5621,5*
7.	Хронический холецистит	1907,7	2310,2*	4510,6*	6961,6*
8.	Артериальная гипертония	3965,1	230,9*	2040,2*	5451,3*
9.	Ишемическая болезнь сердца	4114,2	150,8*	2820,5*	5961,3*
10.	Хронический бронхит	1692,8	1420,2*	1570,1*	2182,4*
11.	Хронический пиелонефрит	853,4	961,8*	2321,4*	3721,8*
12.	Хронический простатит	1304,4	960,4*	1020,9*	3601,1*
13.	Патология щитовидной железы	158,6	460,1*	420,7*	510,9*
14.	Остеохондроз позвоночника	5263,3	2610,3*	4830,8*	7761,5*

Примечание: * - разница статистически достоверна.

Надо сказать, что такой значительный рост заболеваемости данным и нозологиями у перенесших продолжительное малодозное радиационное воздействие отмечен также в Российской Федерации, в Украине и Белоруссии. Так, в Московской области заболеваемость у ликвидаторов в интервале 1991-1996 гг. выросла по всем показателям в 5-17 раз, в том числе гипертонической болезнью – в 145(!) раз, патологиями нервной системы – 67,8 раза. По данным, приведенным в Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации» в 1995 году, заболеваемость у ликвидаторов в 2-3 раза выше, чем в популяции.

Естественно, такое повышение заболеваемости не могло не отразиться на трудоспособности ликвидаторов.

Полученные данные в ходе нашего исследования свидетельствуют, что в основной группе заболеваемость оказалось значительно выше, чем в контроле, причем практически по всем нозологиям. Анализ динамики заболеваемости в исследуемой группе в хронологическом аспекте показал неуклонное повышение с возрастом пораженности контингента по всем заболеваниям, то есть прогрессирующего ухудшения состояния здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.А. Нестеров. «Статистика инвалидности» М. Медицина 1977, с 166.
2. Ю.А. Блинков, В.С. Ткаченко Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями: Учеб, пособие. Ростов на дону.-2002.-С.8.
3. О.Н. Шеенко О медицинской помощи участникам боевых действий // О совершенствовании диспансеризации ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС: Приказ МЗ РФ//Здравоохранение РФ.-2001.-К5.-С. 24.
4. Митрофанова С.С. Социологические методы в оценке состояния здоровья отдельных контингентов населения. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением – 2005, №35 с.32-36.

УДК 614.446.1:374.33-055.2:314.02(574.5)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТНОДЕМОГРАФИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Б.С. Малгаждарова, М.К. Темурян, Н.М.Суиндыкова, А.А.Ауельбаева, С.И. Журабекова
Южно-Казakhstanская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр, г. Шымкент
Женская консультация №2, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Мақалада ОҚО студенттер арасында әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштердің кейбір сұрақтары айтылған. Аталған көрсеткіштер отбасы қарым-қатынасын, отбасы құндылықтарын, студенттердің мамандықты таңдауын және олардың репродуктивті денсаулығы мен жағдайын қамтиды.

SUMMARY

The some questions about the social - demogratphical indications among the students of SKR were described. Their relations to the family and family values, choice of professions, and then the conditions of reproductive health and their behaviour were characterized in this article.

Введение. Важнейшим приоритетом нашего государства является социально-экономическая политика, направленная на поддержку семьи, матери и ребенка.

Проблема охраны репродуктивного здоровья, в особенности лиц молодого возраста в нашей стране приобретает особую социальную значимость. Это важнейшая государственная задача количественного и качественного роста населения, в особенности нашей молодежи, для которой приоритетами определены высокой образовательный уровень, духовность, патриотизм, интеллектуальное и культурное развитие и здоровье нации(1).

В настоящее время биологическое взросление подростков происходит раньше, чем было у предыдущих поколений, но личность при этом не достигает еще психологической и социальной зрелости. С этим связано резкое увеличение числа «сексуально-активных» подростков во всем мире.

Установлена тенденция снижения потенциала здоровья каждого последующего поколения по отношению к предыдущему. Это означает, что дети не замещают своих родителей ни по численности, ни по качеству здоровья. Подсчитано, что за последние 75 лет ежегодная потеря потенциала здоровья составляет 1%, т.е. за ¼ века потеря здоровья населения, достигла четверти имевшегося запаса. На таком фоне отмечается отчетливая тенденция ухудшения состояния репродуктивного здоровья подростков и молодежи, в том числе среди студенток.

Распространенность нарушений репродуктивной системы у подростков составляет по некоторым данным более 60%(2).

Цель и задача нашего исследования – определить основные социально-демографические показатели, характеризующие отношение студентов к выбранной профессии, семейным ценностям, оценке межэтнических отношений в сфере обитания и учебы. Выявить частоту и характер экстрагенитальной патологии и нарушения репродуктивной системы.

Материалы и методы исследования. В ходе проекта «Этнодемографическая ситуация в Республике Казахстан», реализуемая ОО «Республиканский совет женщин» при поддержке Министерства культуры и информации РК, в 2009 году было опрошено 250 студенток ВУЗов г.Шымкента. Анкета была составлена сотудниками Республиканского совета, состояла из 24 пунктов. Перед анкетированием проведена разъяснительная работа среди студентов. Отвечали на анкету во внеурочное время и по желанию.

Респондентами исследования являлись студентки:

- Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии – 42;
- Южно-Казахстанского государственного университета им.М.Ауезова – 76;
- Международного казахско-турецкого университета – 69;
- Казахского международного университета дружбы народов – 63.

Полученные результаты и обсуждение.

По возрасту опрошенные распределились следующим образом:

Возраст респондентов

Таблица 1

Возраст	Число	%
18-19 лет	127	50,8
20-21 лет	82	32,8
22-23 лет	41	16,4
Итого:	250	100%

В подавляющем большинстве 218 (87,2%) студентки проживали в городе, а 32 (12,8%) – в сельской местности. Наибольшее число студенток, поступивших в ВУЗы, были из ЮКО (148-59,2%). Из г.Шымкента поступили 79 (31,6%), из южного региона страны – 10 (4%), из северного региона – 2 (0,8%), а из стран СНГ – 11 (4,4%). Среди опрошенных студенток больше казашек 176 (70,4%) и узбечек 40 (16,0%), русские 11(4,4%), и др. национальности (2%).

Студентки воспитывались в какой семье

Рисунок 1



Студентки выросли в семьях, где 226 (90,4%) родители проживают совместно. В 8%(20семей) родители в разводе. Детей сирот – 4 (1,6%).

По национальности отцы и матери в большинстве казахи и узбеки. В 7 случаях встречались смешанные браки.

Из опрошенных студенток не состояли в браке 215 (86%), брак зарегистрирован у 29(11,6%), в гражданском браке 4 (1,6%) и разведены 2 (0,8%). Из стоящих в браке 33 студенток супруги были в возрасте 25 лет и старше у 20(60,6%), а у 13 (39,4%) – до 25 лет.

По национальности супруги были в основном казахи (16-48,5%) и узбеки (10-30,3%). Русских было 3 (9,1%) и по одному украинец, азербайджанец, турок. В одном случае национальность не указана. При опросе установлены хорошие условия жизни у 166 (66,4%).

Межэтнические ситуации оценили как дружеские 247 (98,8%) студенток,а как напряженные только 3(1,2%). Среди основных факторов, повлиявших на выбор профессии, 58 (23,2%) отметили осознанный выбор.

Вместе с тем, 57 (22,8%) не дали ответа, почему выбрали эту профессию.

Большинство отдают предпочтение проживанию с родителями - 201 (80,4%), а 49 (19,6%) студенток - проживанию отдельно от родителей.

В семейной жизни желают иметь 4 и более детей 104 (41,6%) и только одна (0,4%) не желает иметь детей.

Половой жизнью не живут 210(84%)студенток. До 18 лет начата половая жизнь у 14 (5,6%) студенток.

Начало половой жизни у 40 студенток:

В 16 лет – 2 (0,8%) в 20 лет – 7 (2,8%)

В 17 лет – 6 (2,4%) в 21 лет – 5 (2,0%)

В 18 лет – 6 (2,4%) в 22 лет – 2 (0,8%)

В 19 лет – 7 (2,8%) в 23 лет – 5 (2,0%)

Анализ перенесенных заболеваний показал, что здоровых студенток 102(40,8%) и 184 (73,6%) не страдают гинекологическими заболеваниями.

Углубленный анализ выявил, что у 28 (11,2%) по два заболевания, у 11 (4,4%) по три, у одной (0,4%) четыре и у одной (0,4%) пять заболеваний внутренних органов. Среди студенток с гинекологическими заболеваниями 6 (2,4%) страдают двумя нозологиями.

В анамнезе: роды у 17 (6,8%) студенток, у 6 (2,4%) был произведен медицинский аборт и у 2 (0,8%) произошел самопроизвольный выкидыш.

Контрацептивные средства из числа живущих половой жизнью - 40 (16%), применяют 19 (47,5%) студенток, из них КОКи - 8, а ВМС - 9.

Среди причин отказа от рождения ребенка превалирует стремление получить образование. В будущем предпочтение будет отдано работе по специальности - 186 (74,4%) и бизнесу - 29 (11,6%).

Работу по специальности студентки связывают с осозанным выбором - 117 (46,8%), исполнением желаний - 84 (33,6%) и востребованностью профессии - 27 (10,8%). На данный вопрос не ответили 22 (8,8%) студентки.

В будущем статус городского жителя предпочитают 150 (60%) студенток, а сельского жителя - 100 (40%).

Выводы: В ВУЗы в г.Шымкента поступает молодежь из районов ЮКО; большинство студенток воспитывались в многодетных полных семьях; респонденты желали иметь четырех и более детей (41,6%);

11,2% студенток имели раннее начало половой жизни. У 82% - соматические заболевания и каждая третья (26,4%) отмечала – гинекологическое заболевание. У 11,6% была беременность, из них 58,6%- роды и 27,5%- аборты. У студенток крайне низкая осведомленность по вопросам планирования семьи;

Контрацептивными средствами, среди живущих половой жизнью, пользуются - 19 (47,5%), причем, большая часть пользуются ВМС -9 студенток.

Студентки ЮКО имеют позитивные ценностные ориентиры в отношении семьи, традиционных семейных отношений, толерантны в межэтнических отношениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мустафина Ж.Г. Медико-социальные аспекты студенческой этнодемографии. Сборник материалов по теме «Проведение комплекса мероприятий по улучшению демографической ситуации в Республике Казахстан».- Алматы.- 2009.-с. 81-82.
2. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология. Москва. «Медпрактика -М».-2006. -640с.

УДК 618.714 – 005.1: 618.2 - 084(001.895)

РОЛЬ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В СНИЖЕНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Е.У. Рахимбаев

Арысский роддом Южно-Казахстанской области, г.Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада ОҚО Арыс қаласы перезентханасы жұмысына инновациялық технологияларды енгізу нәтижелері көрсетілген. Автор акушерлік қан кетулердің үш есеге төмендегенін анықтаған.

SUMMARY

The results of the innovative technologies application to the work of the maternity hospital in town Arus of SKR were described in this article. The author revealed that the obstetrics bluding was reduced on 3 times.

Одной из наиболее актуальных проблем акушерства на сегодняшний день остается прогноз, профилактика и лечение кровотечения, которое занимает ведущее место и играет существенную роль в структуре причин материнской смертности(1).

Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест(2,3). Частота кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 от 8,0%(3). Кровотечения в раннем послеродовом периоде наблюдаются в 2,2% случаев, у первородящих кровотечения развиваются в 0,3% наблюдений, у

многорожавших женщин в 4,0% и более. При послеродовых кровотечениях гистерэктомия производится в 0,1% случаев, в 0,27% - после операции кесарева сечения(1).

С 2005 г. ВОЗом начата реализация международной программы по стратегии Безопасного материнства, рассчитанная на различные уровни оказания акушерской помощи. Программа обеспечения безопасной беременности, рекомендованная ВОЗ, 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 программу включены: организация индивидуальных родильных палат; партнерские роды; свободный выбор роженицей положения в родах; использование партограммы, как инструмента ведения родов; активное ведение III периода родов; эпизиотомия по показаниям со стороны плода.

Целью исследования явилось определить роль новых инновационных технологии в снижении акушерских кровотечений в условиях Арысского роддома Южно-Казахстанской области (ЮКО).

Материалы и методы исследования. Материалом служили госпитализированные с 2007 по 2009 гг. беременные и роженицы Арысского роддома ЮКО. Использованные методы исследования: обще-клинический, партограмма, ультразвуковые исследования, биохимический и определения коагулограммы, групповые крови и резуса.

Ретроспективный анализ основных показателей по акушерской службе и данные проспективного исследования за 2009 год по Арысскому роддому ЮКО.

Методика активного ведения третьего периода родов: в течение 1 минуты после рождения ребенка вводится 10 ЕД. окситоцина в/м с позволения роженицы. Основным и ответственным моментом в этой методике является контролируемое потягивание за пуповину. После того, как появилось сильное сокращение матки (через 2-3 минуты после инъекции окситоцина) очень осторожно потягивают пуповину на себя вниз для рождения плаценты. Потягивание осуществляется синхронно к сокращению матки с отведением ее в противоположную сторону. Третий важный компонент в этой методике – массаж матки, которую проводят через переднюю брюшную стенку родильницы (наружный массаж матки). Массаж проводится каждые 15 мин. до перевода в послеродовое отделение (2 часа).

Результаты и обсуждение. Начиная с 2008 года в Арысском роддоме ЮКО, начато внедрение новых технологий, предложенных ВОЗ, программы «Безопасное материнство» и «Эффективные перинатальные технологии». С начала были созданы индивидуальные родильные залы, которые соответствуют одному из главных принципов эффективного перинатального ухода, что способствует благоприятному течению родов в дружественной обстановке (по доказательной медицине).

В настоящее время увеличились количество индивидуальных родовых палат от 2 (2008 г.) до 6 (2009г.). Индивидуальные родзалы оснащены приспособлениями для ведения родов в свободной позиции (мячи, шведские стенки, мягкие напольные матрасы).

За последние годы отмечается увеличение приема родов по Арысскому роддому ЮКО: количества родов в 2007 году - 1605, в 2008 году – 1918 и в 2009 году - 1758. Арысский роддом ЮКО по принципу регионализации оказания акушерско-гинекологической помощи в области относится к I уровню оказания помощи – прием родов у беременных с физиологическим течением и низким уровнем риска перинатальных осложнений. В таблице 1 приведены качественные показатели по роддому за период с 2007 по 2009гг.

Качественные показатели по Арысскому роддому

Таблица 1

№	Наименование	2007 г.	2008 г.	2009 г.
1	Поступило под наблюдением женской консультации беременных	2076	2212	2175
2	Из них со сроком беременности до 12 недель	1640	1800	1716
	Ранний охват беременных наблюдением в %	79,0	81,3	79,0
3	Закончили беременность родами и абортами	1953	2076	1978
	Из них были осмотрены терапевтом	1850	1965	2068
	% осмотренных терапевтом	94,7	94,6	95,0
	Из числа осмотренных терапевтом со сроком беременности до 12 недель	1175	1753	1796
	Ранний охват беременных наблюдением терапевте в %	62,0	89,2	82,5
4	Осложнения беременности из них: - анемией (абсолютное число)	406	770	1075
	На 100 женщин закончивших беременность родами	21,4	37,2	49,4
5	Болезней моче-половой системы (абсолютное число)	12	554	364
	На 100 беременных женщин поступивших под наблюдением	0,6	26,7	16,7
6	Поздний гестоз (абсолютное число)	143	372	193
	На 100 беременных женщин поступивших под наблюдением	2,2	18,0	8,8
7	Венозные осложнения (абсолютное число)	16	23	134
	На 100 беременных женщин поступивших под наблюдением	0,8	4,8	6,1

8	Дисфункция щитовидной железы	-	10	6
	На 100 беременных женщин поступивших под наблюдения	-	0,4	0,2
9	Принято родов	1605	1918	1758
10	Послеродовое кровотечение	133	46	42
	На 100 родов в %	6,9	2,8	2,3
11	Венозные осложнения в послеродовом периоде (абсолютное число)	-	-	1
	На 100 родов в %	-	-	0,04
12	Разрыв промежности I – II степени	47	35	17
	На 100 родов в %	2,9	1,8	0,7
13	Разрыв промежности III степени	2	-	-
	На 100 родов в %	0,1	-	-
14	Родоразрешение путем кесарева сечения	49	58	87
	На 100 родов в %	3,1	3,0	4,9
15	Партнерские роды	-	288	703
16	Родилось детей – всего	1610	1929	1766
17	Родилось живыми	1596	1905	1749
18	% живорожденных	99,1	98,7	99,0
19	Родилось мертвыми	14	24	17
20	Мертворождаемость на 1000 родивших живыми и мертвыми	0,8	1,2	9,6
21	Из числа мертворожденных смерть поступила до родовой деятельности	7	4	5
22	Аntenатальная гибель плода на 1000 родивших живыми и мертвыми	7	20	12
23	Из общего числа родившихся живыми умерло – всего	13	15	9
24	Из общего числа умерших умерло в возрасте 0-6 суток	13	15	9
25	Ранняя неонатальная смертность	8,1	15 7,8	9 5,1
	Перинатальная смертность	16,8	20,2	14,7
26	Родилось больными и заболело в стационаре (детей)	177	212	224
27	Заболеваемость на 1000 родившихся живыми	180,3	179,0	128,0

Как видно, из таблицы частота партнерских родов в Арыском роддоме ЮКО увеличилась в 2,7 раза, то есть с 15% (288абс.ч.) до 40%(703абс.ч.). Увеличение частоты партнерских родов привело к снижению использования медикаментозного обезболивания, что снизило затраты на медикаменты (демедиализации родов). Положительным моментом являлось снижение процента осложнений в родах в 1,5 раза. Слабость родовой деятельности снизилась в 1,7 раза – от 1,6% (31абс.ч.) (2008г.) до 1,0% (18абс.ч.) (2009г.). Дискоординированная родовая деятельность от 5 (0,3%)(2008г.) до 4 (0,2%)(2009г.). Быстрые роды от 7(0,4%)(2008г.) до 3 (0,2%)(2009г.). То есть, в целом аномалии родовой деятельности снизились от 2,2% до 1,5%. Это привело к увеличению рождения здоровых новорожденных по шкале Апгар в 7-8 баллов в 2 раза.

Отмечено снижение послеродовых кровотечений от 6,9% до 2,3% за счет внедрения активного ведения III периода родов.

Разрывы промежности снизились от 2,9% до 0,7% на 4,1 раза. Случаев разрыва промежности III степени не наблюдались.

Увеличение перинатальной смертности (ПС) в 2008 году объясняется с внедрением критериев живорождения ВОЗ с января этого года в ЮКО. Снижение ПС в 1,4 раза в 2009 году по сравнению с 2008 годом является результатом внедрения программы поддержки эффективной перинатальной технологии и «Безопасного материнства» в работу роддома.

Выводы. Таким образом, внедрение инновационных технологии в работу городского роддома г. Арысь ЮКО способствовало снижению акушерских кровотечений у беременных, рожениц и родильниц, что обусловлено снижением осложнений родов: результат внедрения и увеличения количества партнерских родов; снижения частоты аномалии родовой деятельности (дискоординированная, затяжная и чрезмерная); снижения количества травм промежности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малгаждарова Б.С., Молдашева У.М., Мамырбекова С.У. и др. Особенности факторов риска акушерских кровотечений. Современные аспекты прогнозирования и профилактики акушерских кровотечений. – Алматы. -2004. - с.106-109.
2. Чернуха Е.А., Федорова Т.А. Эволюция методов терапии послеродовых кровотечений.// Акушерство и гинекология.- 2007-№4-с.61-64.

3. Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Комиссарова Л.М. Профилактика и лечение массивных акушерских кровотечений, как фактор снижения материнской смертности.// Материалы форума «Мать и Дитя».- 2007.-с. 294-295.

УДК 616-002.77-07(574)

ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРОВЕДЕНИЕ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*А.Е. Туртаева, А.Д. Каркабаева, Г.М. Усербаева, Г.Б. Жалмурзаева, Ж.А. Битемирова
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент
Казахский государственный медицинский университет г. Астаны, г.Астана
Казахский национальный государственный медицинский университет, г. Алматы*

ТҮЙІН

Үкіметтің қаржылық қолдауымен негізгі ревматикалық аурулардың таралуы алғаш рет зерттелінді. 15-90 жас аралығында 92020 адам скрининг-сұрақнамасынан өтті. Солардың ішінде 30-46% аралығында буындық патологиясы бар адамдар анықталды.

SUMMARY

For the first time the main rheumatic diseases by the supporting government finances was studied. 92020 people at the age from 15 till 90 was performed the scrining – questionnaire. 30 - 46% from that there were persons with suspicion to the articulate pathology.

Ревматические заболевания (РЗ) и/или суставная патология встречается у женщин и мужчин любого возраста и во всех климато-географических зонах.

Проблема РЗ беспокоит медицинское сообщество всего мира. 2010 год - является завершающим годом «Декады патологии костей и суставов», объявленной Всемирной организацией здравоохранения. Идею, программу и цель декады поддержали морально и материально ООН, ВОЗ, Всемирный банк, правительство 48 стран мира и более 650 организаций [1,2]. Сотрудниками кафедры «Терапия-2» совместно с учеными ревматологами и врачами проведена крупномасштабная исследовательская работа при финансовой поддержке правительства Республики Казахстан (РК) [3].

Цель исследования. Изучить эпидемиологию патологии суставов.

Материалы и методы. Нами была подготовлена научно-исследовательская программа «Разработка научно-обоснованных подходов совершенствования ревматологической помощи в Республике Казахстан». Для выполнения данной программы проведена подготовительная работа. Разработаны скрининг-анкеты на государственном и русском языках. Профессорско-преподавательским составом кафедры проведена организационная работа в регионах РК. Врачи первичной медико-санитарной службы и средний медицинский персонал, привлекаемый к работе, были ознакомлены с целью программы и технологией скрининг-опроса.

Впервые в РК изучена распространенность основных РЗ методом сплошного массового обследования репрезентативной группы населения с использованием стандартной документации. Работа первого этапа проводилась в специализированных медицинских центрах (научно-исследовательский институт, клинические базы, ревматологические отделения) РК.

Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных статистических программ STATISTUCA 6.0.

Случайным методом проведен отбор анкет с положительными ответами на боли и припухание суставов. Из них была сформирована группа, которым был проведен клинический осмотр врачами-ревматологами.

Результаты. На вопросы анкет ответили 92020 человек, в возрасте от 15 до 90 лет. С помощью скрининг-анкеты выделены лица с подозрением на суставную патологию, которые составили от 30 до 46% всей выборки по РК. При анализе жалоб в зависимости от локализации боли больше половины (54%) приходится на коленные суставы, на суставы стоп 1,2%. Частота боли в суставах в Южном и Восточном регионах почти в 2 раза чаще встречаются у женщин и нарастает в обеих группах старше 39 лет. В Западном регионе боль в суставах также преобладает у женщин, но заметная тенденция к нарастанию отмечена преимущественно у женщин старше 49 лет. В Центральном и Северном регионах отмечается одинаковая частота выявления суставного синдрома, как у мужчин, так и у женщин, нарастающий с возрастом.

Диагностический этап работы продолжается.

Таким образом, метод скринирующего анкетирования населения проведенный нами занимает минимальное время и с малой затратой труда. Полученные данные показывают высокую распространенность патологии суставов, что требует продолжения работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The bone and Joint Decade 2000-2001) // Российский медицинский журнал. – 2000. – Т.8. - №9. – С. 8-14.
2. Насонова В.А., Хантаев Н.В. Международное десятилетие болезней костей и суставов // Терапевтический архив. – 2001. - №5. – С. 5-7.
3. Отчет научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных подходов совершенствования ревматологической помощи в Республике Казахстан». – Шымкент. - 2008г.

УДК -616-08-039.57:616-05:364.46.22

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Я.Г.Чуриева, К.Е. Ахмадиева, Г.К.Жакыманова

Южно-Казахстанская государственная медицинская 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.

SUMMARY

The perfect organization of first sanitary aid at home must be held with the help of district doctors, which should examine their patient perfectly. Looking after the patients and grandparents in terminal conditions the first aid must help with illnesses to the patients.

Стратегический менеджмент требует постоянного совершенствования организации медицинской помощи. Одним из путей реализации данной стратегии является изучение мнения потребителей (пациентов) о качестве организаций медицинских услуг. В рамках применения системы сбалансированных показателей необходимо осуществлять изучение мнения пациента и врача в определении состояния качества амбулаторно - поликлинических и стационарных услуг.

Многочисленные проблемы здравоохранения страны (несоответствие системы организации и управления здравоохранением современным требованиям, недостатки в материально – техническом обеспечении, в подготовке и использовании кадровых ресурсов, трудности при внедрении в практику научных разработок и др.) сказываются на результатах медицинской помощи и порождают справедливые нарекания со стороны населения. Руководители здравоохранения различных уровней предлагают пути решения проблем, определяют их приоритетность, но во всех предложениях однозначным является требование резкого улучшения организации деятельности лечебно – профилактических учреждений и качества медицинской помощи.

Не ставя задачу критического анализа существующих многочисленных определений качества медицинской и не вдаваясь в теоретические обоснования, считаем целесообразным в рамках излагаемого материала принять следующее рабочее определение, удовлетворяющее одному из существенных требований – универсальности: качество медицинской помощи – это соответствие предоставляемой оптимальной помощи в пределах имеющихся ресурсов и возможностей потребностям пациентов.

Основными компонентами качества являются технология оказания медицинской помощи (зависящая от научно-технического уровня, материальной базы здравоохранения и профессиональной базы здравоохранения и профессиональной подготовки медицинских работников) и искусство её оказания (включающее сферу организации общения с пациентом, манеры и поведение персонала, этику и деонтологические навыки работников медицинских учреждений, НОТ, методы и формы управления).

Общепринятым подходом к решению вопросов улучшения качества медицинской помощи является стремление к обеспечению высокого технологического уровня профилактических, диагностических и лечебных процедур. Не умоляя значения технологических вопросов, необходимо, однако, подчеркнуть, что искусство оказания медицинской помощи, особенно в условиях поликлиники, дает больше возможностей для повышения ее качества, так как успех в лечении значительной части «поликлинической» патологии – ОРВИ, гриппа, ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта – мало зависит (или даже совсем не зависит) от использования технических средств. Поэтому конечные результаты технического порядка при такой патологии не лучше конечных результатов организационного и этико-деонтологического свойства, а, кроме того, последние несравненно дешевле, более управляемы и позволяют получить отдачу в кратчайшие сроки.

Главными критериями качества медицинской помощи служат степень использования медицинскими работниками имеющихся в их распоряжении ресурсов, изменения в состоянии здоровья населения, удовлетворенность населения полученной медицинской помощью.

Каждый из трех названных критериев важен и является необходимым элементом комплексного подхода к оценке деятельности системы здравоохранения в целом, различных служб, учреждений и отдельных работников. Однако из огромного количества показателей (по данным некоторых авторов – до 2000), применяемых при анализе деятельности здравоохранения, лишь небольшая часть из них может быть отнесена к критериям качества. В этой связи представляется необходимым определить значимость каждого критерия с точки зрения целесообразности его использования в стратегическом или оперативном управлении качеством оказания медицинской помощи.

Критерий степени использования медицинскими работниками имеющихся в их распоряжении ресурсов, появившихся в медицинской практике новых технологических приемов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации может служить сегодня для оценки профессиональных возможностей медицинского персонала, его отношения к имеющимся средствам. Качественный аспект оценки возможен лишь при разработке соответствующих стандартов технологии ведения с той или иной патологией и при сопоставлении с фактическими данными может занять надлежащее место в системе управления качеством оказания медицинской помощи.

Критерий состояния здоровья незаменим в принятии стратегических управленческих решений и на достаточно высоком уровне управления, тогда как для оперативных целей управления или оценки деятельности отдельного учреждения, а тем более конкретного медицинского работника он может использоваться со многими оговорками. Так, по данным ряда авторов, деятельность системы здравоохранения занимает среди факторов, влияющих на здоровье населения, примерно 10%; изменения в здоровье населения проявляются через значительные промежутки времени, иногда зависят от экстремальных причин; статистическая достоверность оцениваемых параметров достигается при достаточно большом числе данных и т.д.

С позиций оперативного управления критерий удовлетворенности населения медицинской помощью, оказываемой городскими поликлиниками, является наиболее предпочтительным, благодаря следующим характеристикам: этот критерий объективен, так как отражает мнение потребителя медицинской помощи и следовательно, свободен от профессиональной предвзятости или ведомственной зависимости; он многоаспектен, так как может включать в себя показатели, характеризующие организацию медицинской помощи, доступность терапевтической и специализированных видов медицинской помощи, качество ряда проводимых лечебных мероприятий, эффективность профилактической работы, этико-деонтологическую сторону профессиональной подготовки врача; он чрезвычайно чувствителен, так как обладает способностью практически немедленной реакции почти на все изменения, происходящие в оказании медицинской помощи.

В рамках эксперимента по свободному выбору врача, проведенного в поликлиниках ряда регионов страны, исследована возможность использования вышеназванного критерия в управлении качеством организации лечебно-профилактической помощи. Методика исследования состояла из нескольких элементов получения и анализа информации, характеризующей среди прочих организационные и этико-деонтологические аспекты поликлинической помощи.

Социологическая программа исследования включала опросы населения с целью выявления причин неудовлетворенности организацией профилактических осмотров, клинических исследований, консультаций и работы вспомогательных подразделений поликлиники. Кроме того, теми пациентами, которые хотели бы получать медицинскую помощь у другого участкового терапевта, заполнялась специальная анкета с указанием причин такого решения. Наконец, третья анкета, заполнявшаяся пациентами участковых терапевтов, позволяла систематически в ходе всего периода исследования иметь ежеквартальную оценку удовлетворенности врачебным приемом (с указанием причин неудовлетворенности). В дополнение к такой оценке тщательному экспертному анализу подвергались все письменные жалобы населения и те из них, которые признавались обоснованными, шли в зачет общей оценки работы участкового терапевта.

Вторая часть социологической программы была направлена на получение профессиональной оценки причин неудовлетворенности населения медицинской помощью. С этой целью были разработаны анкеты, заполнявшиеся участковыми терапевтами на начальном и заключительном этапах исследования. Экспертная оценка ряда регистрируемых показателей организации работы участковых терапевтов дополнила результаты анкетирования врачей.

Сравнительный анализ полученных данных позволил выявить изменения, происшедшие в удовлетворенности населения организацией медицинской помощи в поликлиниках, а также в показателях, являющихся причинно-следственными в этих изменениях.

Детальный анализ социологического исследования причин неудовлетворенности населения медицинской помощью и оценку этих причин врачами предполагается дать в специально посвященной этой теме статье.

Задачей настоящего сообщения является анализ динамики тех показателей работы врачей и поликлиники в целом, которые относятся к критерию удовлетворенности населения организацией медицинской помощи.

В нашем примере анализируется динамика количества пациентов, пришедших от одного врача к другому, числа обоснованных жалоб населения, числа отрицательных оценок пациентами врачебного приема, времени ожидания приема, времени обследования до установления диагноза, числа дефектов при проведении диспансеризации.

Использованная в исследовании система получения и обработки данных предоставила возможность администрации поликлиник на производственных совещаниях регулярно информировать врачей об изменениях контролируемых показателей, разрабатывать и применять меры немедленного воздействия на неудовлетворительные моменты в организации лечебно-профилактической помощи.

Первые три перечисленных показателей являются прямыми производными реакции населения на неудовлетворительное состояние медицинской помощи, в том числе и ее организационных аспектов. Значительная часть причин неудовлетворенности населения (и как следствие переход к другому врачу, жалобы, негативная оценка контакта с врачом) относится к области межличностных отношений врача и пациента. Это прежде всего (со стороны врача) невнимательность, равнодушие, реже – грубость т.п. Аргументом в правильности такого заключения является достаточно быстрое и однозначное стремление величин этих показателей к нулевому уровню после проведения соответствующей работы с участковыми терапевтами и работающими с ними на приеме медицинскими сестрами по корректировке поведения в общении с пациентами.

При введении принципа свободного выбора участкового терапевта на начальном этапе лишь 0,2% населения перешли к другому врачу, на последующих этапах эксперимента таких переходов зарегистрировано не было. Это свидетельствует прежде всего о достаточно высоком авторитете подавляющего большинства участковых терапевтов, а также о надуманности самой проблемы свободного выбора врача в нынешних условиях (отсутствие каких-либо мотиваций у врача к борьбе за пациента, невозможность физически обеспечить медицинской помощью на дому пациентов, проживающих не только на закрепленном территориальном участке и т.п.). Следует, однако, отметить, что в психологическом плане переходы пациентов оказываются достаточно эффективным стимулом в стремлении врачей к улучшению взаимоотношений с больными, совершенствованию некоторых организационных моментов приема (активное регулирование очереди, консультирование у специалистов в присутствии участкового терапевта и т.д.).

Обоснованные жалобы населения на участковых врачей отмечались как единичные лишь на начальном этапе исследования. Начиная со II квартала обоснованных жалоб зарегистрировано не было. Характер жалоб начального этапа сводился к задержкам в обследованиях, отказам в направлении на консультации или в выписывании тех или иных медикаментов и пр. После того как врачам рекомендовали находить для пациентов приемлемые формы объяснения своих назначений и действий, проблема жалоб была практически снята с повестки дня. Следует отметить и корректировку другой стороны возникновения обоснованных жалоб: врачи перестали давать поводы для написания жалоб и тем, что стремились в пределах возможностей удовлетворять желания пациентов в полноценном обследовании и лечении.

Проводившиеся регулярно оценки врачебного приема пациентами на начальном этапе исследования показали в 3,3 % случаев негативное отношение к состоявшемуся контакту с врачом. Причины отрицательных оценок заключались главным образом в сфере межличностных отношений (невнимательность, равнодушие, грубость врача) и организационных аспектах проведения приема (очереди, несоблюдение времени приема, трудности в получении консультации специалиста, нечеткость работы регистратуры и т.д.). Своевременная реакция врачей и руководителей поликлиники на эти оценки привела к тому, что уже во II квартале от начала исследования лишь 0,6 % оценок приема со стороны пациентов были негативными, а затем, до конца исследования, они были только положительными.

Следующие в анализируемой нами группе показатели организации медицинской помощи, вызывавшие неудовлетворенность пациентов (длительность ожидания приема, растянутость обследования до установления диагноза и начала интенсивного лечения, формальное проведение диспансеризации без необходимых осмотров и обследований), с помощью разработанной системы регистрации и оценки были поставлены под постоянный контроль со стороны врачей и администрации поликлиник. Проводимые мероприятия (активное регулирование очереди, максимально возможное соблюдение назначаемого времени приема, согласование расписания приема терапевтов и специалистов, корректировка в соответствии с пиками нагрузки, назначение времени обследования и лечебных мероприятий в диагностических и лечебных подразделениях поликлиник и т.д.) позволили добиться существенных улучшений регистрируемых показателей. В оценках населения причины неудовлетворенности, связываемые с упомянутыми показателями, к концу исследования упоминались на порядок реже, чем в начальном периоде.

Отмечена четкая тенденция уменьшения времени ожидания врачебного приема, хотя исходные позиции были различными и базировались на среднестатистическом для каждой поликлиники времени (от 15 до 18 мин). И если в начальном периоде более 50 % врачей не выполняли условного для поликлиники «норматива», то на заключительном этапе к 85-100 % врачей время ожидания приема было меньше расчетного. Аналогичные сдвиги произошли и со временем обследования по ведущим заболеваниям (ИБС, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, хронические бронхиты и пневмонии). С учетом клинко-диагностической базы в поликлиниках были получены расчетные ориентиры сроков обследования, которые составили от 2 до 10 дней. Данные начального периода свидетельствуют о том, что

более установленного времени обследовали пациентов от 25 до 75 % врачей. На заключительном этапе от 80 до 100 % врачей выдерживали расчетные сроки при сохранении полноты обследования.

Охват диспансерным наблюдением лиц с ведущими заболеваниями был практически повсеместно стопроцентным, однако дефекты при проведении диспансеризации, заключающиеся в проведении неполного объема исследований, в начальном периоде отмечались у абсолютного большинства врачей. К концу исследования удалось несколько улучшить эту работу, хотя коренного перелома в ее выполнении добиться не смогла ни одна поликлиника. Возможные объяснения следует искать в несовершенстве требований к проведению диспансеризации и излишнем количестве документов, которые приходится заполнять участковым терапевтам.

Представляется не безинтересным мнение участковых терапевтов о причинах неудовлетворенности населения медицинской помощью. По мнению большинства анкетированных врачей, на длительность обследования пациентов прежде всего влияет недостаточная материально-техническая оснащенность поликлиник; 66 % врачей видели серьезную причину этого в недисциплинированности пациентов, 46 % терапевтов - в плохой организации лечебно-диагностического процесса (несогласованность расписания работы различных специалистов и подразделений поликлиники). Все это задерживало начало интенсивного лечения, удлиняло его сроки и, по мнению более чем 1/4 части врачей, приводило к конфликтам с пациентами. Примерно в этой же пропорции указанные причины назывались в качестве основных и при анализе недовольства населения мероприятиями по диспансеризации.

Участковые терапевты считают, что улучшению удовлетворенности населения медицинской помощью могут способствовать совершенствование организации лечебно-диагностического процесса (60 %), снижение нагрузки на приеме (58%), улучшение профессиональной подготовки врачей (44 %) и передача части функций средним медицинским работникам (40%). Любопытно, что в качестве основных причин конфликтов с пациентами не указана недостаточная деонтологическая подготовка врачей, но каждый четвертый из них хотел бы эту подготовку улучшить.

Следовательно, многофакторный характер оценки качества организации медицинской помощи населению в городских поликлиниках дает основание для поэтапного решения проблемы ее улучшения. Учитывая длительность периода материально-технического переоснащения, поиска и внедрения в практику новых медицинских технологий, а также отдаленность появления основных результатов (уменьшение показателей смертности, инвалидизации, увеличение средней продолжительности жизни), представляется целесообразным на первом этапе работы по совершенствованию организации лечебно-профилактической помощи сосредоточить усилия на достижении и оценке показателей удовлетворенности населения медицинской помощью, дающих достаточно объективные предпосылки для оперативного управления качеством ее организации.

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. Таким образом, уже сегодня вполне реально внедрение в практику управления качеством организации медицинской помощи оценки удовлетворенности населения на регулярной основе по ряду показателей (как приведенных в настоящем сообщении, так и в иных сочетаниях).

Информация, необходимая для принятия решений, управляющих воздействием, может быть получена наряду с существующей системой учета деятельности поликлиники, специально создаваемой информационной базой медико-социологического плана, легко осуществимой технически и не требующей больших усилий для функционирования. Последнее подтверждается тем, что ряд поликлиник, участвовавших в эксперименте, предполагает продолжать периодические опросы населения с целью получения оценок врачебного приема, а также регулярную экспертную оценку регистрируемых показателей улучшения (ухудшения) организации лечебно-профилактической помощи населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Саурбаев Т.К. К вопросу совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи населению г.Тараз. «Сб. Трудов 5-ой Международной конференции молодых ученых-медиков стран СНГ» Современные проблемы теоретической и клинической медицины. – Алматы, 2003. с 21.
3. 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.

УДК 616-053.31: 314.422.26

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА*Г.П. Касымова, З.Д. Аманжолова**Высшая школа общественного здравоохранения, управление здравоохранения, г. Алматы***ТҮЙІН**

Ғылыми зерттеу жұмыстарының нәтижелері интраналдық кезеңдегі шараналардың шығыны көбінесе бетін қайтаруға және алдын алуға болатын себептерден туындайтындығын көрсетті.

Әйелдердің босануы барысында туындайтын асқинулар босануды іске асыру тактикасының дұрыс болмауынан, туылуды қамтамасыз етуге бағытталған шаралардың дер кезінде жүзеге асырылмауынан туындайды. Осыдан ұзақ мерзімді гипоксия мен асфиксия қалыптасып, баланың өліміне алып келеді, сонымен қатар жаңадан дүниеге келген нәрестеге қажетті реанимациялық шараны дер кезінде немесе мүлдем ұйымдастырмау, босану барысында нәрестенің жарақаттануы да олардың шығын болуына алып келеді.

SUMMARY

The results of the research indicate that the loss of fetus in the intrapartum period is due entirely preventable causes. Arose during childbirth complications were characterized by irregular tactics of birth, untimely for conducting the events of birth that led to the development of prolonged hypoxia and asphyxia at birth. Lack of timely (within the first 30 seconds after birth) and adequate resuscitation has resulted in death. In addition, the manual used in childbirth, which caused the injury of fetus and their deaths in the intrapartum period.

С целью установления причин перинатальных потерь г. Алматы (2004-2008 гг.) проведена экспертная оценка 1682 историй родов женщин, беременность которых закончилась мертворождением и 1968 случаев смерти новорожденных, умерших в первые 168 часов после рождения, то есть в раннем неонатальном периоде (РНП) в родильных домах г. Алматы.

Установлено, что основные потери плодов (72,3%) происходят в интранатальном периоде и, согласно патологоанатомическим исследованиям, непосредственной причиной смерти плодов в интранатальном периоде является внутриутробная асфиксия (83,%). Родовая травма, диагностированная в 10,2% вскрытий, также была следствием неадекватного ведения родов.

Незначительный удельный вес приходится на врожденные пороки развития и гемолитическую болезнь плода вследствие несовместимости крови матери и плода по резус-антигену.

Основными факторами, способствовавшими гибели плодов в родах были тазовые предлежания плода, аномалии пуповины, затяжные роды с длительным безводным периодом, предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и клинически узкий таз.

Смерть плодов в интранатальном периоде чаще происходила во время изгнания (48,3%), реже — в фазу раскрытия (17,4%) и 34,3% приходится на случаи, когда мертворождение плода констатируется при отсутствии дыхания, которое не восстановилось после мер первичной реанимации.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что потери плодов в интранатальном периоде обусловлены вполне предотвратимыми причинами. Возникшие в ходе родов осложнения характеризовались неправильной тактикой ведения родов, несвоевременностью проведения должных мероприятий по родоразрешению, что обусловило развитие длительной гипоксии и асфиксии в родах. Отсутствие своевременной (в течение первых 30 секунд после рождения) и адекватной реанимации привело к гибели плода. Кроме того, в родах применялись пособия, повлекшие травмирование плода и их гибель в интранатальном периоде.

Следовательно, наши исследования не противоречат данным Всемирной организации здравоохранения (2004г) что квалифицированная помощь в родах, ведение партограммы, должный мониторинг второго периода родов способствуют снижению гибели плода в родах минимум на 30-40%.

Необходимо подчеркнуть, что среди всех мертворожденных 34,3% плодов, согласно критериям живорождения и мертворождения, рекомендованным Всемирной организации здравоохранения и Международной классификацией болезней X пересмотра, относились к живорожденным, так как у них при рождении отсутствовало только дыхание, тогда как другие признаки живорождения присутствовали. В частности, у всех них были сердцебиения. В эту группу были отнесены новорожденные с задержкой внутриутробного роста и недоношенные, среди которых 19,5% были с массой тела при рождении до 1500 г. Логично полагать, что при переходе на критерии живорождения и мертворождения ВОЗ, уровень перинатальной смертности в стране может повыситься на 34% и более за счет улучшения их регистрации.

Анализ 1968 случаев смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде (РНП) показал, что эти потери составили 68,5% от всех потерь в возрасте от 0 до 1 года и 88,5% от числа умерших в неонатальном периоде.

Основные потери новорожденных (80%) происходили в первые трое суток, из которых 54,3% приходилось на первые 24 часа после рождения.

Среди умерших новорожденные с массой тела при рождении 2000,0г и более составили 67%, выхаживание которых не требует наличия высоких перинатальных технологий. Согласно проведенным рандомизированным контролируемым исследованиям, для их выживания достаточно обеспечение адекватным уходом (соблюдение тепловой цепочки, раннего контакта «кожа к коже» с последующим совместным содержанием с матерями и раннее исключительно грудное вскармливание) (ВОЗ, 2004).

В рамках проведенного исследования причин ранней неонатальной смертности были выявлены излишние вмешательства в биомеханизм родов (медикаментозная стимуляция, ручное пособие, защита промежности), частые вагинальные исследования в процессе родов, приводящие к излишней колонизации родовых путей госпитальной микрофлорой, отсутствие должного мониторинга родов (не ведется партограмма), несоблюдение тепловой цепочки и раннего начала грудного вскармливания. Все это приводит к нарушению становления первого вдоха и асфиксии, травмированию младенцев в родах, развитию гипотермии и, как ее следствие, к реализации риска развития многих неотложных состояний (синдрома дыхательных расстройств, геморрагических нарушений) и инфекций.

Исследования, проведенные в родильных домах страны показали, что тепловой контроль практически не соблюдается ни в одном из них из-за недооценки его значимости. Так, при проверке в родовых палатах температура воздуха не превышала 22°C, тогда как доказано, что уже при температуре воздуха 23°C, новорожденный испытывает холодовой стресс, равнозначный воздействию нулевой температуры на раздетого взрослого человека.

Несмотря на то, что в стране с 1997 г. официально принята «Программа поощрения, поддержки и охраны грудного вскармливания» (приказ МЗ РК №113 от 25.07.97 г), далеко не все родовспомогательные учреждения осознали значимость исключительно грудного вскармливания и раннего кожного контакта матери и ребенка в процессах адаптации и профилактике инфекционных заболеваний у новорожденных и детей раннего возраста.

Отсутствует практика кормления новорожденных детей сцеженным материнским молоком при их вынужденном пребывании в палатах интенсивной терапии, так как еще не все врачи осведомлены об уникальных свойствах грудного молока, способствующего адаптации новорожденных и профилактике многих заболеваний. Совершенно не используется, положительно зарекомендовавший себя во многих странах метод выхаживания недоношенных детей - «кенгуру». А ведь как уже отмечалось выше, большинство умерших недоношенных детей имели массу при рождении более 2000,0 грамм и, следовательно, даже при наличии у них заболеваний, показано вскармливание материнским молоком и проведение метода «кенгуру».

Следовательно, действующая в стране служба охраны здоровья матери и ребенка требует совершенствования ее деятельности с внедрением в практику новых форм управления, а также внедрения в практику родовспоможения новых организационных наименее затратных и наиболее эффективных технологий. Такой эффективной организационной технологией является региональная разноуровневая поэтапная система обслуживания матери и ребенка, позволяющая максимально использовать превентивные технологии ухода и наблюдения за беременной и новорожденным, с учетом степени риска реализации перинатальной патологии. Внедрение этой системы позволит правильно и рационально распределять те денежные потоки, которые выделяются на финансирование учреждений родовспоможения и детства. При этом делается акцент на учреждения третьего уровня (региональные перинатальные центры), где сосредотачиваются беременные высокого риска реализации перинатальной патологии и преждевременных родов. Поэтому именно эти учреждения должны обеспечиваться новейшей лечебно-диагностической и лабораторной технологией.

При неосложненном течении беременности здоровая женщина и ее ребенок могут обслуживаться акушерскими и педиатрическими учреждениями физиологического уровня, в практику которых необходимо внедрить программы ВОЗ/ЮНИСЕФ, объединенные под общим названием «Содействие повышению эффективной перинатальной помощи» (2008 г.), способствующие формированию и сохранению здоровья ребенку и его матери. Их использование в практике всех родовспомогательных учреждений позволит дифференцированно и продуманно выделять группы риска среди беременных и новорожденных, с тем, чтобы ограничить существующую в настоящее время чрезмерную медикализацию (полипрагмазию) и не проводить агрессивные методы вмешательств.

Вывод: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что потери плодов в интранатальном периоде обусловлены вполне предотвратимыми причинами. Возникшие в ходе родов осложнения характеризовались неправильной тактикой ведения родов, несвоевременностью проведения должных мероприятий по родоразрешению, что обусловило развитие длительной гипоксии и асфиксии в родах. Отсутствие своевременной (в течение первых 30 секунд после рождения) и адекватной реанимации привело к гибели плодов. Кроме того, в родах применялись пособия, повлекшие травмирование плодов и их гибель в интранатальном периоде.

УДК 618.2: 616.349-022

ПОКАЗАТЕЛИ ИППП У БЕРЕМЕННЫХ И ТАКТИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ*З.Д. Аманжолова**Управление здравоохранения, г. Алматы***ТҮЙІН**

Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасы тұрғындар арасында жыныстық қатынастар арқылы тарайтын инфекцияларды ерте кезеңнен анықтау және дер кезінде сапалы емдеуге бағытталған кешенді шараларды жүзеге асыруда. ВИЧ - инфекциясы бар әйелдерден туылған және ВИЧ – инфекциясы бар балалар арнайы лабораториялық – аспаптық әдістердің көмегімен бақылауға алынып, профилактикалық және емдеу шараларымен қамтамасыз етілуде. Медицина қызметкерлері арасында ВИЧ – инфекциясының перинаталдық трансмиссиясы туралы білімін жетілдіруге арналған семинар ұйымдастырылып, әлеуметтік-психологиялық кеңес беру, аурухана ішінде және кәсіби қимылдар барысында инфекцияны жұқтыру мәселелері бойынша біліктіліктері арттырылды.

SUMMARY

The Health Department of Almaty is aimed at fulfilling a set of measures for early detection and treatment of STIs and HIV infection. Perfected the tactics of conducting of births to HIV infected women. Provided medical observation, treatment and prevention of diseases with complex instrumental and laboratory methods for the study of children born from HIV infected mothers and children with HIV infection. Organized seminars for health workers to prevent perinatal transmission of HIV, psychosocial consultations and prevention of nosocomial and occupational infection.

В г. Алматы в 2009 году инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) зарегистрированы у 318 женщин больных сифилисом, в том числе, 85% (271) фертильного возраста. За отчетный период обследовано на сифилис 101 623 беременных, выявлено среди беременных 30 больных сифилисом. Прервано беременностей по медицинским показаниям с учетом вновь зарегистрированных больных, а также состоящих на клинико-серологическом контроле - 25. Все беременные сифилисом пролечены в стационаре. Профилактическое лечение получили 55 беременных. Зарегистрировано 82 женщины, больные гонореей, среди них беременных – 9, все получили амбулаторное лечение.

В целях профилактики ИППП проводились беседы с работницами коммерческого секса. В дружественные кабинеты работницы коммерческого секса обращались либо сами, либо по направлению центра СПИД или волонтеров. Всего обратилось 210 работниц коммерческого секса, среди них беременных не было. Среди работниц коммерческого секса выявлено больных сифилисом 17, гонореей – 19, и другими ИППП – 174, всем назначено амбулаторное лечение. В кабинете планирования семьи ГКВД контрацептировано 152 женщины фертильного возраста.

В целях профилактики и выявления ИППП и ВИЧ - инфекции у беременных Центром СПИД обеспечено проведение психосоциального консультирования (ПСК) с последующим обследованием беременных женщин. Обследовано ИФА 41 221 женщина. Организовано обследование методом экспресс-диагностики беременных женщин, поступающих на роды без обследования. В роддомах израсходовано на эти цели 5 603 экспресс-теста. Обеспечен полный учет и наблюдение за ВИЧ - инфицированными беременными женщинами с предоставлением им всего комплекса медицинских услуг (планирование беременности, информация по оказанию медицинской помощи, профилактических мероприятий, направленных на предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку, уменьшение рискованного поведения, контрацепции и другое). Всего выявлено 75 беременностей с ВИЧ, из них 32 прервано. Все женщины получили информацию о комплексе медицинских услуг. Обеспечен 94% охват беременных женщин в период беременности, родов и 100% охват детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей противовирусными препаратами для профилактического лечения. За 2009г. принято 36 родов у ВИЧ-инфицированных женщин, из них получили АРВ-профилактику во время беременности и родов 33 женщины. Все 35 детей получили АРВ-профилактику. Организовано проведение лабораторных исследований по определению вирусной нагрузки, иммунологического статуса у ВИЧ-инфицированных беременных. Вирусная нагрузка определена 43 беременным.

Отработана тактика ведения родов, освоена практики гемостатического кесаревого сечения - «бескровного метода» у ВИЧ -инфицированных беременных. Из 36 родившихся детей 18 родились путем кесарево сечения. Обеспечено медицинское наблюдение, лечение и профилактика оппортунистических заболеваний с комплексом инструментальных и лабораторных методов исследования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и детей с ВИЧ-инфекцией. Выдано 111 флаконов суспензии бисептола для 56 детей.

Организовано проведение комплекса лабораторных исследований для своевременной постановки диагноза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В возрасте 1 месяц обследовано 35 детей, в 6 месяцев – 36 детей, в 12 месяцев – 34. Охват составляет 96%. Организована комиссионная постановка диагноза с определением окончательного ВИЧ-статуса и дальнейшее наблюдение за ребенком. Комиссионно диагноз выставлен 3 детям. Все дети с ВИЧ-инфекцией обеспечены противовирусным лечением. Лечение получает 11 детей.

Согласно утвержденного Управлением здравоохранением графика организованы обучающие семинары для медицинских работников женских консультаций и детских поликлиник, родильных домов, детских больниц и Домов ребенка по предупреждению перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции, экспресс-диагностике ВИЧ, ведению родов, в том числе обучению «бескровного кесаревого сечения», психосоциальному консультированию, профилактике внутрибольничного и профессионального заражения.

Предоставляются ежемесячные отчеты по выдаче бесплатных рецептов: выписано 185 рецептов на сумму 3 647 916 тенге. Все родильные дома обеспечены экспресс - тестами на ВИЧ. Выдано родильным домам 6300 шт. экспресс-тестов, использовано 5 603, из них 5 положительных результатов.

Большое внимание в службе охраны здоровья матерей уделялось реализации программы планирования семьи. В 2007г. централизованно было закуплено контрацептивов на 10 млн.тенге. По гуманитарной линии получено 6500 упаковок Фарматекса, 6998 флаконов Депо-провера и 600 конволют Марвелона. Закупленными и гуманитарными контрацептивами женские консультации были обеспечены на 2007 год и I полугодие 2008г. Данные контрацептивы распределялись среди социально не защищенных женщин, в группах риска, среди подростков. Во втором полугодии 2008г. поликлиники, которые использовали имеющиеся контрацептивы, самостоятельно их закупили на сумму 4 млн.тенге. Кроме того, роддома и женские консультации были обеспечены контрацептивами по линии USAID и Здрав ПЛЮС в количестве 16 430 упаковок КОК. 1.12.2008г. в рамках проекта «Только желанная беременность» приобретено для пилотных районов (Турксібский, Жетысуский) 4650 упаковок КОК, 2000 ВМС, 14000 презервативов. На 2009г. поликлиниками города осуществлен закуп контрацептивных препаратов за счет собственных средств на общую сумму 20 млн. 884 тыс. 589 тенге, на 2010г. - медицинскими организациями планируется закупить контрацептивы на 52 млн. 882 тыс. 207 тенге.

Следовательно, деятельность Управления здравоохранения г. Алматы направлена на выполнение комплекса мероприятий по раннему выявлению и лечению ИППП и ВИЧ-инфекции. Отработана тактика введения родов у ВИЧ - инфицированных женщин. Обеспечено медицинские наблюдения, лечение и профилактика заболеваний с комплексом инструментальных и лабораторных методов исследования детей, рожденных от ВИЧ - инфицированных матерей и детей с ВИЧ-инфекцией. Организованы семинары для медицинских работников по предупреждению перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции, психосоциальному консультированию и профилактике внутрибольничного и профессионального заражения.

Вывод: Деятельность Управления здравоохранения г. Алматы направлена на выполнение комплекса мероприятий по раннему выявлению и лечению ИППП и ВИЧ-инфекции. Отработана тактика введения родов у ВИЧ - инфицированных женщин. Обеспечено медицинские наблюдения, лечение и профилактика заболеваний с комплексом инструментальных и лабораторных методов исследования детей, рожденных от ВИЧ - инфицированных матерей и детей с ВИЧ-инфекцией. Организованы семинары для медицинских работников по предупреждению перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции, психосоциальному консультированию и профилактике внутрибольничного и профессионального заражения.

УДК 618.2- 084: 616-053.3: 314.42 (574)

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

З.Д. Аманжолова

Управление здравоохранения, г. Алматы

ТҮЙІН

Алматы қаласында аналар мен сәбилер өлімін төмендетуге арналған бағдарламаны жүзеге асыруға бағытталған шаралар ұйымдастырушылық, ғылыми, кәсіби мағынадағы іс шараларды қамтиды. Оның ішінде акушерлік-гинекологиялық қызмет жұмысын жетілдіруге және репродуктивтік шығындарды азайтуға арналған шаралардың бағасы өте жоғары.

SUMMARY

The conducting activities under the Program to reduce maternal and infant mortality in Almaty include measures of institutional, scientific and professional plan, which aim to optimize the obstetric service and reduce reproductive losses.

Для повышения индекса здоровья женщин репродуктивного возраста и детей в Республике Казахстан, стабильного снижения показателей материнской и младенческой смертности, приоритетное внимание уделено службе охраны здоровья матери и ребёнка. Осуществлялась последовательная реализация Постановления Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года №1325 «Об утверждении Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы», регионального Плана действий по снижению младенческой и материнской смертности.

В целях реализации Постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 декабря 2008 года №6-1 «О неотложных мерах по снижению материнской и младенческой смертности» и во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2008 года №667 «О создании Регионального штаба по принятию неотложных мер для снижения материнской и младенческой смертности», создан региональный штаб. Деятельность штаба регламентирована приказом управления здравоохранения №644 от 30 декабря 2008 года. Целью создания штаба является стойкое улучшение основных показателей эффективности деятельности службы охраны материнства и детства, прежде всего уровней материнской и младенческой смертности. Ежемесячно проводились заседания Регионального штаба с приглашением главных врачей районов, родильных домов, детских стационаров, поликлиник, домов ребенка, заместителей главных врачей по лечебной работе, по детству, заведующих женских консультаций, заведующих отделений неонатологии родильных домов и ДГКБ№1, заведующих педиатрическими отделениями, врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, врачей, оказывавших медицинскую помощь по случаям материнской смертности. В январе 2010 года проведено заседание штаба по итогам 2009 г., обсужден план по снижению материнской и младенческой смертности на 2010 г.

Финансирование службы родовспоможения и детства осуществляется в ежегодно нарастающем объёме. В 2009 году из средств республиканского и местного бюджетов закуплено 154 ед. медицинского оборудования для детских и родовспомогательных организаций на 528,4 млн.тенге. Процент оснащённости детских и родовспомогательных организаций в соответствии с минимальным нормативом оснащения медицинским оборудованием по данным ТЭП в течение года возрос с 5,3 до 29,44% - по детству и с 6,2 до 29,44% - по родовспоможению. Продолжается строительство Перинатального центра на 150 коек. Срок сдачи объекта – 2010 год.

Совершенствуется кадровый потенциал службы. В родовспомогательных организациях города работает 458 акушеров-гинекологов, 216 имеют категории, что составляет 47,2% (2008г. - 44,6%), высшая категория - 112 - 24,5% (2008г. - 106-23,1%), 1 категория – 89 - 19,4% (2008г.- 88 – 19,2%), 2 категория - 15 - 3,3% (2008г. - 28-6,1%). Соотношение категории составило: высшей : первой : второй – 1:0,8: 0,2 (2008г. - 1:0,8:0,3). Принято на работу в 2009г. 37 врачей акушеров-гинекологов, большая часть со стажем до 5 лет.

На Координационном совете по охране здоровья населения при Акимате г.Алматы были рассмотрены вопросы по следующим направлениям:

Состояние и перспективы совершенствования мер по медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями; О ходе выполнения региональной «Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в городе Алматы на 2006-2010 годы», в том числе в части передачи ВИЧ от матери к ребёнку; Презентация проекта «Программа охраны репродуктивного здоровья детей, подростков и молодёжи»;

О ходе выполнения Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы в части совершенствования системы управления качеством медицинских услуг, в том числе, в службе детства и родовспоможения.

В рамках реализации Программы снижения материнской и младенческой смертности проведены следующие мероприятия:

- Осуществлялась реализация Плана мероприятий по снижению материнской и младенческой смертности на 2009г.
- Проводился ежедневный мониторинг случаев перинатальной и младенческой смертности, случаев рождения доношенных детей, поступивших в реанимационные отделения и тяжелых детей, госпитализированных в детские стационары города. Разборы проходили в Управлении здравоохранения с приглашением медицинского персонала, участвующего в оказании медицинской помощи. Проведен разбор 88 случаев перинатальной смертности и рождения новорожденных в тяжелом состоянии.
- Проводилось мониторинг количества домашних родов с разбором каждого случая по причинам.
- Проводилась экспертная оценка историй родов в случаях тяжелых форм преэклампсии, эклампсии, оргоуносящих операций, родового травматизма. Случаи поступления беременных в тяжелом состоянии в стационары города разбираются ежемесячно на заседании Регионального штаба по принятию неотложных мер для снижения материнской и младенческой смертности с участием руководителей медицинских организаций, заместителей главных врачей, заведующих женских консультаций, врачей акушеров-гинекологов.
- Ежедневно проводился мониторинг случаев непрофильной госпитализации и перетранспортировки беременных в родильные дома. С целью повышения квалификации приказом управления здравоохранения от 02.02.09г. №35 в родильных домах продолжается обучение технике приема родов медицинских сотрудников станций скорой медицинской помощи.

- Усилена работа дежурных бригад в субботние, воскресные и праздничные дни дежурствами главных врачей и зам. главных врачей родильных домов.
- Проводилась работа по совершенствованию деятельности Молодежных центров здоровья на базе городской студенческой поликлиники и ГП №10, организован Молодежный центр на базе городского Центра репродукции человека.
- С целью улучшения информированности населения о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи Управлением здравоохранения совместно с Казахстанской медико-педагогической ассоциацией (КМПА) выпущены информационные листки для беременных о правилах постановки на учет в женские консультации, а также о возможности прерывания беременности в медицинских организациях города, листовки распространялись в аптеках при покупке теста на беременность, в кабинетах ультразвуковой диагностики и в частных медицинских организациях при выявлении беременности.
- Продолжается работа по укомплектованию штатов родильных домов, детских стационаров анестезиологами, лаборантами, неонатологами. Принято на работу 37 врачей акушеров-гинекологов.
- Приказами Управления здравоохранения с целью повышения квалификации врачей женских консультаций обязали дежурить в родильных домах врачей педиатров - в детских стационарах.
- Обеспечен доступ к использованию сайтов Интернета по вопросам доказательной медицины для врачей и специалистов родовспомогательных организаций.
- Приказами Управления здравоохранения внедрены конфиденциальный аудит материнской смертности и критических состояний в акушерстве. Проведены обучающие семинары, обучено 300 сотрудников родильных домов.
- Врачи акушеры-гинекологи приняли участие в международной конференции по вопросам рака молочной железы и рака шейки матки.
- Для специалистов скорой медицинской помощи сотрудниками Перинатального Центра проведены занятия по оказанию экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам. Прошли обучение 620 чел.
- На базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии прошли обучение 6 врачей неонатологов родильных домов.
- На рабочем месте проведено обучение 65 врачей ультразвуковой диагностики женских консультаций, пропустивших при исследовании врожденные пороки развития.
- Проведена Международная конференция по гемофилии в Казахстане с привлечением ученых России, Австрии, Турции.
- Сотрудниками кафедры неонатологии Алматинского государственного института усовершенствования врачей проведена аттестация (в два этапа – теоретические и практические навыки) 230 врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и акушерок родильных отделений на знание первичной реанимации новорожденных.
- Проведен Региональный семинар «Проблемы грудного вскармливания и оптимизации питания младенцев».
- На базе детской городской клинической больницы №1 г. Алматы организован выездной цикл кафедры неонатологии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета «Актуальные вопросы перинатальной неврологии».
- Управлением здравоохранения совместно с общественным фондом «Вместе против рака» и инициативной группой «Максимум» в рамках проекта «Отан ана» проведены профилактические осмотры женщин, работающих на рынках города, заседание круглого стола с участием средств массовой информации. В рамках реализации данного проекта с целью повышения информированности населения об онкологических заболеваниях создан сайт, изготовлены и распространены в торговых центрах, на рынках, в жилых районах «Айнабулак», «Аксай», «Жетысу» информационные буклеты. С целью привлечения внимания общественности к здоровью женщины проведена акция детского рисунка «Моя мама», благотворительный спектакль.
- С участием СМИ проведен День открытых дверей, приуроченный к «Всемирному дню контрацепции».
- Управлением здравоохранения совместно с компанией «Солвей фарма» проведена научно-практическая конференция «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии» с участием зарубежных специалистов. Обучено 67 акушеров-гинекологов и 48 педиатров.
- На международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы анестезиологии и интенсивной терапии» с участием ведущих специалистов из России, Украины, Литвы обучено 70 акушеров-гинекологов.
- На базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК состоялся первый съезд медицинских генетиков Казахстана. В работе съезда приняли участие 22 акушера-гинеколога, 29 врачей ультразвуковой диагностики, 3 врача-генетика, 10 неонатологов и 18 педиатров.
- В международной научно-практической конференции «Новый взгляд на папилломо-вирусную инфекцию человека и вопросы профилактики» приняли участия 65 акушеров-гинекологов, 4 онкогинеколога, 24 педиатра.
- Управлением здравоохранения совместно с представительством компании «Байер Шеринг Фарма» в Казахстане проведена научно-практическая конференция «Новые терапевтические возможности гормональной контрацепции» с участием ученых из Российской Федерации.

- При поддержке ведущей политической партии НДП «Нур–Отан» проведен Международный форум «Решение проблемы заболевания раком молочной железы и шейки матки в регионах Центральной Азии» с участием зарубежных специалистов.
- Управлением здравоохранения совместно с Ассоциацией психологов РК на базе городского Центра репродукции человека проведен семинар «Пациент и больная: проблемы взаимоотношения».
- На базе городского Центра репродукции человека проведен семинар «УЗИ - диагностика врожденных пороков развития ЦНС».
- Принято участие в I Национальном Форуме «Охрана здоровья женщин и детей – приоритетная проблема достижения здоровья нации в РК».
- Сотрудниками кафедр КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и Алматинского государственного института усовершенствования врачей проведена серия семинаров для медицинских работников ПМСП «ОРВИ, бронхиты, пневмонии у детей. Лечение бронхо-обструктивного синдрома у детей раннего возраста».
- Казахской академии питания проведена научно-практическая конференция «Современные научные подходы к созданию функциональных продуктов детского и лечебного назначения» для врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, врачей общей практики и неонатологов.
- Принято участие в международной конференции «Актуальные вопросы репродуктивной медицины» с участием ведущих специалистов России, Украины, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, врачей акушеров-гинекологов, занимающиеся лечением бесплодия, представителей центров ЭКО.
- Принято участие в педиатрической секции научно-практической конференции по проблемам кардиологии в Казахстане «Вопросы оказания высокоспециализированной медицинской помощи детям и подросткам на современном этапе» с проведением мастер-классов.
- Сотрудниками городского онкодиспансера проведены обучающие семинары для акушеров-гинекологов поликлиник, акушеров смотровых кабинетов по технике взятия мазков для последующего производства их окраски методом по Папаниколау. Обучено 40 врачей акушеров- гинекологов и акушеров смотровых кабинетов.
- На базе городского Центра репродукции человека проведен тренинг «Аntenатальный уход и подготовка беременных к родам» (школа Ламаз) для 21 врача акушера-гинеколога и 4 акушеров, 4 тренинга «Охрана репродуктивного здоровья и вопросы планирования семьи» для 52 врачей акушеров-гинекологов, 48 участковых педиатров, патронажных медицинских сестер и 29 акушеров
- Поликлиниками города на 2009г. осуществлен закуп контрацептивных препаратов за счет собственных средств на общую сумму 20 млн. 884 тыс. 589 тенге.

Таким образом, проведенные мероприятия в рамках реализации Программы по снижению материнской и младенческой смертности по г. Алматы включают мероприятия организационного, научного и профессионального плана, которые направлены на оптимизацию деятельности акушерско-гинекологической службы и снижение репродуктивных потерь.

Вывод: Проведенные мероприятия в рамках реализации Программы по снижению материнской и младенческой смертности по г. Алматы включают мероприятия организационного, научного и профессионального плана, которые направлены на оптимизацию деятельности акушерско-гинекологической службы и снижение репродуктивных потерь.

УДК 616-08-039.57:616-05

ОЦЕНКА РОЛИ ПАЦИЕНТА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯНИЯ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

*М.А. Булешов, К.Е. Ахмадиева, С.Н.Кульбаева, А.М.Омарова, Я.Г. Чуриева
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Тұрғындарға медициналық көмек көрсету маңызды болып табылады. Әсіресе нарықтық эконмика жағдайында тұрғындарға кез-келген медициналық көмек дер кезінде және көлемді түрде көрсетілуі тиіс. Сондықтан-да медициналық көмек көрсетуде пациенттердің ойы аса қажетті болып табылады.

SUMMARY

Providing of medical care the population is very significant. It is important in period of market economics to provide the lokals various full medical assistance in time. Thus, the opinion of patients on getting madical help is very essential.

Стратегический менеджмент требует постоянного совершенствования организации медицинской помощи. Одним из путей реализации данной стратегии является изучение мнения потребителей (пациентов) о

качестве организации медицинских услуг. В рамках применения системы сбалансированных показателей необходимо осуществлять изучение мнений пациента и врача в определении состояния качества амбулаторно-поликлинических и стационарных услуг.

Важнейшей целью государственной политики в области здравоохранения на современном этапе является улучшение состояния здоровья населения, обеспечение доступности и качества медицинской помощи для граждан Казахстана.

В то же время обеспечение качества и доступности медицинской помощи – одна из наиболее важных и наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения, который в условиях целенаправленного совершенствования казахстанского здравоохранения уделяется должное внимание на государственном уровне. Основными стратегическим направлением повышения качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей жителей Республики Казахстан в качественном медицинском обеспечении на всех его этапах – от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи.

Что касается доступности медицинской помощи, то она законодательно рассматривается как один из основных принципов охраны здоровья населения Республики Казахстан.

При этом под доступностью услуг здравоохранения понимается не просто возможность попасть в медицинские учреждения, а также своевременное получение помощи, адекватной потребности и дающей наилучшие из возможных результатов для здоровья при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны являться непосильным бременем для семейного или личного бюджета и тем более причиной отказа от лечения.

Для принятия необходимых управленческих решений и достижения стабильных показателей качества оказываемой медицинской помощи гражданам, поддержания их на соответствующем уровне и обеспечение доступности качественных медицинских услуг для широких слоев населения РК особенно значимым является получение необходимой информации с использованием социологических методов на различных иерархических уровнях и среди различных субъектов системы здравоохранения [1-3].

Социологическое исследование в области изучения рыночных отношений в здравоохранении с предложением новых методик исследования [4] нашли самое широкое применение. При этом работы зарубежных специалистов, как правило, ориентированы на проблемы потребителя медицинской помощи [5].

В целом проведенное исследование позволило сформировать достаточно четкую картину по восприятию населением функционирования системы оказания медицинской помощи в стране, а также выявить особенности относительно при сущие конкретным территориям, определить существующие проблемные зоны, что в свою очередь должно послужить основой для выработки целенаправленных управленческих решений на различных уровнях в целях нивелирования выявленных проблем.

Также следует отметить, что в современных условиях представляется целесообразным создание и внедрение единой программы социологического мониторинга по вопросам доступности и качества оказания медицинской помощи, удовлетворенности потребителей результатом оказанных медицинских услуг в организациях различных форм собственности. Это позволит поддерживать постоянную оперативную обратную связь между населением, медицинскими работниками и руководителями органов и учреждений здравоохранения в субъектах Республики Казахстан; оперативно получать необходимую информацию. Правильное и оперативное использование данных может способствовать внесению корректив, определению новых направлений в развитии отечественной системы оказания медицинской помощи населению.

Рынок медицинских услуг только начинает складываться. Отношение к нему его участников неоднозначно. Наиболее заинтересованное участие в его формировании проявляют представители органов власти и работодатели, чье влияние на ход реформ пока малоэффективно и незначительно.

Большой резерв в решительном переустройстве системы здравоохранения видится в более активном участии потребителей и производителей медицинских услуг. Все эти факторы необходимо учитывать в стратегическом планировании отрасли.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить, что регулярно поступающая социологическая информация и ее анализ позволяют, особенно в условиях реформирования здравоохранения, своевременно и с высокой достоверностью оценивать медицинские, экономические, политические и социальные проблемы в области охраны здоровья населения и своевременно реагировать на них. Система социологического мониторинга общественного здоровья и здравоохранения является основой, способствующей проведению анализа социально-психологического климата в ЛПУ, раскрывающей позицию производителей медицинских услуг в вопросах о состоянии и перспективах развития системы общественного здравоохранения в условиях реформирования. Использование социологического метода дает возможность принимать обоснованные оперативные и стратегические управленческие решения в системе охраны здоровья, разрабатывать оптимальные технологии совершенствования системы управления в отрасли.

Таким же образом протоколы ведения больных не могут быть использованы с целью контроля качества, так как даже при безупречном соблюдении требований стандарта в каждом индивидуальном случае вполне возможны несоответствия потребностям и абсолютно любой исход, в том числе и тяжелый.

Было принято, что качество помощи обеспечивается широким спектром составляющих: профессионализмом и компетентностью персонала, эффективностью и безопасностью используемых медицинских технологий, экономичностью избранных методов, доступностью и удобством предоставления услуг, удовлетворенностью медицинских и психосоциальных ожиданий больного. Следовательно, качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной помощи потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии [8].

Социологический подход к анализу качества медицинского обслуживания предполагает включения наряду с объективными показателями (медико-экономические стандарты) системы субъективных индикаторов – мнений, суждений самих пациентов, которые по существу оценивают удовлетворенность медицинским обслуживанием, степень реализации потребностей и интересов при взаимодействии с системой здравоохранения. Построение социологической модели оценки качества медицинского обслуживания позволит осуществлять мониторинговые исследования и проводить сравнительный анализ качества медицинского обслуживания в различных медицинских организациях [9].

Что касается экспертной оценки правильности лечения, то она всегда основывалась на сопоставлении с возможностями медицинской науки на современном этапе ее развития.

Содержание третьей части триады Дюенбеидана – результатов – в наибольшей степени перекликается с самим определением качества как совокупности свойств и меры полезности продукции, обуславливающей ее способность все более полно удовлетворять общественные и личные потребности, и значительнее всего заключается в удовлетворенности населения медицинской помощью.

Стало ясно, что функционирование здравоохранения в рыночных условиях выдвигает задачи, заключающиеся в поиске возможностей активно оценивать его конечный результат. При этом использование в качестве индикатора позитивных характеристик здоровья в отличие от негативных весьма ограничено, что обусловлено отсутствием четко определенных компонентов понятия, их существенной относительностью и неразработанностью. Кроме того, с развитием социологических исследований возрастает роль изучения и оценки удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, которое представляет собой ключевой аспект качества медицинской помощи. Хотя для наиболее эффективного использования этой группы показателей необходимы некоторые конкретные условия (подготовленность населения, его информированность, представление населения об эталонах медицинского обслуживания и др.), тем не менее они могут быть применимы в качестве гибко функционирующей динамичной системы оценки, что является их существенным положительным отличием от других показателей здоровья [7].

Понятно, что пациент не может судить полноценно и правильно о проводимом ему лечении; для этого ему самому необходимо быть профессионалом большим, чем лечащий врач, но в целом ряде характеристик медицинского процесса с точки зрения потребителя его мнение может быть ценным.

В рамках совместной работы, проведенной по единой методике под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ на базе нескольких стран региона, получены характеристики деятельности участкового врача, врача-стоматолога и стационарной помощи как самых массовых видов медицинского обслуживания населения.

Результаты показали, что население на первый план выдвигает такие стороны деятельности участкового врача-терапевта и стоматолога, как профессиональные и личные качества и взаимоотношения врач-больной. Ранговые места значимости отдельных факторов для участкового врача-терапевта расположились в таком порядке: врач должен обладать высокой квалификацией, высокими личностными качествами, у больного не должно создаваться впечатления, что торопят его и не уделяют ему достаточно времени; благоприятное впечатление производит достаточный объем информации о состоянии здоровья, далее следуют внимательность врача, полнота его рекомендаций по поводу образа жизни пациента и т.д. такая же градация отмечена и для врача – стоматолога.

Изучение доступности медицинской помощи показало, что на степени удовлетворенности населения отражаются прежде всего возможность обращения к участковому врачу-терапевту в нерабочее время и длительность ожидания приема, а именно в своем лечебном учреждении. Менее существенно выражено отношение к доступности стоматологической помощи, акцентируя внимание лишь на время ожидания в хирургической стоматологии и возможность обратиться к врачу в выходные дни.

Оценка работы стационара характеризуется выходом на первый план удовлетворенности объемом проведенного исследования и лечения; далее следуют достаточность информации от врачей о состоянии здоровья, объемом информации обслуживающего персонала по поводу состояния здоровья, дружелюбность врачей к больным, необходимость ожидания помощи ввиду занятости персонала и т.д.

Статистически недостоверным было влияние на состояние удовлетворенности пациента удаленностью стационара, причины последнего пребывания в стационаре, жесткого распорядка дня, продолжительности времени между помещением в стационар и первым контактом с врачом [7].

Сравнительный анализ результатов, полученных на других базах исследования, выявил общие для каждой из стран требования и запросы потребителя, специфичные для каждого вида медицинского обслуживания: для госпитальной помощи – организационные аспекты, для стоматологической – доступность в выходные дни, для первичной помощи – уровень информации, получаемой больным от врача. Наш пример отличается от такового на других базах исследования выражением большей удовлетворенности населения

стационарной помощью, что в значительной мере является следствием ориентации ресурсов нашего здравоохранения на больничную помощь.

Степень удовлетворенности пациента можно использовать для активизации участия населения в решении целого ряда вопросов, затрагивающих систему здравоохранения. Определение степени удовлетворенности населения медицинской помощью может помочь вскрыть важный резерв повышения результативности здравоохранения, в частности совершенствование личностно-профессиональных и этико-деонтологических сторон, а также может лечь в основу оценки деятельности медицинского работника при использовании материальных методов стимулирования. Результаты социологических опросов такого ряда в практике стран с рыночной экономикой весьма востребованы прежде всего самими уждеждениями, которым для выживания в условиях конкурентной борьбы на рынке услуг крайне важно знать прежде всего свои слабые стороны с тем, чтобы своевременно принимать меры и, таким образом, обеспечивать конкурентоспособность.

Проведение опроса населения для определения удовлетворенности медицинской помощью заслуживает внимания как этап на пути разработки методики оценки качества медицинской помощи и функционирования системы здравоохранения, дает основания для динамического совершенствования методики и сравнимости полученных результатов с возможностью разработки практического инструментария.

Таким образом, современные подходы к управлению качеством медицинской помощи могут быть в полной мере реализованы лишь через влияние на составные части его обеспечения в виде лицензирования и аккредитации, стандартов лечебного процесса и удовлетворенности медицинской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбратен А.Л., Дубоделова Н.К., // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и соц. развития.-2006.- №17-с731-377
2. Решетников А.В. // Экономика здравоохранения. – 2007 - №3. – с. 79-84.
3. Решетников А.В. // Российское общество и здравоохранение: социологическое осмысление взаимодействия. – М., 2004.
4. Бородин Ю.И., Рожков В.Ф., Бабенко А.И //Сов. здравоохранение.-1987.-№5.с.8-11.
5. Caze A.M., Champion F.P., Champion-Daviller M.N.// Tech. Hosp. – 1989. Vol.44, T.521.-P.42-43/
6. Maslow A. Motivation and Personality/ - Philadelphia, 1954.
7. Овчаров В.к., Марченко А.Г., Тишук Е.А., Боборыкина Т.Н. // Здравоохранение Рос.Федерации. -1991.-№1. – с. 10-11.
8. Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной науки РФ/ Под. Ред. Комарова Ю.М.-М., 1994.-180с.
9. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов. // Социология медицины. №1(10). 2007. с. 39-41.

УДК 616-071:614.252:3

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ -ИНТЕРНОВ

Н. К.Тузельбаев

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

ТҮЙІН

Дәрігер интерндерді дайындауда ең басты мақсат, интерндердің клиникалық ойлау қабілетін, үйренген дәрігерлік машықтарын тәжірибеде қолдана білуін жетілдіру. Білім деңгейін бағалауда, аурудың диагнозын қою, емдеу, аурудың алдын алу, болжамын анықтау, оларды негіздеуіне үлкен мән беріледі.

SUMMARY

The main aim in training of interns is the development of clinical thinking and the ability of using their theoretical and practical knowledge and skills. The most objective evaluation of the knowledge is the ability to solve the clinical problems of a certain patient (to prove the examination, the successful medical treatment, formulation of diagnosis and determine the examination).

Деятельность врача зависит от его мышления, от наличия в его мышлении элементов творчества, такие элементы возникают в условиях заинтересованности восприятия знаний. Познавательный интерес обеспечивается разнообразием форм обучения. Этого требует и научный поток профессиональной информации.

Активизации практических навыков в познавательной деятельности врача – интерна служат различные формы и методы работы, прежде всего работа у постели больного, прием больных в поликлинике, обслуживание больных на дому, анализ в динамике данных объективного состояния больного лабораторно –

инструментального обследования формирует клиническое мышление врача. Выполнение плановых и экстренных дежурств, оказание мероприятий по неотложной терапии требует от врача осуществление практических лечебно – диагностических манипуляций [1].

Наиболее объективные критерии оценки знания интерна и субординатора заключается в умении решать клинические задачи, т. е. обосновать обследование, диагноз, лечение, прогноз. Между тем, ведущей формой в приобретении клинических навыков и мышления являются клинические и тематические разборы, разборы экспромты, клинические семинары, семинары - консилиумы. С нашей точки зрения, наиболее приемлемы в работе с интернами клинические разборы и клинические семинары.

Клинические разборы. Цель клинического разбора: научить врача-интерна применять знания в конкретной ситуации и клинически мыслить.

Клиническая практика, основанная на тщательном изучении конкретного больного, всегда была, есть и будет неисчерпаемым источником познания сложных проблем современной медицины. Именно больные с индивидуальными проявлениями того или другого заболевания обогащают наши представления о болезнях новыми деталями, которые могут стать ключевыми для их понимания. Вот почему в известных терапевтических клиниках традиционно сохраняется многопрофильность, что позволяло на примерах отдельных пациентов рассматривать большой круг вопросов, представляющих интерес одновременно для ряда разных специалистов; поэтому больные вместе с хорошими врачами всегда были богатством клиники, об этом говорили выдающиеся русские клиницисты терапевты М. П. Кончаловский и Е. М. Тареев, а клинический разбор больного – является основной формой совершенствования клинического мышления.

Клинический разбор – обсуждение вечных проблем клинической практики: диагноза, лечения и прогноза у конкретного больного, а не болезни вообще. Привлечение к такому обсуждению специалистов, очень важно глубоко знающих отдельные стороны болезни, но применительно к конкретному больному, тем более на клинический разбор обычно представляется “сложный больной”, сложный в плане диагноза обследования и лечения [2].

Диагностические сложности обсуждаются в ходе клинического разбора, поскольку существует достаточно большая группа больных, страдающих так называемыми редкими заболеваниями.

Клинический разбор – это тщательный анализ со всеми деталями и особенностями возникновения и развития заболевания, его обострений, а так же деталей образа жизни, привычек – в общем, реализация знаменитого “простого захарьинского метода анамнеза” [3].

Еще следует упомянуть, что клинический разбор позволяет определить оптимальный вариант обследования, целесообразность использования самых современных, в том числе дорогостоящих, подчас небезопасных (инвазивных) методов. Всегда ли они необходимы? Например, биопсии почки можно не делать у больного инсулинозависимым сахарным диабетом, у которого выявляется микроальбуминурия, четко указывающего на начало гломерулосклероза в области рукоятки клубочка, а значит; на раннюю стадию диабетической нефропатии. В то же время окончательно диагностировать раннюю “протеинурическую” стадию амилоидного поражения почек пока можно только с помощью биопсии почки.

Современные успехи клинической медицины значительно расширяют наши возможности в решении основных вопросов клинической практики, главным объектом которой всегда останется больной человек, а оптимальным способом понимания его проблем является клинический разбор.

Порядок проведения клинического разбора. Врач - интерн докладывает заранее подготовленные и уточняемые в ходе совместного осмотра данные о больном. После обсуждения этих данных и результатов дополнительных исследований руководитель разбора резюмирует информацию о больном и заболевании в соответствии с целями занятия. Рассмотрение конкретного клинического случая - принципиально важное условие. Уровень разбора конкретного больного соответствует таковому в клинике при обучении интернов. Больной индивидуален. Если для разбора подобран сложный случай, в котором диагностика затруднена сочетанием болезней, нехарактерностью проявлений и течения болезни, то участники клинического разбора получают полезную информацию и тренировку в решении диагностических и терапевтических задач.

Достоинства такой формы клинического разбора больного: рациональное использование времени, управление продолжительностью разбора, заблаговременная подготовка иллюстративного материала, высокая авторитетность заключения профессора руководителя разбора.

Недостатки данной формы клинического разбора: некоторая «рафинированность» ситуации в связи с подбором наиболее «демонстративного», подготовленного больного. Не все интерны в равной мере вовлекаются и в осмотр и в обсуждение больного.

Однако, ценность данной формы клинического разбора несомненно. Она наиболее рациональна в качестве показательного разбора, особенно при наличии (КТ, МРТ) морфологической, компьютерно-томографической верификации патологического процесса, редко встречающихся или очень длительно протекающих заболеваний.

Клинические семинары. Руководитель интернов заранее задает тему семинара, к которому все интерны готовятся заранее по рекомендованной литературе, материалам лекций, интернета и т.д. Для семинара готовится один, реже 2-3 больных (лучше если больные с тем же диагнозом, но с разными формами, стадиями болезни или со сходными синдромами при разных заболеваниях). С этими больными интерны

занимаются заранее, что отличает клинический разбор от семинара. Клинический семинар следует подразделять на следующие этапы:

Доклад больного интерном без сообщения данных дополнительных исследований. Совместное обследование больного с уточнением и коррекцией методики исследования, фиксацией внимания не только на кардинальных для диагностики, но и на редких или малоизвестных методах исследования.

Собственно клинический разбор:

- а) Поочередное изложение каждым интерном своего мнения о предварительном диагнозе, плане обследования и лечения
- б) Изложение руководителем интернов результатов дополнительных исследований, данных о динамике заболевания
- в) Повторное выступление каждого интерна по поводу этиологии, патогенеза, заболевания, дифференциальной диагностики, диагноза, лечения, прогноза и экспертизы.
- г) Анализ руководителем интернов выводов и изложение своих соображений по всем вопросам, связанным с клиническим разбором больного.

При такой форме клинического разбора вероятно меньшая творческая нагрузка на тех интернов, которые высказывают свои взгляды не первыми, влияние феномена “психологического конформизма” – присоединение к мнению большинства. В таких случаях, надо предоставить возможность выступить интерном или субординатором с более слабой подготовкой, предложить не просто сформировать диагноз и лечебные мероприятия, а обосновать их. Главное – это активное участие всех присутствующих в семинаре. Руководитель семинара интернов отталкиваясь от сведений о больном, может подвести участников к углубленному обсуждению вопросов этиологии, патогенеза, патоморфологии, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики.

Так при изложении результатов бактериологического, серологического, иммунологического и других методов исследования возникает повод для разговора об этиологии, патогенеза, патоморфологии и т.д. Необходимо, чтобы интерны знали, что предмет дискуссии не надуман, не навязан, а подсказан ходом обсуждения конкретного больного.

Оценку приобретения профессиональных навыков интернов при клиническом разборе, можно так же, с целью объективизации оценивать по балльно-рейтинговой системе контроля знаний обучающихся (согласно приказа МОиН РК от 18.03.2008 №125).

Рейтинг может быть использован в процессе обучения (полугодовой аттестации) для выявления слабых звеньев профессиональных навыков, а так же при окончательной годовой аттестации интернов.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.С. Смоленский, М.В. Додонов. Формирование клинического мышления интернов-терапевтов, клиническая медицина, 1987, № 11, с. 144-147.
2. В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалова, С.В. Моисеев. Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией, Руководство для врачей, Москва “Гэотар-Медиа” 2008 г. стр. 34-40.
3. А.Н. Мартынов, Н. А. Мухин, В.С. Моисеев. Внутренние болезни: Учебник В 2т. – Москва.: Гэотар-Медиа, т.2. – 1029-1042 стр.

УДК 613.6:616.057

ӨНДІРІСТІК ОРТА МЕН БРОНХ-ӨКПЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ АРАҚАТЫНАСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

*Г. М Датқаева, Н.К.Түзелбаев, Ш.А.Шаренова, С.М. Айдарбекова
Қ. А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы
ЖШС «Даумед» Шымкент қаласы*

РЕЗЮМЕ

В научной статье раскрывается этиологическая роль неблагоприятных факторов при производстве углеводородов на нефтеперерабатывающем заводе, под воздействием которых у работников основных профессий формируются хронические, атрофические заболевания дыхательной системы. Полученные научные результаты взяты за основу при подготовке дифференцированных, профилактических и лечебных мероприятий по отношению к болезням бронхо-легочной системы работников нефтеперерабатывающего производства.

SUMMARY

This article deals with etymological role of negative factors in production of carbon hydrates at the oil – mineral fabric, which influence to the workers of the main profession forming chronic, atrophic diseases of respiratory

system. These results taken for the basic preparation of differential, prophylactic and clinical action to diseases of bronchopulmonary system of workers of oil production factory.

Өндірістік орындарда адам организміне зиянды әсер ететін және бейспецификалық ауруларды туындататын қатерлі себептер өте көп, олардың қатарында химиялық, биологиялық, физикалық себептер ерекше орын алады. Еңбек ету аумағына бөлінетін зиянды химиялық заттар тозаңдар түрінде ауада қалықтап жүреді және олардың ауа құрамында шоғырлану ұзақтығы олардың салмағы мен көлеміне тікелей байланысты. Өндіріс орындарында кездесетін осындай аэрозольдардың көбісі майда дисперсиялық құрамда және олардың көлемі 0,1 мкр/гр - 0,25 мкр/гр диапазонында кездеседі, олар адам организміне тыныс жолдары арқылы еніп, бүкіл организмге тарайды. Алайда өндірістік поллютанттар тозаңдары бірінші кезекте жоғарғы тыныс жолдарымен өкпені зақымдайды. Ол зақымдардың тереңдігі және органдарда туындайтын патоморфологиялық өзгерістер химиялық зиянды заттардың уландырғыш қасиетіне және қуатына тікелей байланысты.

Сондықтан, тыныс алу жүйесінде туындайтын патоморфологиялық өзгерістер әртүрлі болып қалыптасады, олардың клиникалық көріністері де өзгеше бір-біріне ұқсамайтын болады (98-102).

Өндірістік ортаға бөлінетін және атмосфералық ауаны ластайтын қалдықтар еңбек ету ортасын денсаулыққа қатерлі етеді. Оның зиянды әсеріне көбінесе негізгі кәсіптегі жұмысшылар ұшырайды. Ал өндірістік тозаңы жоқ кәсіпорын жоқтың қасы.

Осыдан өндірістік шаңдармен тозаңдардың әсерінен өкпе-бронх жүйесі зақымданбаған жұмысшылар сирек кездеседі. Олардың саны жылдан жылға арту үстінде. Еңбек ету ортасының химиялық заттармен ластануына өндіріс орындарындағы технологиялық жүйелердің гермитизациялық қалпының бұзылуы қондырғылардың тозуы, оларда саңлаулардың пайда болуы қондырғыларды жөндеу барысында оларды байланыстыратын жүйелердің ашылып кетуі себеп болады. Осындай жағдай кез келген өндірісте жиі кездеседі. Сонымен қатар, қоршаған еңбек ортасы атмосфералық ауасын тазалайтын асперациялық және вентиляциялық қондырғылардың істей шығуы және тиімсіз жұмыс істеуі химиялық воллютанттардың қоршаған ортадағы шоғырлану мөлшерін қауіпті деңгейге көтереді. Көп жағдайда олардың шоғырлану деңгейі шектеулі рұқсат етілген шамадан бірнеше есе жоғары болады.

Соңғы 20 жылдың ғылыми зерттеу жұмыстардың нәтижелері, өндірістік орындарындағы еңбек ету ортасының гигиеналық жағдайы айтарлықтай жақсарғандығын көрсетеді. Алайда, еңбек ету ортасының атмосфералық ауасы толығымен химиялық поллютанттардан тазарды, деп айту ерте. Осыған байланысты жұмысшылардың организмінде және тыныс алу жүйесінде респираторлық патологиялардың және бронх-өкпе ауруларының туындау қаупі жойыла қойған жоқ..

Осыған байланысты өндірістік шаң-тозаңнан аурулардың этиологиясын, даму механизмін, клиникасын, профилактикасын және емдеу шараларын, жан-жақты ғылыми тұрғыда негіздеу өте өзекті мәселелер болып табылады. Алайда шаң-тозаңдардан туындайтын тыныс жүйесінің патологиялары осы күнге дейін толық зерттелмеген және тыныс жолдарында туындайтын патологиялық өзгерістерге гигиеналық және клиникалық тұрғыда толық мағына берілмеген. Мұнай өңдеу өндірісінде жұмыс атқаратын адамдардың организмінде еңбек ортасынан бөлінетін шексіз, шектеулі хош иісті көмір-сутектері, күкірт ангидриттерді үнемі және тоқтаусыз зиянды әсерін тигізеді. Олардың шоғырлану мөлшері шектеулі рұқсат етілген шамадан артпағанымен, ұзақ мерзімді экспозициясы тыныс алу жүйесінде патоморфологиялық өзгерістер туындатпай қоймайды.

Өндірістік шаң-тозаңдардың жұмысшылар денсаулығына қауіптілігі тек қана олардың мөлшеріне байланысты емес. Сонымен қатар, олардың жоғары тыныс жолдарында және өкпе тіндерінде жиналу және сіңу қасиеттеріне тікелей байланысты. Ал бұл қасиеттер олардың химиялық құрамына және көлеміне тікелей байланысты. Сонымен қатар, олардың патологиялық белсенділігі шаң-тозаңдарды седиментациялық, иммунологиялық, диффузиялық, термопретипетациялық қасиеттеріне де тәуелді. Сонымен шаң-тозаңдардың көлемі 1-3 мкм-ге жеткенде осы қасиеттер 30% жоғарлайды, ал олардың мөлшері 0,3 – 1 мкм-ге дейінгі аралықта болса, оның тіндерге сіңірілуі және өкпеде сақталып қалу қуаты өте жоғары болады. Сондықтан тыныс жүйесінде ауру туындататын шаң-тозаңдарды гигиеналық тұрғыда бағалау үшін, міндетті түрде олардың мөлшері мен көлемдеріне, дисперсиялық қасиеттеріне, электрлік қуатына, диффузиялық қасиеттеріне барынша және жан-жақта баға беру дұрыс. Басқа жағдайда зерттеу нәтижелері дұрыс болмайды.

Тыныс жүйесі ағзаларының бейэпидемиялық аурулары бойынша аурушандық, мүгедектік және қаза болу оқиғаларының түзілу ерекшеліктері.

Соңғы жылдары созылмалы өкпе-бронх ауруларының әлеуметтік – медициналық маңызы айтарлықтай жоғарлайды. Оның ең басты себебі, осы аурулардан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларының денсаулық көрсеткіштерінің түзілуіндегі алатын орнының артуымен айқындалады.

Өкпе-бронх жүйесі ауруларының кеңінен таралуына бірінші кезекте адамдар мен қоршаған өмір сүру ортасының арасында қалыптасқан ара-қатынасы алып келіп отыр деуге болады. Тыныс алу жүйесі ауруларына алып келетін аса қатерлі себептердің қатарына темекі түтіні мен өндірістік поллютанттар жатады. Өндірістік поллютанттардың сипаттамасы әртүрлі болып келеді. Олар ең бастысы органикалық тозаңдар (ұн, мақта тозаңдары) және бейорганикалық тозаңдар (көмір, кварц, цемент, асбест, ауыр металдар тозаңдары), деп екі топқа жіктеледі. Өндіріс орындарының ауқымды түрде автоматтандырылуы және механикаландырылуы жұмысшылардың зиянды поллютанттардың әсеріне ұшырауын азайтпай отыр.

Сонымен қатар, өндірістен қоршаған ортаға бөлінетін қалдықтар экологиялық қатерлі жағдайды қалыптастырады. Осыдан, химиялық заттардың зиянды әсері өндірістен тыс жағдайда да жалғасын табады. Әр түрлі минералдық, өсімдік тектес және синтетикалық заттарды өндіру және өңдеу, жаңа тұрмысқа қажетті заттарды шығару, міндеті түрде қатты заттарды ұнтақтау арқылы жүзеге асырылады. Бұл үрдіс қоршаған ортаға, оның ішінде атмосфералық ауаға шаң-тозанның көптеп бөлінуіне себеп болады.

Өндірістік шаң-тозаң өте жиі кездесетін кәсіби қатерлі себеп. Оның әсеріне көптеген жұмысшылар топтары ұшырайды. Ал өндірістік шаң-тозаңның кездеспейтін өнеркәсіп орындары жоқтың қасы.

Сондықтан шаң-тозаңнан туындайтын өкпе – бронх жүйесі ауруларының қатары да жиі кездеседі. Қазіргі таңда өндірісті шаң-тозаңдардың 60 астам түрлері белгілі. Олардың барлығы тыныс алу жүйесінде созылмалы аурулардың туындауына алып келеді. Сондықтан, өндірісте туындайтын шаң-тозаң бронх-өкпе жүйесіне тигізетін әсерін, осы жүйде туындайтын аурулардың этиологиясы мен патогенезін тыныс жүйесіндегі қызметтік ауытқулардың даму бағытын анықтап, шаң-тозаңнан туындайтын патологиялардың алдын-алу шараларының ғылыми негізін жасаудың өзектілігі айтпасада түсінікті.

Өкпе және бронх ауруларын туындататын және асқындыратын себептерді есепке ала отырып, қоршаған ортадағы атмосфералық ауа құрамын қадағалау әдістерін жетілдіру мәселелерін шешу қажет.

Сонымен өндірістік және экологиялық ортада атқаратын кез келген жұмыс, организмге тигізетін өзіндік зиянды әсерімен ерекшеленеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Кулкыбаев Г. А. Итоги и перспективы научных исследований по проблеме профессиональной патологии бронхо-легочной системы //Сб.науч.трудов межд.конферен. «Современные проблемы профессиональных заболеваний бронхо-легочной системы» - Караганда, 2001.-С.1-10.
2. Шик Л.Л., Канаев Н.Н. Руководство по клинической физиологии дыхания- Ленинград-Медицина 1985.-С.5-10.
3. Величовский Б.М. Новые представления по патогенезе профессиональных заболеваний пылевой этиологии //Пульмонология. 1995.-С.6-16.
4. Жумабекова Б.К., Байманова А.М., Бакирова Р.Е., Рахметова А.М. Профессиональная патология органов дыхания у рабочих современного резинотехнического производства //Сборник научных трудов Международная научная конференция «Современные проблемы профессиональных заболеваний бронхо-легочной системы». – Караганда. 2001 – С.225-228.

УДК 576.3.612.11.9

КЕҢІРДЕК-ҰЯШЫҚ ШАЙЫНДЫСЫНДАҒЫ АНТИОКСИДАНТТЫҚ ЖҮЙЕНІҢ РАДИАЦИЯҒА СЕЗІМТАЛДЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ӨЗГЕРУІ

У.Ж.Садырханова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

Гамма облучения приводят к снижению параметров антиоксидантной системы в бронхо-альвеолярном смыеве в зависимости от чувствительности организма к радиаций, при этом активность снижается у «резистентной» группы на 30,1-39,9%, у «чувствительной» группы в 2,6-3,0 раза, а у «очень чувствительной» группы - в 3,47- 5,0 раза.

SUMMARY

In the system of antioxidant parameters of the bronchoalveolar washings gamma irradiation decreases, depending on the sensitivity of the organism to radiation and the activity reduces in «resistant» group at 30, 1-39, 9 %, in «sensitive» group from 2,6 to 3,0 times, in «very sensitive» group from 3,47 to 5,0 times.

Кейбір мәліметтер бойынша, радиациялық зақымдануда қанның хемилюминесценттік қасиеттері жоғарылайды. Гамма сәулесімен жіті сәулеленудің жетінші тәулігінде ең үлкен құрылымдық, қызметтік және биохимиялық өзгерістер байқалды [1].

Жұмыстың мақсаты: Радиациялық жіті сәулеленудің әсерінен қан құрамындағы еркін радикалды тотығу үрдістері өнімдерін зерттеу.

Қолданған әдістер. Радиациялық зақымданудың үлгісі тәжірибелік жануарларды бір рет сәулелеу арқылы жасалынды. Жіті сәулеленуді гамма қондырғысы «ТЕРРАГАМ» (Со63) пайдаланып, орта -өлімді мөлшері -6 грей қуаттылық дозасы 1,5 Гр/ мөн. қолданылды Тәжірибелік егеуқұйрықтарды жіті сәулеленуден кейін 7-ші тәулігінде декапитация жасап, кеңірдек-ұяшық шайындысы [2], зерттеуге алынды.

Токоферолдың [3], SH-тобының [4]. және супероксиддисмутаза (СОД) [5], каталаза (КАТ) [6]., глутатион-пероксидазаның (ГП) [7], глутатион-редуктазаның (ГР) [7]. кеңірдек-ұяшық шайындысындағы мөлшерлері

спектрофотометриялық әдісімен анықталды. Жалпы антирадикалды (АРБ) [8]. және антиотықтырғыш белсендіктерді (АТБ) [9] әдістер бойынша зерттелді.

Зерттеу нәтижесі: Радиациямен жіті сәулеленудің жетінші тәулігінде кеңірдек- ұяшық шайындысындағы липидтердің асқын тотығуы үрдісінің негізгі антиотықтырғыш энзимінің бірі – супероксиддисмутаза белсенділігі «төзімді» топта бақылау топқа қарағанда 34,3%-ға төмендесе, «сезімтал» топта бұл көрсеткіш 65,1%-ға азайды, ал «өте сезімтал» топта супероксиддисмутаза белсенділігі 80,9% -ға төмендеді (1-кесте).

Жануарлардың радиациямен жіті сәулеленуінің жетінші тәулігінде сутегі асқын тотығының деңгейін реттейтін каталазаның кеңірдек- ұяшық шайындысындағы белсенділігі «төзімді» топта 33,6%-ға азайды, «сезімтал» және «өте сезімтал» топта бұл ферменттің белсенділігі сәйкес бақылау топқа қарағанда 65,2%-ға және 79,1%-ға төмен болды.

Жануарлардың радиациямен жіті сәулеленуінің жетінші тәулігінде глутатион алмасуын реттейтін глутатионпероксидазаның кеңірдек- ұяшық шайындысындағы белсенділігі «төзімді» топта 33,6%-ға азайды, «сезімтал» және «өте сезімтал» топта бұл ферменттің белсенділігі сәйкес бақылау топқа қарағанда 65,9%-ға және 80,2%-ға төмен болды. Глутатион редуктазаның кеңірдек-ұяшық шайындысындағы белсенділігі «төзімді» топта 34,3%-ға азайды, «сезімтал» және «өте сезімтал» топта оның белсенділігі сәйкес бақылау топқа қарағанда 66,8%-ға және 79,6 % -ға төмен болды.

Кеңірдек-ұяшық шайындысындағы сульфгидрилді тобы радиациямен жіті сәулеленудің жетінші тәулігінде «төзімді» тобында бақылау топқа қарағанда 39,9%-ға азайса, «сезімтал» және «өте сезімтал» топтарында оның мөлшерлері сәйкес бақылау тобына қарағанда 66,3%-ға және 80,2%-ға төмендеді.

Кеңірдек-ұяшық шайындысындағы антирадикалды және антиотықтырғыш белсенділіктері радиацияның әсерінен «төзімді» тобында бақылау тобына қарағанда 33,9%-ға және 30,1%-ға сәйкес төмен болса, «сезімтал» топта бұл көрсеткіштердің мәні сәйкес бақылау тобының 37,9 %-ын және 33,9%-ын құрады, яғни азаю 62,1%-ға және 66,1%-ға тең болды. Кеңірдек-ұяшықтың радиациямен зақымдануының жетінші тәулігінде антирадикалды және антиотықтырғыш белсенділіктері «өте сезімтал» топта ең кіші мәнге ие болды, антирадикалды және антиотықтырғыш белсенділіктері сәйкес бақылау тобының 27,8%-ын және 20%-ын құрады.

Радиациямен жіті сәулеленген жануарлардың кеңірдек- ұяшық шайындысындағы антиотықтырғыш көрсеткіштерінің радиацияға сезімталдығына байланысты өзгеруі

1-кесте

Көрсеткіштер		Топтар		
		өте сезімтал	сезімтал	төзімді
СОД (шб/мл)	1	4,71 ± 0,03	6,29 ± 0,03Δ	10,5 ± 0,06Δ
	2	0,9 ± 2,8*	2,2 ± 1,8*Δ	6,9 ± 0,7*Δ
КАТ (шб/мл)	1	3,3 ± 0,03	4,6 ± 0,03Δ	7,26 ± 0,06Δ
	2	0,69 ± 0,18*	1,6 ± 0,08*Δ	4,82 ± 0,7*Δ
ГП (мм GSH/мл мин.)	1	1,76 ± 0,5	2,46 ± 1,1Δ	3,87 ± 1,2Δ
	2	0,35 ± 1,6*	0,84 ± 0,9*Δ	2,57 ± 0,8*Δ
ГР(Мм НАДФН/ мл мин).	1	6,26 ± 1,1	8,76 ± 2,0Δ	13,7 ± 1,99Δ
	2	1,28 ± 2,6*	2,91 ± 2,8*Δ	9,0 ± 1,1*Δ
SH (нмоль/кг)	1	1,21 ± 0,06	1,69 ± 0,09Δ	2,66 ± 0,06Δ
	2	0,24 ± 0,15*	0,57 ± 0,04*Δ	1,60 ± 0,08*Δ
АРБ (шб)	1	11,5 ± 0,55	16,1 ± 0,82Δ	25,4 ± 1,4Δ
	2	3,2 ± 0,21*	6,1 ± 0,42*Δ	16,8 ± 0,91*Δ
АТБ (шб)	1	14,5 ± 0,78	20,3 ± 1,57Δ	31,9 ± 1,5Δ
	2	2,9 ± 0,14*	6,9 ± 0,22*Δ	22,3 ± 0,7*Δ

Нұсқама: СОД- супероксиддисмутаза; КАТ-каталаза; ГП-глутатионпероксидаза;
SH- сульфгидрилді топ; АРБ- антирадикалды белсенділік; АТБ- антиотықтырғыш белсенділік;
БК- бірлескен көрсеткіші; 1- бақылау топ; 2- радиациямен жіті сәулеленген топ; *p<0,05 сәйкес бақылау тобымен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіш; Δp <0,05 төзімді тобымен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіш; p<0,05 сезімтал тобымен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіш.

Зерттеулер нәтижесінде алынған мәліметтер радиациямен жіті сәулеленген жануарлардың кеңірдек- ұяшық жасушаларының антиоксиданттық қасиеті организмнің радиацияға сезімталдығына байланысты өзгерді.

Радиацияға «төзімді» топта төмендеу деңгейі шамалы болса, радиацияға «өте сезімтал» топта бұл өзгерістер жоғары деңгейде байқалды. Радиациямен жіті сәулеленген жануарлар кеңірдек-ұяшық шайындысының антиоксидантты жүйесінің төмендеуі липидтердің еркін радикалды тотығуы мен антитотықтырғыш жүйенің біріктірілген көрсеткішін анықтағанда толық дәлелін тапты (2-кесте).

Радиациямен жіті сәулеленген жануарлар кеңірдек-ұяшық шайын-дысындағы липидтердің еркін радикалды тотығуы мен антитотықтырғыш жүйенің біріктірілген көрсеткішінің радиацияға сезімталдығына байланысты өзгеруі

2-кесте

ЛЕРТ-АТЖ-нің көрсеткіші	біріктірілген	Топтар		
		төзімді	сезімтал	өте сезімтал
Шартты белгі	1	1,0±0,07	1,0±0,07	1,0±0,07
	2	2,56±0,2*	4,05±0,24*Δ	6,98±0,42*Δ
% бойынша	1	100	100	100
	2	256	405	698

Нұсқама: ЛЕРТ-АТЖ- липидтердің еркін радикалды тотығуы мен антитотықтырғыш жүйе; 1- бақылау топ; 2- радиациямен жіті сәулеленген топ; *p< 0,05 бақылау топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіш; Δ p< 0,05 төзімді топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіш; p< 0,05 сезімтал топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіш.

Радиациямен жіті сәулеленген жануарлардың «төзімді» топтағы кеңірдек- ұяшық шайындысындағы бұл көрсеткіштің деңгейі бақылау топқа қарағанда 156%-ға жоғары болады. Радиацияға «сезімтал» топтағы оның деңгейі бақылау топтың көрсеткішінен үш еседей көп болса, «төзімді» топпен салыстырғанда 58,2%-ға жоғары болды, бірақ радиацияға «өте сезімтал» топтың көрсеткішімен салыстырғанда 42%-ға төмендеді.

Липидтердің еркін радикалды тотығуы мен антитотықтырғыш жүйесінің кеңірдек- ұяшық шайындысындағы бірлескен көрсеткішінің ең үлкен мәні радиацияға «өте сезімтал» топта орын алды, жоғарылау деңгейі «төзімді» және «сезімтал» топтарының көрсеткішімен салыстырғанда екі жарым еседен және бір жарым еседен сәйкес артық болды.

Сонымен, кеңірдек- ұяшық шайындысындағы антитотықтырғыш параметрлері жануарлардың радиацияға сезімталдығына тікелей байланысты. Антитотықтырғыш көрсеткіштерінің ең үлкен төмендеуі «өте сезімтал» топта орын алды, ал «сезімтал» тобында орта жағдайда болса, «төзімді» топта үлкен ауытқулар болмады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Орманов Т.Н., Орманов Н.Ж., Примкулова Г.Ш., Тургунбаев С.И. Изменение состояние свободно – радикального окисления липидов в селезенке при радиационном поражении //Вестник ЮКГМА-Шымкент, 2005-№4 (22).-С.115-117.
2. Дороватовский В.А. Экспериментальная патология сурфактантной системы легких и восстановительные воздействия на неё: Автореф. дисс. канд. мед. наук - Акмола, 1993.-14с.
3. Рудакова-Шилина Н.К., Матюхова Н.П. Оценка антиоксидантной системы организма // Лаб. дело .-1982.- №1.-С.19-21.
4. Торчинский Ю.М. Сера в белках. М.–1977.–С.118-140.
5. Чумакова В.Н., Осинская Л.Ф. Количественный метод определения активности цинк-медь зависимой супероксиддисмутазы в биологическом материале // Вопр. мед. химии-1977. -№5.-С712-716.
6. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // Лаб.дело. – 1988. – №1.– С. 16-19.
7. Власова С.Н., Шабунина Е.И., Переслегина И.А. Активность глутатионзависимых ферментов при хронических заболеваниях печени у детей //Лабораторное дело.- 1990.- № 8.- С.19-22
8. Орманов Н.Ж. Разработка внедрение методов ранней диагностики хронической интоксикации соединениями фосфора: Автореф... докт. мед. наук – Алматы.-1992.-57с.
9. Спектор Е.Б., Ананенко А.А., Политова Л.Р. Определение общей АОА плазмы крови и ликвора. //Лабораторное дело.–1984.–№1.–С.26-28.

УДК616.366-089.819-07:616.24-008.7074

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХОЛЕЦИСТИТОМ

Г.Д. Сексенбаева

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Өт-тасымен ауыратын сырқаттардың қанының қарамында антитотықтырыш жүйесінің белсенділіктері өт қапшығының жағдайына байланысты.

SUMMARY

Activity of antioxidant properties of blood in patients with gallstone disease depends on the condition of the gall bladder.

Одной из причин летальных исходов после операций на желчевыводящих путях является активация свободнорадикальных процессов и, в первую очередь, перекисного окисления липидов (ПОЛ) [1].

В последнее время сформировались устойчивые представления о матричной организации ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) в клетках, в частности, эритроцитах. Ферменты АОЗ образуют сопряженные системы, формируя линии антирадикальной и антиперекисной защиты [2].

Первую линию АОЗ составляет сопряженная система супероксиддисмутазы и каталазы. Эти ферменты осуществляют последовательное восстановление супероксиданионов до воды [3].

В сравнительном аспекте не изучены состояние антиоксидантной системы крови больных желче-каменной болезнью (ЖКБ) и холециститом.

Цель исследования. Изучение состояние антиоксидантных систем крови у больных желче-каменной болезнью и холециститом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 больных, поступивших в ОКБ г. Шымкента с диагнозом желче-каменная болезнь (40 больных) и острый холецистит (42 больных). У больных с острым холециститом длительность заболевания составила от 6 до 48 часов. В зависимости от эффективности консервативного лечения все больные были разделены на 2 клинические группы.

В 1-ю группу вошли 20 больных, консервативное лечение у которых привело к регрессу клинических симптомов. Из них 14 человек были выписаны без операции, а 6 прооперированы в отсроченном порядке. У этих пациентов при морфологическом исследовании желчного пузыря не было выявлено деструктивных изменений.

2-ю группу составили 22 человека, у которых консервативная терапия оказалась неэффективной, и им через 48-72 часа от поступления в клинику было выполнено оперативное вмешательство. У всех пациентов данной группы при гистологическом исследовании были выявлены деструктивные изменения в стенке желчного пузыря.

Контрольную группу составили 15 практически здоровых доноров. Для оценки антиоксидантного статуса определяли активность супероксиддисмутазы (СОД) [4], каталазы (КАТ) [5] в эритроцитах антирадикальную активность (АРА) [6] крови. Для оценки состояния свободнорадикального процесса определяли хемилюминисцентные показатели интоксикации (ХЛПИ) [7]. Хемилюминисцентный показатель интоксикации определяли по следующей формуле:

$$ХЛПИ = \frac{СпХЛ_б}{СпХЛ_к} + \frac{ИндХЛ_б}{ИндХЛ_к} + \frac{ССОПР_б}{ССОПР_к}$$

3

где: СпХЛ - спонтанная хемилюминесценция;

ИндХЛ – индуцированная хемилюминесценция;

ССОПР - средняя скорость образования перекисных радикалов;

б – больные; к- контроль;

Результаты исследования. По результатам исследования, представленного в таблице, у больных ЖКБ имеет место депрессия антиоксидантных систем крови, об этом свидетельствует снижение активности СОД на 20,2 %, каталазы на 25,4 %, при этом установлено повышение АРА плазмы крови на 51,8% по сравнению с контрольной группой.

У больных желче-каменной болезнью с осложнениями установлено снижения АРА плазмы крови. При этом уменьшение составляло 16,6% и 45,1% по сравнению с показателями контрольной группы и больных ЖКБ без осложнениями.

Активность СОД – ключевого фермента свободно-радикального процесса в эритроцитах у ЖКБ «с осложнениями» снизилась на 37 % и 21,1% по сравнению с показателями контрольной и больных ЖКБ без осложнений. Активность СОД в эритроцитах крови у больных холециститом снижается в зависимости от

состояния желчного пузыря, при этом более выраженная депрессия СОД установлена при деструктурных изменениях стенки желчного пузыря. Уменьшение у больных 1-ой группы составляли 44,9%, а у больных 2-ой группы -56%.

Активность каталазы в эритроцитах крови у больных желче-каменной болезнью с осложнениями снижается. При этом уменьшение составило 38,1% и 18% по сравнению с показателями контрольной группы и больных ЖКБ без осложнений. Активность каталазы в эритроцитах крови у больных холециститом снижается в зависимости от состояния желчного пузыря, при этом уменьшение у больных 1-ой группы составляли 47,8%, а у больных 2-ой группы -58,2%. ХЛПИ крови у больных ЖКБ снижается на 25%, по сравнению с контрольной группой, однако при осложнении ЖКБ ХЛПИ возрастает на 170% и 260% по сравнению с показателями контрольной группой и больных ЖКБ без осложнений.

Показатели АОС в эритроцитах крови у больных

Таблица 1

Группы	Показатели			ХЛПИ (усл.ед)
	СОД (10 ³ ед н 1,0 мм ЭМ)	КАТ (нмоль Н ₂ O ₂ 1,0 мл ЭМ)	АРА(усл. ед.)	
Здоровые лица	89,2±2,01	0,67±0,02	58,1±1,0	1,0±0,03
Больные ЖКБ без осложнений	71,2±3,1*	0,50±0,03*	88,2±4,4*	0,75±0,23*
Больные ЖКБ с осложнениями	56,2±0,03*#	0,41±0,28*#	48,5±2,4*#	2,7±0,19*#
Больные с острым холециститом (1-ая группа)	49,2±0,03*	0,35±0,28*	32,3±2,1*	1,87±0,09*
Больные с острым холециститом (2-ая группа)	39,3±0,28*#	0,28±0,28*#	26,3±1,8*#	2,87±0,14*#

Примечание: 1 - * p<0,05 по сравнению с группой здоровых;
2 - # p<0,05 по сравнению с группой без осложнений.

Наибольшие ХЛПИ наблюдаются у больных с «осложненным» холециститом и увеличение составляет, по сравнению с контрольной, «ЖКБ» и «холециститной» группой, на 187%, 282% и 53,4% .

Исходя из наших результатов можно заключить, что при ЖКБ имеет место недостаточность антиоксидантных механизмов защиты. Это обусловлено снижением антиоксидантных свойств крови, которые определенным образом связаны с несостоятельностью антиокислительных механизмов, представителями которых является каталаза и супероксиддисмутаза. Однако, в отличии от холецистита имеет место активизация антирадикальной активности крови, что связано со снижением хемиллюминесцентных параметров крови при ЖКБ [8].

Выводы: 1. Активность антиоксидантных систем крови у больных ЖКБ зависит от состояния желчного пузыря

2. Депрессия антиоксидантных систем крови была более высокой у больных с воспалительными и деструктурными изменениями стенки желчного пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимир Ю.А. Свободные радикалы и биологических системах /Соросовский образовательный журнал. – 2000.-Т.6, №12.-с.13-19.
2. Арутюнян А.В., Дубинина Е.Е., Зыбина Н.А. Методы оценки свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы организма.-Спб.: ИКФ «Фолиант», 2000.-104с.
3. Орманов Н.Ж. Роль свободных радикалов в патогенезе хронической интоксикации соединениями фосфора. //Хроническая фосфорная интоксикация и гипербарическая оксигенация. Москва. 1988.- С. 3-10.
4. Әділбекова Д.А., Орманов Н.Ж., Жумабаев У.А. Использование хемиллюминесцентного свойства сыворотки (плазмы) крови для диагностики хронической интоксикации соединениями фосфора //Методические рекомендации.-Шымкент, 1993.-16с.
5. Чумаков В.Н., Осинская Л.Ф. Количественный метод определения активности цинк-медь зависимой супероксиддисмутаза в биологическом материале // Вопр. мед. химии. – 1977. – №5. – С. 712-716.
6. Королук М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // Лаб.дело. – 1988. – №1.– С. 16-19.
7. Орманова Л.Н. Влияние фитопрепарата родиолы розовой и рувимина на свободнорадикальное окисление липидов при полихимиотерапии больных туберкулезом легких //Мед. и экология, 2005.-№6 (37).-С.54-55
- 8.Сексенбаева Г.Д.Хемиллюминесцентных параметров гемолизата крови больных желчно-каменной болезни и холециститом //Вестник ЮКГМА.-2009.- №4.– С.

УДК 616.6-053.6 (574.5)

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

М.А. Булешов, К.А. Султанбеков

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Қазақстан Республикасының оңтүстік аймақтарында тұратын жасөспірімдер арасында, урологиялық ауруларының салыстырмалы талдауы жүргізілген.

SUMMARY

There was a comparative evaluation of urologic incidence among the teenage population of southern regions of Kazakhstan held.

Нами была изучена динамика изменения болезни мочеполовой системы среди подросткового населения южных регионов Республики Казахстан на 100 тыс. человек (рисунок 1). Как показано на рисунке, в 2006 году болезни мочеполовой системы среди подросткового населения в среднем по стране составляла 3487,4 на 100 тыс. человек. Выше среднереспубликанского значения изучаемый показатель установлен в Кызылординской области (6588,1), а в Жамбылской (3366,4) и Южно-Казахстанской (2451,8) областях данный показатель был ниже среднего республиканского значения.

Установлено, что в 2007 году среднее значение изучаемого показателя составило 3644,6 на 100 тыс. человек. При этом выше среднего республиканского значения болезни мочеполовой системы среди подросткового населения отмечался в Жамбылской и Кызылординской областях, соответственно 3657,8 и 6478,8. В Южно-Казахстанской области данный показатель был ниже (2926,1) среднего республиканского значения.

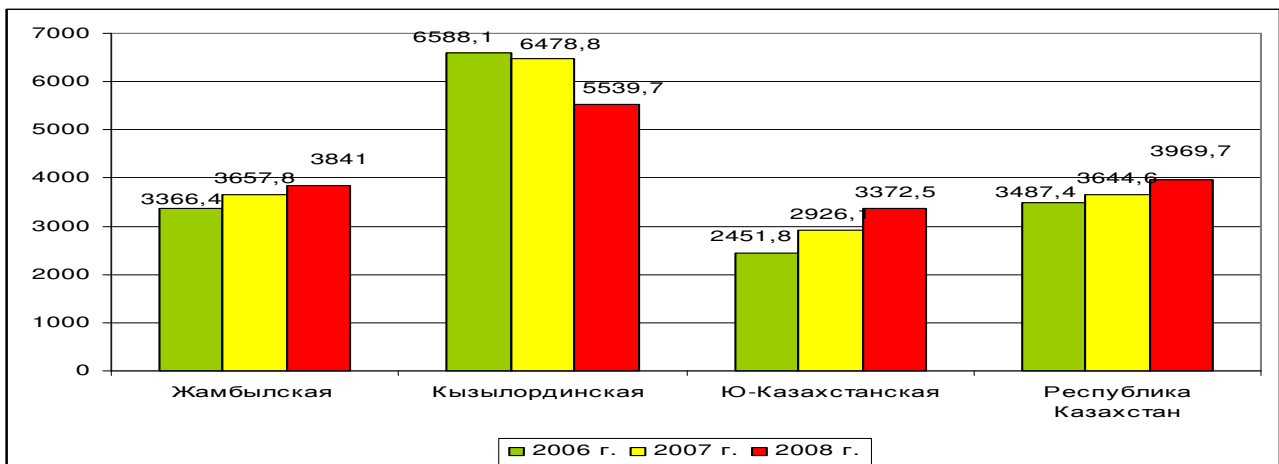


Рисунок 1

Динамика изменения болезни мочеполовой системы среди подросткового населения южных регионов Республики Казахстан (на 100 тыс. человек)

Показано, что в 2008 году болезни мочеполовой системы среди подросткового населения в среднем по стране была 3969,7 на 100 тыс. человек. Выше среднего значения изучаемый показатель установлен в Кызылординской области (5539,7). В остальных изучаемых регионах РК данный показатель был ниже среднего республиканского значения.

Анализ данных 2007 и 2006 годов установил рост болезни мочеполовой системы среди подростков в Жамбылской (на 8,7%) и Южно-Казахстанской (на 19,3%) областях, а в Кызылординской области он, наоборот, снизился (на 1,7%). В среднем по стране отмечено повышение данного показателя на 4,5%.

В 2008 году по сравнению с 2007 уменьшение изучаемого показателя отмечено в Кызылординской области (на 14,5%). Тогда как в Жамбылской и Южно-Казахстанской областях, наоборот, наблюдалась их повышение (соответственно на 5,0% и 15,3%). При этом средний показатель в целом по республике увеличился на 8,9%.

Результаты сравнительного изучения динамики изменения мочекаменной болезни среди подросткового населения южных регионов Республики Казахстан 100 тыс. человек представлены на рисунке 2. Установлено, что в 2006 году изучаемый показатель в среднем по стране составил 24,6 на 100 тыс. населения. Выше среднереспубликанского значения мочекаменной болезни среди подросткового населения установлен в

Жамбылской и Южно-Казахстанской областях, а в Кызылординской - отмечено снижение изучаемого показателя ниже среднереспубликанского.

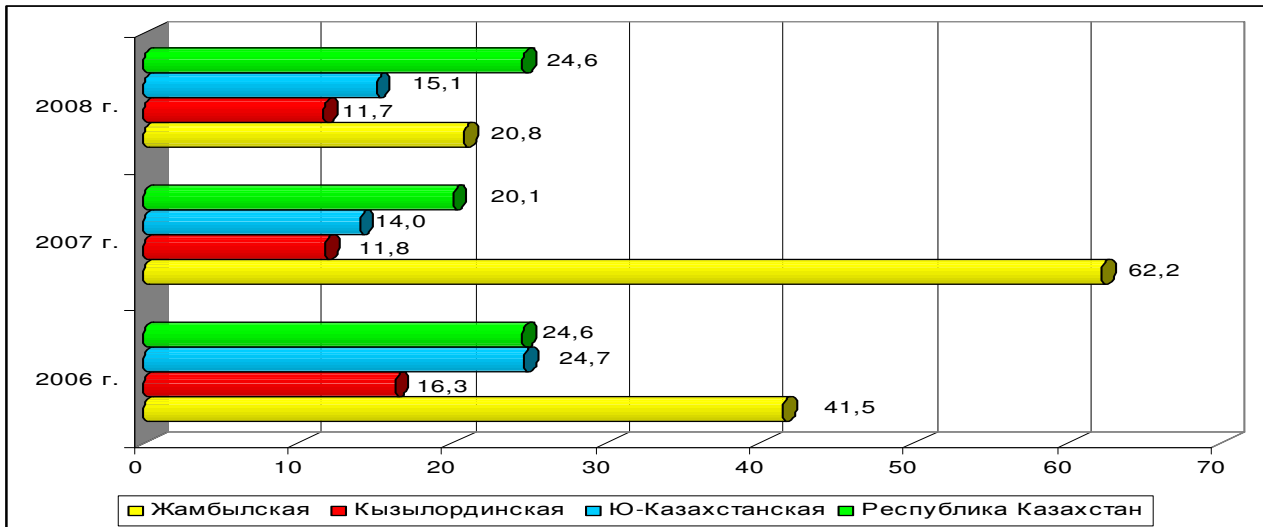


Рисунок 2

Динамика изменения мочекаменной болезни среди подросткового населения южных регионов Республики Казахстан (на 100 тыс. человек)

Далее показано, что в 2007 году мочекаменной болезни среди подросткового населения была выше среднереспубликанского (20,1) показателя в Жамбылской области (62,2). В других южных регионах Республики Казахстан, показатель ниже среднереспубликанского значения.

Обнаружено, что среднереспубликанский показатель мочекаменной болезни среди подросткового населения в 2008 году составило 24,6 на 100 тыс. человек. Следует отметить, что во всех изучаемых областях отмечено снижение изучаемого показателя от среднереспубликанского значения.

Одновременно установлено, что в 2007 году по сравнению с 2006 годом мочекаменной болезни среди подросткового населения снизился в Кызылординской и Южно-Казахстанской областях, а в Жамбылской области, он, наоборот, увеличился (на 49,9%). При этом было установлено снижение среднего показателя по стране на 18,3%.

Сравнительный анализ изменения мочекаменной болезни среди подросткового населения в 2008 году по отношению 2007 году показал ее снижение в Жамбылской и Кызылординской областях, а в Южно-Казахстанской области темп прироста, наоборот, повысился на 7,9%. При этом средний показатель первичной заболеваемости травмами среди взрослого населения на селе в целом по стране вырос на 22,4%.

Динамика изменения заболеваемости хроническим пиелонефритом среди подросткового населения показало (рисунок 3), что в 2006 году заболеваемость хроническим пиелонефритом среди подростков в среднем по республике составила 914,0 на 100 тыс. человек. Выше среднереспубликанского значения, в южных регионах, изучаемый показатель установлен в Жамбылской и Кызылординской областях, а в Южно-Казахстанской, данный показатель был ниже среднереспубликанского показателя (соответственно 829,3).

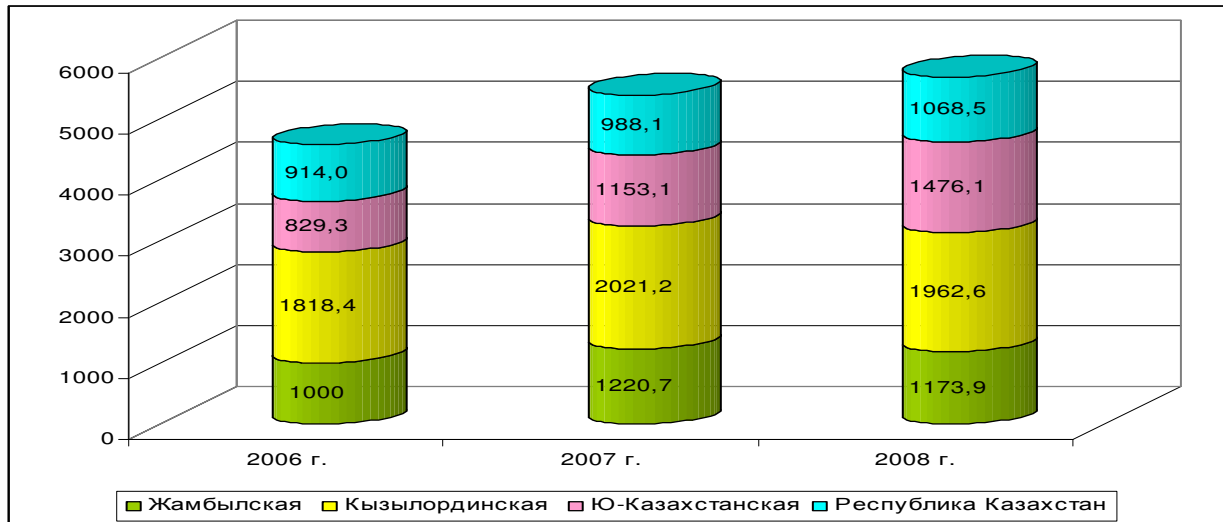


Рисунок 3

Динамика изменения заболеваемости хроническим пиелонефритом среди подросткового населения южных регионов Республики Казахстан (на 100 тыс. человек)

Установлено, что в 2007 году среднее значение изучаемого показателя подросткового населения РК составила 988,1 на 100 тыс. человек. При этом выше среднего республиканского значения изучаемый показатель был во всех южных регионах страны, так в Жамбылской области – 1220,7, Кызылординской – 2021,2 и Южно-Казахстанской – 1153,1.

Отмечено, что в 2008 году заболеваемость хроническим пиелонефритом среди подросткового населения в среднем по республике равнялся 1068,5 на 100 тыс. человек. Выше среднереспубликанского значения изучаемый показатель, как и в предыдущий год, был во всех изучаемых областях РК.

Показано, что в 2007 году по отношению к 2006 году, прирост заболеваемости хроническим пиелонефритом среди подросткового населения отмечено во всех южных регионах. Так увеличение изучаемого показателя обнаруживался в Жамбылской - на 22,1%, Кызылординской – на 11,2% и Южно-Казахстанской – на 39,0%. При этом среднереспубликанское значение изучаемого показателя также увеличился (на 8,1%).

Показано, что в 2008 году по сравнению с 2007 годом, повышение изучаемого показателя выявлялось в Южно-Казахстанской (на 28,0%) области, а в других изучаемых регионах отмечалось ее снижение, при этом в целом по республике заболеваемость хроническим пиелонефритом среди подростков увеличилась на 8,1%.

Таким образом, в различных южных регионах страны наблюдаются различные уровни урологической заболеваемости подросткового населения, разные тенденции динамики заболеваемости: в Южно-Казахстанской области болезни мочеполовой системы на протяжении последних 3 лет незначительно увеличилась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джарбусынов Б.У. Достижение и проблемы в организации урологической службы Казахстана // Здравоохранение Казахстана. – 1995. - №2.
2. Рыс Улы, Алтынбеков Б.Е., Турлыбеков Ж.Т. Экологические проблемы и научные концепции по прогнозу и управлению состоянием здоровья населения и подготовки медицинских кадров в Южном регионе // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - Алматы, 1998. - №8
3. Кожобеков Б.С. Комплексное изучение эпидемиологических аспектов, ранней диагностики, оценки лечебных пособий и метафилактики мочекаменной болезни // Дисс. ... докт. мед. наук. – Алматы, 1998.

УДК 616.6-053.2-07 (574.5)

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ СТРАНЫ

К.А. Султанбеков

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Несеп-жыныс жүйесі ауруларына шалдыққан Қазақстанның оңтүстік аймақтарының балалар арасындағы динамикалық өзгерістері зерттелген.

SUMMARY

The dynamics of changes of urogenital system among the infant population of the southern regions of the Republic of Kazakhstan have been studied.

Целью настоящего исследования явилось изучить динамику изменения болезней мочеполовой системы среди детского населения южных регионов Республики Казахстан.

Как видно из рисунка 1, в 2006 году болезни мочеполовой системы среди детского населения в среднем по республике составляло 1449,9 на 100 тыс. человек. Выше среднереспубликанского значения изучаемый показатель в южных регионах установлено в Кызылординской (2328,8) области. В Жамбылской и Южно-Казахстанской областях данный показатель был ниже среднего республиканского значения.

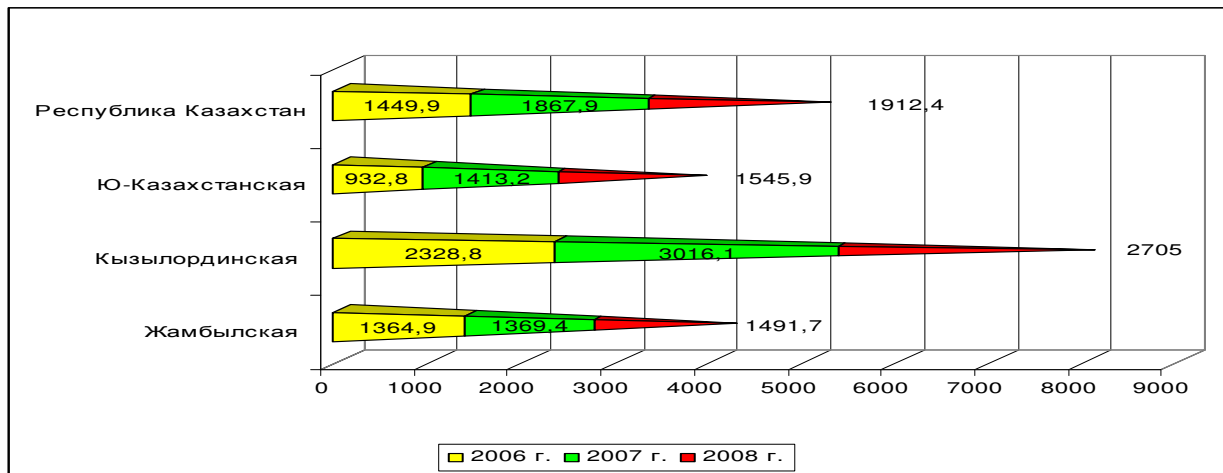


Рисунок 1

Динамика изменения болезни мочеполовой системы среди детского населения южных регионов Республики Казахстан (на 100 тыс. человек)

Установлено, что в 2007 году среднее значение изучаемого показателя равнялось 1867,9 на 100 тыс. человек. При этом выше среднего республиканского значения отмечено в Кызылординской (3016,1) области, а ниже среднего значения было обнаружено в Жамбылской (1369,4) и Южно-Казахстанской (1413,2) областях.

Показано, что в 2008 году болезни мочеполовой системы среди детского населения в среднем по республике была равна 1912,4 на 100 тыс. человек. Выше среднего значения изучаемый показатель, как и в предыдущий год, установлен Кызылординской (2705,0) области. В остальных южных регионах данный показатель был ниже среднего республиканского значения.

При сравнении данных 2007 и 2006 годов установлено увеличение болезни мочеполовой системы среди детского населения во всех южных регионах РК с диапазоном колебания от 0,3% (в Жамбылской области) до 51,5% (в Южно-Казахстанской области). При этом средний показатель в целом по республике увеличилась на 28,8%.

Обнаружено далее, что в 2008 году по сравнению с 2007, рост заболеваемости мочеполовой системы среди изучаемого контингента наблюдался в Жамбылской (на 8,9%) и Южно-Казахстанской (на 9,4%) областях, а в Кызылординской области отмечено ее снижение (на 10,3%), тогда как в целом по республике изучаемый показатель увеличился всего лишь на 2,4%.

Динамика изменения мочекаменной болезни среди детского населения южных регионов Республики Казахстан на 100 тыс. человек представлена на рисунке 2. Из рисунка видно, что в 2006 году мочекаменной болезнью среди детского населения в среднем по республике составила 6,4 на 100 тыс. человек. Выше среднереспубликанского значения в южных регионах изучаемый показатель установлен в Жамбылской (8,6) и Кызылординской (11,7) областях, а в Южно-Казахстанской данный показатель был ниже среднереспубликанского показателя (соответственно 5,7).

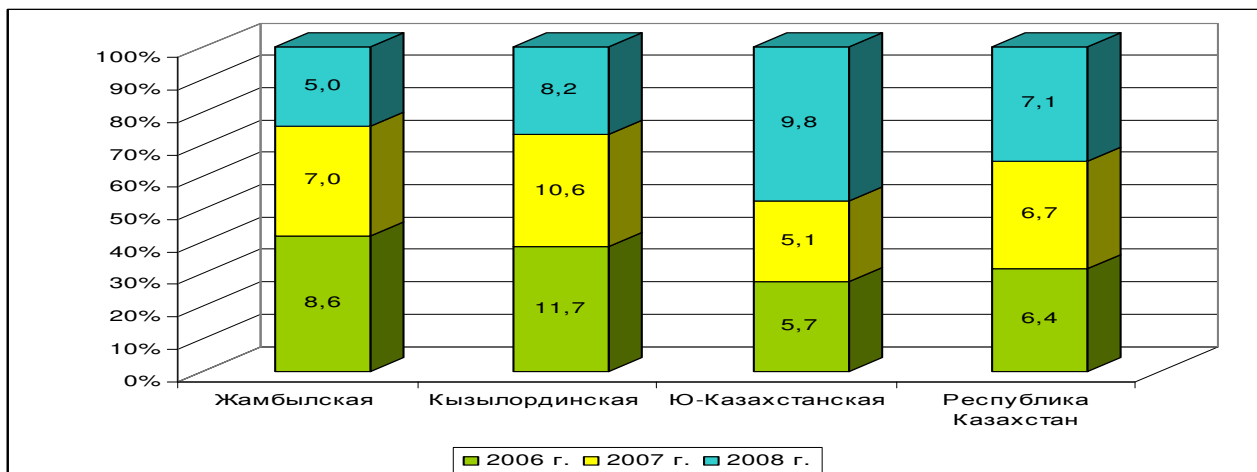


Рисунок 16

Динамика изменения мочекаменной болезни среди детского населения южных регионов Республики Казахстан (на 100 тыс. человек)

Установлено, что в 2007 году среднее значение изучаемого показателя детей РК составила 6,7 на 100 тыс. человек. При этом выше среднего республиканского значения изучаемый показатель был, как и в предыдущий год, в Жамбылской (7,0) и Кызылординской (10,6) областях. В Южно-Казахстанской области изучаемый показатель был ниже (или 5,1) среднего республиканского значения.

Отмечено, что в 2008 году мочекаменной болезнью среди детского населения в среднем по республике равнялся 7,1 на 100 тыс. человек. Выше среднереспубликанского значения изучаемый показатель был в Кызылординской (8,2) и Южно-Казахстанской (9,8) областях, а в Жамбылской, наоборот, был ниже (соответственно 5,0) среднереспубликанского значения.

Показано, что в 2007 году по отношению к 2006 году, снижение мочекаменной болезнью изучаемого контингента населения отмечено во всех южных регионах. Так уменьшение изучаемого показателя обнаруживался в Жамбылской - на 18,6%, Кызылординской - на 9,4% и Южно-Казахстанской - на 10,5%. При этом среднереспубликанское значение изучаемого показателя, наоборот, увеличился на 4,7%.

Показано, что в 2008 году по сравнению с 2007 годом, повышение изучаемого показателя детского населения выявлялось в Южно-Казахстанской (на 92,2%), а в Жамбылской и Кызылординской областях, наоборот, отмечалось ее снижение (соответственно на 28,6% и 22,6%), при этом в целом по республике мочекаменная болезнь у детей выросла на 6,0%.

Результаты сравнительного изучения динамики изменения заболеваемости хроническим пиелонефритом среди детского населения южных регионов Республики Казахстан на 100 тыс. человек представлена на рисунке 3.

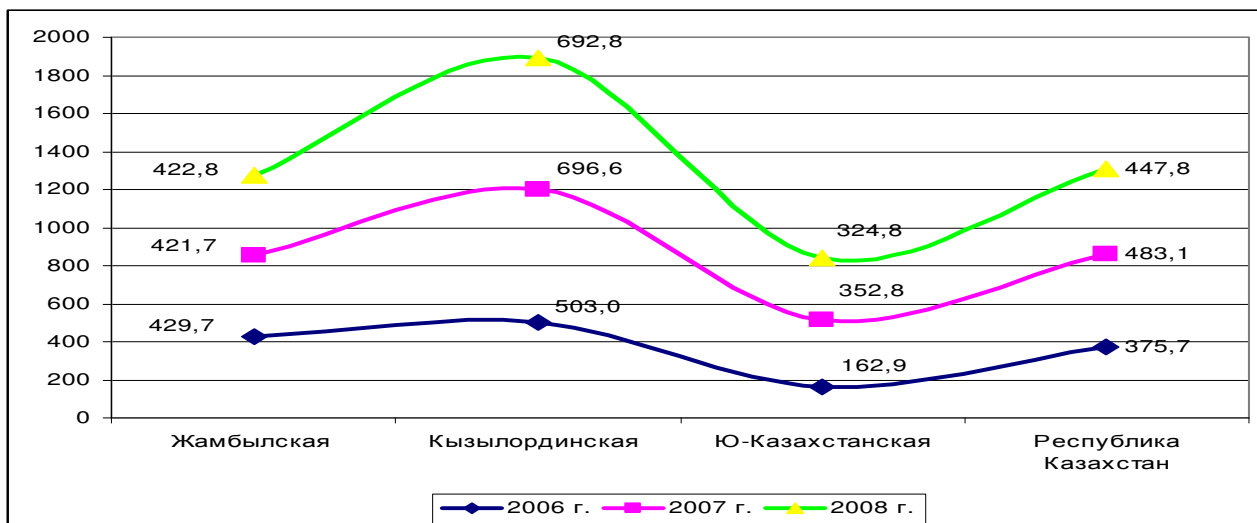


Рисунок 3

Динамика изменения заболеваемости хроническим пиелонефритом среди детского населения южных регионов Республики Казахстан (на 100 тыс. человек)

Установлено, что в 2006 году изучаемый показатель в среднем по стране составил 375,7 на 100 тыс. населения. В Жамбылской и Кызылординской областях заболеваемость хроническим пиелонефритом детей была выше среднереспубликанского значения (соответственно 429,7 и 503,0), а в Южно-Казахстанской, наоборот, ниже (162,9).

Далее показано, что в 2007 году хроническим пиелонефритом среди детского населения была выше среднереспубликанского (483,1) показателя в Кызылординской (696,6) области. В остальных южных регионах изучаемый показатель был ниже среднереспубликанского значения.

Обнаружено, что в 2008 году среднереспубликанский показатель динамики изменения заболеваемости хроническим пиелонефритом среди детского населения составлял 447,8 на 100 тыс. человек. Следует отметить, что выше среднереспубликанского значения он был, как и в предыдущий год, в Кызылординской области (692,8), а в Жамбылской и Южно-Казахстанской областях изучаемый показатель был ниже среднереспубликанского (соответственно 422,8 и 324,8).

Одновременно установлено, что в 2007 году по сравнению с 2006 годом заболеваемость хроническим пиелонефритом изучаемый контингента увеличился в Кызылординской и Южно-Казахстанской областях (соответственно на 38,5% и 116,6%), а в Жамбылской области он уменьшился (на 28,6%), при этом средний показатель по стране увеличился на 28,6%.

Сравнительный анализ изменения изучаемого показателя среди детей показал, что в 2008 году по отношению 2007 году произошло снижение в Кызылординской (на 0,5%) и Южно-Казахстанской (на 7,9%) областях, а в Жамбылской области, он, наоборот, увеличился незначительно (на 0,5%). При этом среднее значение изучаемого показателя в целом по стране снизилась (на 7,3%).

Таким образом, в южных регионах страны наблюдаются различные уровни урологической заболеваемости у детей, которые требуют обеспечения специализированных служб соответствующими кадрами и, прежде всего – кадрами врачей во всех административно-территориальных образования области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алчинбаев М.К. Ресурсное обеспечение и основные показатели урологической службы в Казахстане // Актуальные проблемы урологии: материалы 3 Конгресса урологов Казахстана. – Алматы, 2000.
2. Сарсенбеков Е.К. Распространенность мочекаменной болезни в некоторых регионах Казахстана // Здоровоохранение Казахстана. – 1993.- №4.
3. Sarmma I., Spirnak J.P., Resnick M.I. Urinary lithiasis in the black population: An epidemiologic study and review of the literature // J. Urol. – 1987/ - 138:14.
4. Schoenenberger A. Et al Residuum und rezdife kindlicher Harmsteine // Aktual. Urol. – 1983. – 14-4.

УДК 616.982

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ЧУМЫ

Р. Сайлаубекулы, Т.Т. Серикбаева

Шымкентская противочумная станция, Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыста обаға қарсы егетін тірі еке туралы мағлұматтар келтірілген. Егілген адамдар мен тәжірбиелік жануарларда егуден кейін пайда болатын иммунитеттің ұзақтылығы мен тұрақтылығын тексеру әдістері көрсетілген.

SUMMARY

Authors analyzed data an alive plague vaccine creation of vaccine, duration and intensity of immunity in immunized people and experimental animals, methods of the control of intensity and duration of immunity.

Приведена характеристика чумной вакцины, ее эффективности, а также данные по длительности и напряженности иммунитета у привитых людей и экспериментальных животных, методам контроля напряженности и длительности иммунитета.

Ключевые слова: чума, вакцина, иммунопрофилактика, иммуногенность, резистентность, иммунный статус.

Значительное место в системе эпидемиологического надзора за чумой занимает специфическая профилактика инфекции. В мировых эндемичных по чуме очагах (США, Индии) до настоящего времени продолжают применять убитые вакцины, хотя слабая их эффективность совершенно очевидна. В США для вакцинации используется убитая вакцина USP, представляющая собой высоковирулентный штамм 195P, инактивированный формальдегидом [6]. Прививка вакциной USP осуществляется внутримышечно. Взрослым и детям старше 10 лет вводят 1мл в первый раз и 0,2 мл через 4 недели. Ревакцинацию проводят через 6 месяцев и далее по показаниям. В качестве осложнений при прививках могут быть лихорадочное состояние и лимфаденопатия, а также эритемы и уплотнения наместеинфекции.

Широкое применение живой чумной вакцины в наиболее активных чумных очагах, безусловно, доказывает ее высокую эффективность. Материалы Жирара и Робика, Ле Голля, Опена, Фогеля, Девинья, Ротмана [2-4] свидетельствуют, что применение живых вакцин значительно снижают заболеваемость и смертность от чумы среди привитых.

Полный охват населения прививками может ликвидировать начавшуюся вспышку чумы.

Жирар и Робик, Девинья и другие, применявшие вакцину EV, приводят показатели эффективности живой вакцины. На о. Мадагаскар с декабря 1932 г. по 1934 г. включительно были привиты 111000 человек, при этом систематическое обследование вакцинированных людей дало авторам право утверждать, что вакцина EV безопасна. Ими показано, что при охвате прививками всего населения эпидемия прекращается. Смертность среди вакцинированных, заболевших чумой, уменьшилась на 80%.

Большое эпидемиологическое значение имеет отмеченный Жираром факт, что у вакцинированных при заболевании чумой редко наблюдается вторичная пневмония и септицемия.

В Республике Казахстан и странах СНГ применяется чумная живая сухая вакцина EV, коммерческое производство которой осуществляется в Казахском научном центре карантинных и зоонозных инфекций им. М. Айкимбаева с 1953г.

Прививки против чумы проводятся в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям. Вакцина применяется однократно и вводится в организм накожным методом. Длительность иммунитета, создаваемого противочумной вакциной, составляет 1 год. Ревакцинация осуществляется через 12 месяцев, а в особо тяжелых эпидемических ситуациях - через 6 месяцев. Доза для накожной вакцинации составляет 3 млрд. живых микробов. Препарат наносится в виде двух капель на кожу плеча или предплечья, которая после этого подвергается скарификации четырьмя взаимно перпендикулярными насечками в области каждой капли.

Противопоказания к прививкам обычные. При накожной вакцинации отмечается главным образом местная реакция. В области насечек появляются отеки, гиперемия, везикулярная сыпь по их ходу, иногда инфильтрация. Реже наблюдаются регионарные лимфангиты и лимфадениты. Эти изменения начинают проявляться через 8-10 часов и достигают максимума через 1-2 суток. Общая реакция обычно отсутствует или бывает незначительной. Она проявляется в виде повышения температуры до 37,5°C, которая держится не более суток. Реакций анафилактического типа после прививок живой вакциной, по-видимому, не наблюдается по крайней мере, в литературе нет упоминаний об этом. В экспериментальных условиях также не было поводов, чтобы считать, что живая вакцина обладает анафилатогенными свойствами. Ни один из привитых не обнаружил каких-либо расстройств, которые могли бы повлечь к перерыву обычных занятий, несмотря на то, что у некоторых температура была повышена и у всех наблюдалась местная реакция. Каждая серия вакцины проверяется на безвредность. Контроль проводят на морских свинках, которым подкожно вводят 15×10^9 микробных клеток. Животные не должны погибать или терять к шести суткам более 1/5 исходного веса. У забитых в это время морских свинок ас должно быть специфических патологоанатомических изменений в легких и генерализации процесса.

Минимальная иммунизирующая доза вакцинного штамма EV, предохраняющая 50% взятых в опыт животных от заражения 200 Dcl вирулентного штамма чумного микроба (EG)50, для белых мышей составляет 40000 м. к., для морских свинок — 10000 м. к. Необходимо отметить, что поствакцинальный иммунитет достаточно напряженный: животные не погибают при введении больших доз вирулентного штамма чумного микроба. Таким образом, в организме привитых животных развивается доброкачественный вакцинный процесс, не завершающийся септицемией и заканчивающийся через 10-15 суток освобождением организма от микробов.

По данным Жирара и Робика, Е. И. Коробковой [4], морские свинки, вакцинированные штаммом EV, после контрольного заражения большими дозами вирулентной культуры выживали в 100% случаев, иммунитет создается напряженный и длительный (до 13 Месяцев). Морских свинок одинаково хорошо удается иммунизировать однократным введением культуры EV под кожу, накожно, инстилляцией в глаз или нос. Иммунизированные свинки становятся резистентными к бубонной и первичной легочной чуме. Иммунитет вырабатывается к естественному заражению укусами инфицированных чумных блох. Испытание сроков наступления иммунитета у морских свинок, однократно привитых вакциной EV, показало, что резистентность к чуме повышается у них уже в первые дни после вакцинации, на 5-6 день устанавливается прочный иммунитет: все свинки, зараженные в эти сроки, остаются живы. Максимальная невосприимчивость развивается через 10-15 дней после иммунизации. Чем эффективнее вакцинный штамм, тем скорее наступает иммунитет, который в первые дни имеет признаки нестерильного иммунитета. Живая вакцина вызывает в организме привитого сложный комплекс изменений, который включает в себя: активацию и гиперплазию элементов ретикулоэндотелия, усиление фагоцитарной функции микро и макрофагов, формирование аллергических реакций [1. 3]. Принципом повторности прививок (двукратные прививки) увеличение дозы вакцины, удлинение интервалов между прививками удается воспроизвести у экспериментальных животных иммунитет высокой напряженности ко всем клиническим формам чумы. Применение кожных прививок, основанное на современных представлениях об иммунологической реактивности организма и роли нервной рецепции в формировании иммунитета, — это не только вопрос упрощения методики прививок, но речь идет здесь об использовании более совершенных механизмов и чувствительных рецептивных зон, которые в первую очередь принимают на себя раздражение, вызванное чумными микробами и продуктами их жизнедеятельности.

Изучение эффективности накожных прививок живой вакциной дало возможность уяснить некоторые механизмы в патогенезе иммунитета при чуме. При таком методе вакцинации проникновение чумных микробов в подлежащие ткани и во внутренние органы осуществляется в предельно короткие сроки, исчисляемые минутами, при этом животные проявляют через 10 минут высокую резистентность к заражению вирулентными культурами чумного микроба [6].

На основании большого числа наблюдений можно констатировать, что решающими факторами в эффективности живой вакцины является неповрежденность антигенов, способность микробов распространяться по организму привитого, временно размножаться в нем и вызывать своеобразный реактивный процесс, специфичный для микробов вакцинного штамма. Приживание микробов в месте введения, в лимфатических узлах, в селезенке создает условия для длительного контакта микроба с макроорганизмом, в результате которого происходит адаптация организма к чумному микробу и его продуктам, явление взаимного приспособления.

Наиболее достоверным критерием для оценки качества вакцины является ее способность в малых дозах предохранять животных против заражения вирулентным штаммом. Иммунитет, возникающий у экспериментальных животных после прививок живой чумной вакциной, не характеризуется накоплением в сыворотке антител, обнаруживаемых обычными серологическими методами. У людей прививки живой вакциной также не сопровождаются появлением антител, на основании которых можно было бы судить об изменении их иммунологической реактивности организма. Однако для практического здравоохранения важно определить происходящие в организме сдвиги в результате вакцинации. Изучение реактивности кожи у морских свинок, привитых живой вакциной показало, что наряду с иммунологической перестройкой организма, происходит аллергическая перестройка, что обнаруживается повышением чувствительности на введение аллергенапестина, аналогичные данные получены и на людях.

Проведенные исследования вакцины чумной живой ЕВ в Казахском научном центре карантинных и зоонозных инфекции по выяснению вопроса о наличии отрицательной фазы иммунитета проводились на белых мышах, привитых противочумной живой вакциной ЕВ. Партия в 60 мышей была провакцинирована однократно подкожно в дозе 300 млн. микробов. В разные сроки после вакцинации, начиная с первого часа до 5 суток, из общей партии животных отбирали группу по 10 мышей, которых заражали 200 DcI вирулентного штамма чумного микроба; в контрольной группе было 10 мышей (не вакцинированных), которых также заражали той же дозой того же вирулентного штамма чумного микроба. При этом было установлено, что когда интервал между вакцинацией и заражением вирулентными клеткам и не превышает 1 часа, опытные мыши падали наравне с контрольными или раньше контрольных (таблица). На основании этого можно сделать заключение, что у мышей, однократно вакцинированных средними дозами живой вакцины, не наблюдается отрицательной фазы иммунитета. Резистентность привитых животных к реинфекции вирулентной культурой прогрессивно нарастает. Отчетливо выраженный иммунитет устанавливается уже на 5 сутки после вакцинации. Такое раннее развитие резистентности обусловлено не гуморальными факторами, а преимущественно наличием в тканях и органах привитых животных микробов и специфических реактивных изменений (вакцинный процесс).

Динамика формирования резистентности к заражению *Y. Pestis*

Кол-во мышей	Доза вакцины, млн.м.к.	Время контрольного заражения после прививки	Пало	Выжило	Средняя длительность жизни, дни
10	300	1 час	10	0	3,9
10	Контроль	-	10	0	4,3
10	300	6 часов	7	3	9,6
10	Контроль	-	10	0	6,3
10	300	24	6	4	7,8
10	Контроль	-	10	0	4,2

Учитывая, что чумной микроб является внутриклеточным паразитом и клетки системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ) играют важную роль в иммунитете при чуме, целесообразно для оценки противочумной вакцинации применять тесты, характеризующие функциональное состояние клеток СМФ. Имеющиеся в настоящее время методы определения иммунного статуса у привитых людей либо недостаточно достоверны и информативны (определение титров антител в сыворотке привитых [5, 7], либо требуют дефицитного и громоздкого оборудования (метод проточной цитофлюориметрии).

При исследовании иммунологического статуса людей, вакцинированных штаммом в крови обнаруживаются свободно циркулирующие иммунные комплексы антиген-антитело), при этом повышение уровня ЦИК наблюдали на 30 сутки после вакцинации в 20% случаев.

Л. М. Веркина, Г. И. Васильева [2] предлагают изучать показатели макрофагальной трансформации моноцитов (ПМТМ) периферической крови, коррелирующей с резистентностью иммунизированных животных к возбудителю чумы.

Учитывая, что *Y. Pestis* является факультативным внутриклеточным паразитом и течение вакцинального инфекционного процесса при чуме зависит от результата взаимодействия возбудителя чумы с клетками системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ), целесообразно для оценки уровня специфического иммунного ответа использовать тесты, характеризующие состояние функциональной активности клеток СМФ. Увеличение показателя макрофагиальной трансформации моноцитов после иммунизации в 3-4 раза свидетельствует о формировании специфического иммунитета.

Таким образом, анализ литературных данных и результатов проведенных контрольных испытаний вакцины чумной живой ЕВ в Казахском научном центре карантинных и зоонозных инфекции однозначно свидетельствуют, что производимая центром вакцина способствует созданию напряженного поствакцинального иммунитета у привитых. Только правильно поставленный учет проведенных прививок и эпидемиологический мониторинг позволит дать соответствующую оценку такого мероприятия, как специфические прививки против чумы живой вакциной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Л. Г., Маторина Н. А. Патогенез и механизмы формирования иммунитета к особо опасным инфекциям.—Саратов, 1987.—С.22-26.
2. Веркина Л. М., Васильева Г. И. / Новый метод оценки противочумного иммунитета у людей /I Клиническая лабораторная диагностика. М: Медицина. 1996.—Вып.—С.30-32.
3. Воробьев А. А., Пригода А. С. /Анализ некоторых клинических, морфологических и биохимических реакций при вакцинации с позиций нормы и патологии.—Ж.микробиол.—1986.—Вып.12.—С.11-15.
4. Коробкова Е.И. Живая противочумная вакцина. М: Медгиз, 1956.—207с.
5. Куличьяко М. А. Сравнительный анализ поствакцинальных изменений спектра белков сыворотки крови и других показателей реактивности организма на введение чумной и холерной вакцин /I Патогенез и механизмы формирования иммунитета к особо опасным инфекциям.—Саратов, 1986.—С.64-71.
6. Butler T. Plague and other *Yersinia* infection// New York: Plenum Med. Book/Comp., 1983. — P. 137.
7. Segal A. How do phagocytic cell bacterial// Med. Biol. - 1984. - V. 62. - № 2. - P. 81-84.

УДК 378.14-001.76-004.051

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Т.К. Рахымбеков, Л.К. Каражанова, К.Ж. Байльдинова
Государственный медицинский университет, г. Семей

ТҮЙІН

Мақалада дағдылық мүмкіндіктерді іске асырумен байланысты медициналық жоғары оқу орыны түлектерін дайындаудың жаңа сапасына жету жолдары көрсетілген. Қажетті қорлармен қамтамасыздандыру, кәсіби дағдылар мен портфолионы дифференциалды бағалаудың стратегиялық картасын құру оқушының қажетті практикалық дағдыларды меңгеруге ынталығының артуына негіз жасайды.

SUMMARY

The ways of achievement of new quality preparation of graduating students due to realization of necessary competencies are shown in the article. The base for increasing of students' motivation for practical skills learning is attained by necessary resources, development of strategic card of differential evaluation of professional competence and intern's portfolio.

Условия современного рынка труда обуславливают необходимость обеспечения конкурентоспособности, мобильности и трудоустраиваемости выпускника вуза. Уровень подготовки специалистов должен отвечать развитию современной медицины, и реализовать эту сложную задачу возможно лишь при условиях внедрения «инновационного» и клинически мотивированного типа обучения. Ядром и главной движущей силой современных реформ в высшем образовании является проблема достижения нового качества подготовки выпускника вуза, которая связывается сегодня во многом с реализацией компетентностного подхода [1,2,3]. В базовых стандартах высшего медицинского образования, разработанных Всемирной федерацией медицинского образования компетентностному подходу отводится большая роль.

Целью статьи является выявление взаимосвязи между применением инновационных методов обучения и контроля и освоением обучающимися компетенций, необходимых для врачебной деятельности.

Материалы и методы. В Государственном медицинском университете города Семей (ГМУ г. Семей) разработана и внедрена стратегическая карта дифференцированной оценки профессиональной компетентности, которая построена на принципах таксономии Блума - инструмента для формирования уровня обученности и для педагогического наблюдения за траекторией развития каждого обучающегося. Таксономия Блума включает 6 уровней компетенции: знание, понимание, применение, анализ, синтез, оценка. В общий перечень навыков в первую очередь включены те компетенции, которые прописаны в ГОСО.

В настоящее время вуз располагает критической массой преподавателей, прошедших обучение в области методологии медицинского образования в медицинских школах ведущих университетов Израиля, Англии,

Австралии, США, Сингапура, Дании, что позволяет внедрять инновации для достижения каждого из уровней компетенций.

Знание - категория обозначает умение определять, описывать, называть, запоминать и воспроизводить изученный материал. Оценка знаний осуществляется посредством традиционных методов (тестового контроля, устного опроса) и инновационных – ОСКЭ и ОСПЭ (объективного структурированного клинического/практического экзамена). В нашем вузе изменились подходы к составлению тестовых заданий. Если раньше тесты представляли собой задания на запоминание, то сейчас тестовые задания составляются на более высоком уровне: применение, понимание, анализ и синтез.

Показателем понимания является умение предполагать, интерпретировать, диагностировать, обобщать, преобразовывать. Для определения степени этой компетенции используется количественная и качественная оценка клинических карт по историям болезней, составленным дифференциально-диагностическим таблицам.

Применение – категория, обозначающая умение использовать изученный материал в конкретных условиях и новых ситуациях, умение демонстрировать, выстраивать, моделировать. В ГМУ г. Семей внедрены инновационные технологии освоения и оценки практических навыков в Учебно-клиническом центре (УКЦ) и симуляционных классах. Симуляционные классы открыты на клинических базах медицинского центра ГМУ г. Семей, городского клинического роддома, больницы скорой медицинской помощи. Основная идея их открытия – обучение и контроль освоения навыков, проведение независимой экспертной оценки практических, в том числе коммуникативных, навыков субординаторов и врачей-интернов. С 2009-2010 учебного года расширены функциональные возможности симуляционного класса: студенты и врачи-интерны имеют возможность в режиме on-line наблюдать ход операции, роды, осмотр новорожденного с комментариями преподавателя. Овладение навыков проводится с использованием компьютеризированных интерактивных манекенов, которые позволяют моделировать различные клинические сценарии. Современная тенденция образования - внедрение независимой экзаменации. С этой целью нами были созданы комнаты видеонаблюдения, которые позволяют вести двойной контроль оценки компетенций: непосредственно в тренажерном классе и на экране монитора с возможностью видеозаписи и дальнейшим обсуждением в группе.

Результаты анкетирования врачей-интернов показали, что отработка навыков на манекенах и муляжах повышает степень владения практическими навыками до и после занятий в Учебно-клиническом центре. Почти в 3 раза увеличилось выполнение навыков на «отлично», в 6 раз уменьшились удовлетворительные оценки.

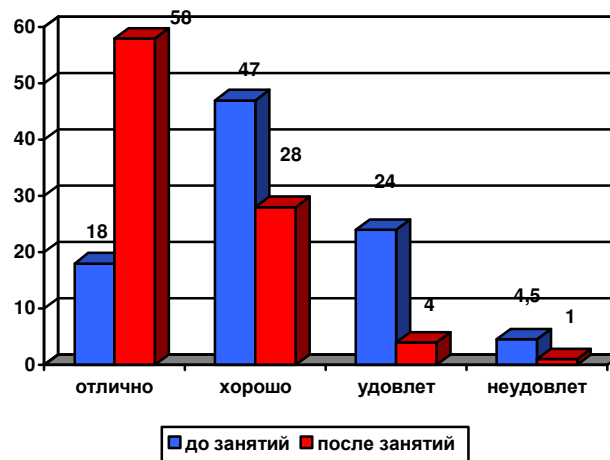


Рисунок 1 - Процент владения практическими навыками интернами до и после обучения в Учебно-клиническом центре

Таким образом, совершенствование уровней компетенций осуществляется циклически – сначала обучение, освоение навыков у постели больного, в симуляционных классах, на манекенах и тренажерах в УКЦ в соответствии с пошаговыми алгоритмами ОСКЭ; затем контроль на государственной аттестации, который проводится по тем же этапам.

Владение анализом и синтезом позволяет развивать клиническое мышление. Ярким примером формирования этого навыка стало внедрение инновационных методов преподавания – проблемно-ориентированное обучения (PBL – problem based learning) и CBL - обучение, основанное на изучении случая (case based learning). Кроме того, они развивают у студентов такие важные для врача компетенции, как лидерские и коммуникативные навыки, умение работать в команде.

Для достижения компетенции оценки в университете внедрена технология предоставления эффективной обратной связи (feedback). Умение оценивать, критиковать, поддерживать формируется с помощью навыков оценки коллег и самооценки.

Повышение мотивации и ответственности достигается при помощи формирования интерном портфолио, которое на выходе служит индикатором достижения компетенций. Как видно, портфолио - это способ

фиксирования, накопления и оценки индивидуальных достижений с учетом уровней компетенций по таксономии Блума. Портфолио интерна состоит из семи блоков, каждый из которых характеризует свой аспект готовности к профессиональной деятельности

1 блок «Профессиональные знания и умения» — характеризует успеваемость интерна за период интернатуры, по результатам полугодовой и годовой аттестации.

2 блок «Профессиональная мобильность» - дополнительное образование предполагает обучение в различных школах, мастер классах, языковых курсах, получение сертификатов, посещение городских семинаров и т.д.

3 блок «Профессиональное творчество» — учитывает научно-исследовательскую деятельность врача-интерна: участие в студенческих научных кружках, получение грамот, дипломов международного, регионального уровней, участие в олимпиадах, наличие публикаций.

4 блок «Информационная культура» — предполагает владение современными информационными технологиями, умение разрабатывать, адаптировать и использовать в образовательном процессе обучающие программы.

5 блок «Социальная и общественная активность» — учитывает характер и уровень общественной деятельности, участие в деятельности, клуба интернистов, занятия спортом, наличие наград и т.д.

6 блок «Профессионально-значимые качества личности» — предполагает оценку профессиональной направленности и профессионально-значимых качеств личности, проявившихся в процессе конкретной деятельности, во время освоения практических навыков в симуляционных классах, в УКЦ.

7 блок «Коммуникативные качества» предполагает умение строить взаимоотношения в студенческом коллективе, с пациентами в отделениях больницы, наличие благодарственных писем от больных, характеристика наставника, оценка коммуникативных навыков в симуляционном классе.

Для каждого из блоков разработаны уровни и соответственно параметры оценивания по баллам. Итоговый балл портфолио — суммарный балл по блокам, который влияет на рейтинг и итоговую оценку интернов.

Проведенное анкетирование врачей-интернов по оценке освоения компетентностей за период обучения показало, что девяносто два процента опрошенных считают, что способны применять знания на практике.

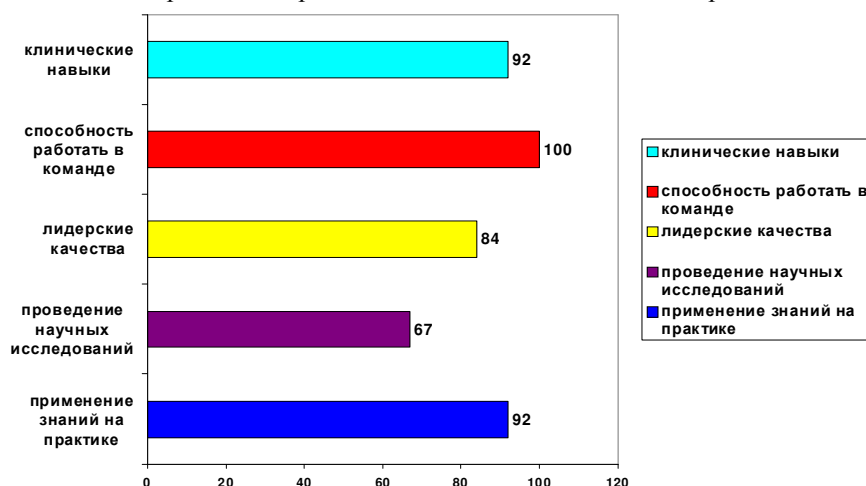


Рисунок 2 – Процент владения компетенциями интернами по результатам самооценки

По мнению интернов, шестьдесят семь процентов из них компетентны в основах планирования и проведения научных исследований. Имеют лидерские качества восемьдесят четыре процента респондентов. А по мнению анкетированных, сто процентов студентов к завершению вуза способны работать в команде. Девяносто два процента выпускника уверены, что приобрели необходимые клинические навыки.

Таким образом, планомерная поэтапная подготовка студентов и интернов с применением инновационных подходов в обучении и контроле позволяет обучающимся освоить компетенции, необходимые врачу для охраны здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорофеев А. Профессиональная компетентность как показатель качества образования // Высшее образование в России.-2005.-№4.-С.30-34
2. Никитина Л. Технология формирования профессиональной компетентности // Высшее образование в России.-2006.-№9-С.125-127.
3. Williams R.G., Klamen D.A., McGaghie W.C. Cognitive, social and environmental sources of bias in clinical competence ratings //Teaching and Learning in Medicine.- 2003.- pp. 270–292.

УДК 616.981

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ВИБРИОНОВ ХОЛЕРЫ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ*Р. Сайлаубекулы**Шымкентская противочумная станция, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Оңтүстік Қазақстан облысы аумағында тырысқақ ауруының індеттік асқину жылдары адамдар мен қоршаған ортадан бөлініп алынған тырысқақ вибриондарының уыттылығы гемолиздік белсенділігі, ctx+ және ctx- фагтарының ерітуі, ХДФ 3,4,5 фагтарының ерітуі бойынша талданды. Науқастан да, қоршаған ортадан да бөлініп алынған тырысқақтың ертеректе жиі кездесетін Огава серовары қазіргі кезде Инаба сероварымен орын алмастырғаны байқалады. Сероварлардың орын алмастыруы су көздері мен канализация жүйесінен уытты штаммдардың бөлінуіне әкелді.

SUMMARY

Virulence of cholera vibrios, being isolated from environment and humans during epidemic outbreaks in territory of SK oblast, was analyzed based on hemolytic activity, complex method and partially on lysis by ctx+ и ctx- phages. In the last years, the replacement of previously dominated Ogava serovar with Inaba serovar was observed both in patients and environment.

Проанализирована вирулентность холерных вибрионов, выделенных от людей и из внешней среды в годы эпидемических осложнений в Южно-Казахстанской области по комплексному методу по лизису фагов ХДФ 3,4,5, лизису фагами ctx+ и ctx- и гемолитической активности. Отмечена смена ранее преобладающего серовара Огава холеры эльтор сероваром Инаба – как у заболевших людей, так и во внешней среде. Смена серовара привела к появлению вирулентных штаммов в водоемах и канализации.

Ключевые слова: холера, вибрион, вирулентность, эпидемическая значимость, гемолиз, выделение, вода, люди.

Эпидемиологический надзор за холерой в Южно-Казахстанской области всегда являлся актуальной проблемой. Территория Южно-Казахстанской области относится к 1 типу эпидемической опасности. Здесь ежегодно выделяются холерные вибрионы от людей и от внешней среды [1,6]. Среды выделенных культур холерных вибрионов в 1980-2000гг. в целом преобладали вибрионы серовара Огава, в последние годы – серовар Инаба. В указанные периоды регистрировались спорадические случаи заболеваний и эпидемические вспышки, вызванные соответствующими сероварами. До 2005г. они обуславливались вибрионами холеры эльтор Огава, в 2005г. впервые – сероваром Инаба. В 2005г. в Южно-Казахстанской области была зарегистрирована вспышка эпидемической холеры, вызванная сероваром Инаба. От больных и из внешней среды выделены штаммы как эпидемической, так и неэпидемической холеры. Вибрионы серовара Инаба превалируют в воде открытых водоёмов с 2000г., а от людей их стали выделять только в 2005г. Из внешней среды выделялись гемолизположительные нехолерогенные вибрионы, а от больных людей – вирулентные, гемолизотрицательные. Характерно, что впервые гемолизнегативные вирулентные культуры в канализации появились в 2005г. – сразу после выявления больных, а в открытых водоемах – в середине эпидемической вспышки холеры.

Последние годы, при эпидемической классификации вибрионов холеры, основное значение, наряду с холерогенностью, придаётся гемолитической активности [2,5]. На практике, для определения токсигенности вибрионов, наряду с тестом определения вирулентности на крольчатах-сосунках, используется комплексный метод [7] по лизису фагов ХДФ 3,4,5 и гемолитической активности, а в последние годы и по лизису фагами ctx+ и ctx-. Наиболее перспективным является метод определения генов вирулентности ctxA, tcpA (контролирующих синтез холерного токсина и токсинкорректируемых пилей) и других генов, ответственных за вирулентность, комплексным ПЦР-тестированием. Установлено [11], что результаты ПЦР-тестирования холерных вибрионов на наличие генов вирулентности в 80-90% случаев совпадают с данными теста, основанного на чувствительности к бактериофагам эльтор ctx+, ctx-, а также по гемолитической активности. Показано, что полная и достоверная характеристика штаммов *Vibrio cholerae* eltor может быть получена при совместном применении двух последних методов.

Оценить эпидемическую значимость холерных вибрионов разными методами пытались многие авторы [3,4,8]. Однако ни один из тестов применяемых для дифференциации холерных вибрионов не позволяет сделать однозначно. Е.А. Меньшикова, Л.С. Подосинникова [4] показали, что вибрионы холеры O1 и O139 серогрупп обладают геном гемолизина независимо от vst-гена (гена токсинообразования). Vst- штаммы, как правило, продуцируют гемолизин, который лизирует эритроциты различных видов животных (барана, морской свинки и др.), а штаммы vst+ - только морской свинки, иногда мыши и кролика, но не барана. В то же время, отсутствие ионов железа в среде культивирования индуцировало синтез vst+- штаммами гемолизина, который вырабатывают vst'-штаммы в любых условиях.

Материалы и методы. В области в 1993, 1995, 1997, 2000 и 2005 гг. регистрировались эпидемические вспышки холеры. В работе проанализированы результаты изучения вирулентности 415 культур холерных вибрионов комплексным методом и 46 культур путем лизиса фагами сtx вибрионов холеры 01, выделенных из открытых водоёмов, сточных вод, от больных людей и вибрионосителей в годы регистрации заболеваний, вызванных разными сероварами. Гемолиз эритроцитов барана на жидкой среде оценивали в первые 2 часа в пробе Грейга (посев культуры в 5 мл мясоептонного бульона и после инкубации в течение 18-24 часов, постановка пробы в 1мл).

Существует мнение, что к концу вспышки холеры вирулентность (холерогенность) возбудителя снижается. Следовательно, в популяции должно нарастать количество гемолитически активных особей. Для проверки этой версии, нами сделана попытка путем селекции определить в культурах из воды и от людей процентное содержание гемолитически активных и неактивных клеток.

В опыт взято 3 свежевыделенных гемолизнегативных в пробах по Грейгу штамма, изолированных в конце вспышки. Гемолиз состава клеток в популяции изучали на плотных средах (полужидкий агар 5 мл с 1% эритроцитами барана на чашке со щелочным агаром). Петлей переносили материал из 10 изучаемых гем+ и гем- колоний, делая посев в виде бляшек. Изучали три генерации культур с последующими высевами гем+ и гем- клеток [10].

Результаты и обсуждение. Полученные данные оценки вирулентности вибрионов холеры разных сероваров, выделенных от людей и из воды в эпидемически неблагополучные годы отражены в таблице. Из приведенных данных видно, что вибрионы холеры от людей, в течение четырех из пяти неблагополучных по холере лет, были гемолизнегативными, а по чувствительности к монофагам ХДФ и гемолизу - вирулентными. Исключение составляют штаммы 2000 г. где, все выделенные культуры были гемолизположительными, авирулентными, несмотря на то, что вспышка носила эпидемический характер (200 случаев за две недели).

Циркулирующие в воде открытых водоемов холерные вибрионы как в эпидемически неблагополучные, так благополучные годы были гемолизположительными, авирулентными. Только в 2005 г., когда заболевания были обусловлены вибрионами холеры серовара Инаба, а не Огава, как в предыдущие годы, из канализации города, а затем из ряда открытых водоемов города и области стали выделяться гемолизнегативные культуры. Из 38 культур, изолированных из воды 21 (55,3%), как и выделенные от людей, относились к серовару Инаба, лизировались фагами сtx+, ХДФ-5 и были оценены как вирулентные, эпидемически активные. Остается неясным, почему при относительно равных условиях возможности инфицирования канализационных вод и открытых водоемов больными холерой, вызванной разными сероварами, только вибрионы серовара Инаба сохраняли в воде гемолизнегативные и другие свойства, характерные для их вирулентности.

Попытка определить динамику популяционного состава вибрионов по гемолитической активности на плотной среде позволила убедиться в отсутствии в популяции особей продуцирующих гемолизин I типа подтипа α.

В нашем опыте, в первых двух популяциях, как у штамма из сточной воды, так и у двух штаммов от больных были гем+ и гем- особи. Однако в популяции от больных превалировали гемолизнегативные (70-80%), а из воды (65%) - гемолизположительные.

Вирулентность вибрионов, выделенных в ЮКО в период регистрации заболеваний холерой

Таблица 1

Годы	От людей							Из воды						
	Кол-во культур			Гемолитическая актив-ность	Вирулентность				Кол-во культур			Гемолитическая актив-ность	Вирулентность	
	Всего	Огава, %	Инаба, %		Комплек-ным методом	Фагами сtx	Вирулентные	Эпидемически опасные	Всего	Огава, %	Инаба, %		Ком-плексным методом	Фагами сtx
1993	16	100	0		16	16		17	100	0	15	2*	2	2
1995	8	100	0					20	85	15	20			
1997	74	100	0		74	74		19	84,2	15,8	19		4	
2000	200	100	0	200				15	26,7	73,3	15			
2005	137	67	33		137	137	137	38	15,8	84,2	17	21	21	21
Итого	435	80,3	19,7	200	227	227	8	109	55,0	45,0	86	23	27	23

Выделены из емкости для хранения воды в очаге.

В противовес этому, контроль гемолиза по Грейгу из третьей популяции показал, что все популяции трех штаммов оставались гемолизнегативными.

Особо необходимо отметить, что на всех этапах исследования через 24 и 72 часа все культуры, в том числе и те, которые в первые 2-3 часа были гемолитически негативными (или имели узкую еле уловимую зону просветления), вызвали на пластинках агара выраженную и даже сливающуюся с другими колониями, сплошную зону гемолиза. Это, по-видимому, связано с тем, что полужидкий агар, использованный двухслойным способом, способствовал лучшему проникновению, по сравнению с твердым, используемым в работах многими авторами [5,10,11]. По данным В. Л. Семиотрочева [7,8,9], при получении отрицательной пробы по Грейгу, штамм методом разведения высевали на пластинки агара, содержащие 1,5% эритроцитов барана или морской свинки. Зоны гемолиза вокруг выросших колоний свидетельствовали о наличии у штаммов гемолизина первого и второго типа (в зависимости от эритроцитов) подтипа α . Полученные нами результаты гемолиза эритроцитов барана доказывают, что взятые в опыт культуры продуцировали гемолизин первого типа подтипа α и не содержали в гемолизин, который блокирует холероген и дает гемолиз эритроцитов барана в пробе Грейга.

Выводы. Анализ вирулентности или эпидемической опасности культур в ходе происходящей смены вибрионов серовара Огава вибрионами серовара Инаба в водоемах области и в этиологии заболеваемости показал: - культуры обоих сероваров, выделенные от людей были гемолизнегативными, вирулентными по комплексному методу и эпидемически активными по фагу stx+. Исключением является 2000 г., когда вспышка была обусловлена гемолизопозитивным, не вирулентным возбудителем. Судя по особенностям эпидемического процесса (взрывной характер, высокая очаговость и др.), вспышка в 2000 г. была обусловлена высоко контагиозным возбудителем; - в годы регистрации заболеваемости, вызванной вибрионами холеры серовара Огава, в открытых водоемах области циркулировали только гемолизопозитивные, авирулентные штаммы; - при вспышке, вызванной возбудителем холеры серовара Инаба, 45% культур из водоемов и канализации были гемолизнегативными, эпидемически значимыми. По срокам их выделения это было следствие, а не причина вспышки.

Возможно, гемолизнегативные вибрионы холеры серовара Инаба, по сравнению с такими культурами серовара Огава, легче приспособляются к смене среды обитания, сохраняя вышеуказанные свойства. Это является важным фактором при оценке эпидемиологического потенциала территории по холере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по холере в Республике Казахстан / Министерство здравоохранения Республики Казахстан (№ 694 от 9 сентября 2004 г.). - Астана, 2004. - 19 с.
2. Сагымбек У.А., Турсунов А.Н., Сагеев З.А. Характеристика культур холерных вибрионов, выделенных от людей и из объектов внешней среды на территории Казахстана в 2005г. // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. - 2007г. - Вып. 1-2. - Стр.120-123.
3. Кожухов И. Г., Исаева Г. П., Афанасиади А. Ф. и др. Интенсивность и динамика выделения холерных вибрионов из воды поверхностных водоемов и гидробионтов на юге Казахстана // Современные аспекты эпиднадзора за особо опасными инфекциями: Тез. XIII конфер. противочум. учрежд. Средней Азии и Казахстана. - Алма-Ата, 1990. - С. 175-177
4. Меньшикова Е. А., Подосинникова Л. С. Изучение гемолитической активности штаммов *V. cholerae* 01 и 0139 серогрупп // Пробл. особо опасных инф. - 2001. - Вып.1 (81). - С. 85-89.
5. Никитина Г. П., Урюпина Н. В. Методические особенности применения гемолитического теста для дифференциации биотипов холерных вибрионов // Пробл. особо опасных инф. - 1974. - Вып 6. - С. 88-92.
6. О профилактических и противоэпидемических мероприятиях по холере на 2003-2007 гг. / Приказ Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан № 112 от 29.02.2008г. - Приложение 4.
7. Семиотрочев В. Л., Цитцер А. О. Гемолизин холерного вибриона 01 токсин, вызывающий острые желудочно-кишечные расстройства у людей // Матер. регион, совещ. противочум. учрежд. по эпиде миол., эпизоотол. и профил. ООИ (16-20 декабря 1989 г., г. Уральск). - Куйбышев, 1990. - С. 175-177.
8. Семиотрочев В. Л. Группы видов *Vibrio cholerae*, имеющие различную эпидемиологическую значимость // Журн. микробиол. - 1990. - № 4. - С. 54-58.
9. Семиотрочев В. Л. Совершенствование оценки вирулентности холерных вибрионов, выделенных из объектов внешней среды // Матер. IV объединенного съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов. - Караганда, 1985. - Т. III. - С. 108-109.
10. Стогова А. Г. Микробиологическая характеристика холерных вибрионов Эльтор и особенности их выделения // Профилактика особо опасных инфекций. - Алма-Ата, 1981. - С. 114-119.
11. Чельдышева Л. Б., Кирилина О. А., Ливанова Л. Ф. и др. Сравнительный анализ эффективности новых диагностических холерных бактериофагов Эльтор Stx\ Stx"" и полимеразной цепной реакции при определении эпидемической значимости штаммов *V. cholerae* eltor // Пробл. особо опасных инф. - 2001. - Вып.1 (81). - С. 125-130.

УДК 616.983

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ПО ЧУМЕ В ЗАПАДНОЙ БЕТПАКДАЛЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ*Р.Сайлаубекұлы**Шымкентская противочумная станция, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Жана жерлерде игеруге байланысты Бетпак Даланың батыс бөлігінде егістікжәне аулдық аймақтарды дәрлеу бойынша жұмыс көлемі ұлғалды. Оба бойынша Бетпак Даланың шөлдерінде саулықты қамтамасыз етуді эпидбақылау күшейту шараларын қолдану керек.

SUMMARY

The volume of disinfection in the fields and populated area in the west part of Betpak Dala because of growing master of new land are increased. Intensifying measures of epidemic control on plague have to provide the epidemiological prosperity in the Betpak Dala desert.

Западная часть щелнисто-глинистой пустыни Бетпакдала занимает в пределах Южно-Казахстанской области 27,600 кв.км. и является активно действующим природным очагом чумы. Как носители возбудителя зарегистрированы большая, краснохвостая, полуденная песчанка, краснощекий и желтый суслики, а переносчиками их блохи (2).

За время эпизоотологического обследования Западной Бетпакдалы с 1983 по 2009 гг. от грызунов были выделены 125 штаммов микроба чумы, в том числе от большой песчанки 58, от краснохвостой – 53, от полуденной песчанки – 1, от краснощекого и желтого сусликов по 2. 98 штаммов были изолированы от блох песчанки. При этом на долю краснохвостой песчанки приходится 33 % всех инфицированных блох определенных до вида (1). Следует, однако отметить, что большинство культур от краснохвостых песчанок было выделено в 1983-1986 гг., когда наблюдалось массовое размножение зверьков (4).

С 1987 по 2009 гг. от этих грызунов было получено всего 4 культуры (3). За этот же период от больших песчанок было выделено 53 штамма возбудителя. Как видно из приведенных данных, основное количество культур чумного микроба изолируется обычно от большой песчанки.

Большая песчанка встречается по всей территории Западной Бетпакдалы. Наиболее плотные, значительные по площади (200 тыс. га) ее диффузные поселения находятся на юго-западе в районе ур.Шолакеспе. Здесь на 1 га насчитывается в среднем 1,5 колоний, колеблясь от 0,9 до 3,5. Крупные (около 80 тыс. га) диффузные поселения большой песчанки находится в 40 км северо-восточнее пос.Кыземшек в районе колодца Инкудук. Количество колоний колеблется здесь от 1 до 2,5 на 1 га. Очень плотные ленточные поселения большой песчанки отмечаются по кюветам автотрассы Жуантобе - ПВ-19 – Акдала, а также по водоводам, идущим к уранодобывающим предприятиям. Здесь на 1 км маршрута шириной 50 м в пределах поселений насчитываются от 10 до 20 колоний (3). На большей же части территории Западной Бетпакдалы населения большой песчанки спорадичны и приурочены в основном к небольшим участкам поросшим саксаулом. Однако и на лишенных саксаула участках полынно-злаковой пустыни встречаются иногда одиночные колонии этого вида (5).

Поселения краснохвостой песчанки встречаются по всей Западной Бетпакдале. Наиболее высока плотность ее колоний на участках поросших полынно- злаковой растительностью. Здесь, в зависимости от места наблюдения и условий года на 1 га насчитывается от 8 до 60 колоний. На участках с боллычево-полынной растительностью плотность поселений краснохвостой песчанки значительно меньше: 3-4 колонии на 1 га. Плотные ленточные поселения этого вида существуют вдоль трассы Жуантобе-Кыземшек, где они тесно перемешиваются с колониями больших песчанок. Колонии краснохвостой песчанки почти повсеместно встречаются на территории пос. Кыземшек (5). Плотность населения данного вида закономерно снижается в направлении с запада на восток (5).

За период 1983 по 2009 гг. в Западной Бетпакдале бактериологически и серологически было зарегистрировано 104 эпизоотийных участка. Большинство из них находилось на юго-западе территории: в ур.Шолакеспе, а также севернее этого урочища, в районе бывшего поселка геологов Аппак, у скважины Итаяк, а также по автотрассе Жуантобе - ПВ-19 – Акдала. Одиночные эпизоотийные участки установлены по Тастинскому скотопрогонному тракту, на северо-востоке в саксаульном массиве у колодца Инкудук и в некоторых других местах. Почти во всех случаях эпизоотии протекали в популяциях больших песчанок.

В настоящее время в Западной Бетпакдале работает ряд уранодобывающих предприятий: «Уванас», «Акдала», «Мынкудук-центральный», «Мынкудук-Аппак, ТОО СП «Инкай», «Инкай 1 и 2», ТОО «Бетпакдала», Темирбол АО «Кен-Дала», АО «Джонни-Дрилинг». Общее число сотрудников этих предприятий, работающих по-сменно, вахтовым методом на их стационарных базах составляет 4000 человек.

Кроме того, около каждой промзоны действуют от 4х до 8 буровых вышек с общим количеством рабочих 320 человек, работающих вахтовым методом.

В Западной Бетпакдале находятся также два поселка геологов Кыземшек и Тайканыр, соответственно по 4000 и 2000 жителей.

В восточной части территории Западной Бетпакдалы проходят также Тастинский скотопрогонный тракт на Сары-Арку. Вблизи него в благоприятные для пастбищной растительности годы надолго останавливаются животноводы. Вдоль этого тракта обычно стоят 15-18 юрт с населением около 90 человек. Вдоль трассы Кыземшек – ПВ-19 имеется стационарное кафе, а в ур.Шолакеспе - стационарная зимовка (5 человек) и водокачка (2 человека).

Большинство стационарных баз и буровые рудодобывающих предприятий находятся на юго-востоке Западной Бетпакдалы в местах наибольшей концентрации поселений большой и краснохвостой песчанок, а к поселку Кыземшек вплотную подходят автотрасса и водовод плотными поселениями этих грызунов. Как юго-восток Западной Бетпакдалы, так и автотрасса Жуантобе - ПВ-19 – Акдала являются участками, где наиболее интенсивно протекают чумные эпизоотии.

Особенная эпидемиологическая опасность создается во время организации новых промзон. Бульдозеры, выравнивая площадку под строительство баз или установку буровых, разрушают норы грызунов, блохи их массово мигрируют на поверхность. Места таких мероприятий с противочумной службой не согласуются, что лишает возможности предварительной дустации отведенных под строительство участков. В настоящее время в 35-40 км от ПВ-19 начато строительство еще одной промзоны, где насчитывается 400 человек.

Медицинская сеть в Западной Бетпакдале представлена медсанчастью в пос.Кыземшек, медпунктами в Тайканыре, СП «Инкай» 1 и 2, фельдшерскими пунктами в ТОО «Аппак», ТОО «Бетпакдала», Темирбол АО «Кен-Дала», АО «Джонни-Дрилинг», «Мынкудук» центральный и западный. Весь медперсонал, кроме медсанчасти в Кыземшек и медпункта в Тайканыре, работает вахтовым методом.

Несмотря на относительно неплохую насыщенность территории Западной Бетпакдалы медицинской сетью и регулярное эпизоотологическое обследование проводимое Шымкентской ПЧС, ряд вопросов профилактики чумы остается на неудовлетворительном уровне. Прежде всего – это вакцинация персонала рудодобывающих предприятий. Отдаленность их от районного управления санэпиднадзора в Шолак-Кургана, которое должно организовывать противочумную вакцинацию достигает 300 км. Учитывая современный уровень обеспечения райСЭС автотранспортом и ГСМ, вахтовый метод работы основной массы персонала, это трудно выполнимая задача. Необходимо отметить, что наличие в Бетпакдале всего одной стационарной базы противочумного эпидотряда, даже усиленного в некоторые сезоны дополнительной зоологической группой, не дает возможности полного охвата огромной территории Западной Бетпакдалы эпизоотологическим обследованием.

Персонал вахтовых поселков комплектуется в разных областях Казахстана и даже в ближнем зарубежье. Рудодобывающие предприятия имеют постоянную автомобильную связь с районным центром через производственный транспорт «Казахстана», что создает реальную опасность быстрого выноса чумной инфекции за пределы очага в случае заболевания их сотрудников.

Шымкентская противочумная станция постоянно проводит большой объем санитарно - просветительной работы среди персонала рудодобывающих предприятий, ориентируясь в основном на инструктаж их медицинского персонала и, по мере возможности, путем бесед непосредственно с рабочими, занятыми в производстве. Вцелях защиты людских контингентов от непосредственного контакта с возбудителем чумы проводится создание защитных зон шириной 1000-1500 м вокруг вахтовых поселков, буровых и стационарных населенных пунктов путем глубинной дустации нор больших песчанок. Работы проводятся не только как мера экстренной, но и в качестве заблаговременной профилактики на особо угрожаемых участках. В последнем случае дустация проводится перед самым выходом летних популяций блох, с тем, чтобы насекомые не успели отложить яйца, поскольку последние не чувствительны к применяющимся инсектицидам. В 2008 году также работы были проведены на площади 8 кв.км, в 2009 - на площади 53 кв.км. Контроль таких работ показал их высшую эффективность. Одновременно проводится дезинсекция жилых и производственных объектов.

Возрастающая потребность мировой экономики в расщепляющихся материалах обуславливает дальнейшее расширение объема работ на добыче урана в Западной Бетпакдале и увеличение числа рудодобывающих предприятий и занятых на них рабочих.

От станции Чикли Кызылординской области начато строительство железной дороги до промзоны Мынкудук-Аппак (400 рабочих). Через 3-4 месяца строительство перейдет на территорию Южно-Казахстанской области. Новые линии автотрассы ПВ-19 – Тайканыр постепенно будут заселяться грызунами, увеличивая число эпидемиологически опасных участков. В связи с ростом поголовья скота, возрастает число животноводов, останавливающихся в Бетпакдале.

Все сказанное выше требует определенной реорганизации эпидобзора в Западной Бетпакдале. Прежде всего необходимо увеличить число баз эпидотрядов и базирующихся на них противочумных формирований. Следует иметь дополнительные стационарные базы в пос.Кыземшек, где имеется необходимая инфраструктура, или ауле Тасты. Последнее менее удобно, т.к. аул находится вне Западной Бетпакдалы, на левобережье р.Чу.

Следует передать необходимое количество противочумной вакцины противочумным эпидотрядам, дислоцируемым в Западной Бетпақдале, с последующей передачей ее с соответствующим инструктажем ведомственной медсети уранодобывающих мероприятий. Необходимо обеспечить эпидотряды достаточным количеством средств наглядной противочумной информации: листовками и, особенно, плакатами, т.к. они лучше сохраняются. Следует в соответствии с ростом хозяйственного освоения региона постепенно увеличивать объемы работ по дезинсекции в поле и в населенных пунктах.

Перечисленные выше меры усиления эпиднадзора по чуме должны обеспечить эпидблагополучие по этой инфекции в Западной Бетпақдале.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рапопорт Л. П., Кулемин М.В. Сажнев Ю.С. и др. Грызуны - носители чумы в пустынях южного Казахстана // Материалы II Международной научно – практической конференции. Актуальные проблемы экологии и природопользования в Казахстане и сопредельных территориях". Павлодар, 2007 Т.1. – 1 – С. 87-89
2. Орлова Л. М., Рапопорт Л. П., Кондратенко Л.П. Блохи Западной Бетпақдалы // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. – Вып. 1-2, - 2006. – С. 114-117
3. Рапопорт Л. П., Сажнев Ю. С., Шишкина Т. С. и др. К оценке эпизоотологического значения грызунов Западной Бетпақдалы // Териофауна Казахстана и сопредельных территорий (материал международный научной конференции. 15-16 ноября 2009г., Алматы). – Алматы, 2009 – С. 242-246.
4. Сажнев Ю. С., Рапопорт Л. П., Путятин В. В. Материалы по ландшафтной природочисленности поселений песчанок в Западной Бетпақдале // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. – Алматы, 2008 – вып. 1-2 –С 118 – 120
5. Сагимбеков У.А., Рапопорт Л. П., Путятин В. В. и др. К вопросу о природной очаговости чумы в Западной Бетпақдале // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане – Алматы 2004. – вып. 8 – С 52 - 55

УДК 616.89-008.441.33

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

Е.В.Ережепов

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г.Павлодар

ТҮЙІН

Мақалада басты мәселелерге және наркологиялық көмектің қазіргі күйіне қатысты, соңғы жылдары жарияланған, әдебиет көздерінің деректері келтірілген. Атап айтқанда, ПАЗ тұтынушылар шынайы популяцияның аз бөлігі наркологиялық профильді көмекпен қамтылатын, даусыз фактісі атап көрсетіледі. Тәуелді тұлғалар ең стигматизирленген, ал наркология - стигматизирленген мамандық болып табылады. Наркологиялық көмекті көрсету әдістерін қайтадан қарау қажеттілігі және оларды Жаңа Қоғамдық Денсаулық принциптеріне сәйкес келтіру туралы қорытынды жасалады.

SUMMARY

In the clause the data from the references published last years, concerning the main problems and a modern condition of the narcological help are cited. In particular that indisputable fact is emphasized, that services of a narcological structure cover a smaller part of a real population of consumers of PAS. Dependent persons are most stigmatized patients, and narcology - a stigmatized speciality. The conclusion about the necessity of revision of approaches for rendering the narcological help and their reduction conformity with principles of New Public Health is done.

Одной из основных проблем современной наркологии является наличие скрытой, неучтенной заболеваемости. В результате чего от 75 до 80% зависимых от ПАВ не получают какой-либо наркологической помощи [1, 2]. По имеющимся данным диагноз наркологического заболевания в течение первого года употребления наркотиков устанавливается лишь в 8,2% случаев [3]. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – наиболее уязвимая категория зависимых лиц – в подавляющем большинстве какой-либо специализированной помощи не получают [4]. Между тем, у ПИН, не охваченных наркологической помощью, наблюдается наихудшая динамика и прогнозы в отношении ВИЧ-инфицирования [5]. Показатели преждевременной смертности результате передозировок наркотиков на территории постсоветского пространства постоянно растут [6, 7, 8]. Основной причиной отказа от АРВТ-терапии у ВИЧ-инфицированных и появления резистентных форм является продолжающееся употребление наркотиков [9, 10, 11, 12].

Источник вышеперечисленных и многих других социальных проблем, связанных с немедицинским потреблением наркотиков, видится, в том числе и в том, что до настоящего времени зависимые от ПАВ являются наиболее стигматизированным контингентом, а наркология – стигматизированной медицинской специальностью [13]. Система постановки на учет зависимых от ПАВ является дискриминационной мерой [14]. Ассортимент услуг, предоставляемых в системе наркологической помощи, катастрофически скуден [15]. Одним

из основных ошибочных постулатов советской и постсоветской наркологии следует признать ориентацию исключительно на «излечение любой ценой». При этом упускается из вида значительно более широкий спектр целей лечения - повышение качества жизни у пациентов, полное излечение которых затруднено или невозможно [16]. Данный тезис, подтверждаются сведениями о том, что в течение первых месяцев реабилитационные программы покидают от 70 до 85% пациентов – зависимых от ПАВ [17, 18].

В большинстве развитых стран наркологические проблемы в последние десятилетия рассматриваются с позиций движения Нового Общественного Здоровья (НОЗ), направленного на снижение неравенства, сдвига в сторону экологического подхода и учета эпидемиологических показателей [19]. В частности, в отношении наркозависимых лиц делаются попытки найти способы лечения, снижающие уровень отрицательных социальных последствий. Т.е. свести к минимуму имеющиеся расстройства и попытаться ограничить появление новых проблем. При этом преимущество отдается тем мерам, которые обеспечивают значимый общественный эффект [20, 21]. В данной связи можно говорить о кризисе глобального нарко-прогибисционизма (политики тотальных репрессивных мер, в том числе – по отношению к наркопотребителям) [22]. Авторитетными международными организациями признается необходимость использования широкого диапазона обоснованных вариантов лечения химически зависимых лиц [23]. При этом, приоритетными, безусловно, являются те виды наркологической помощи, которые надежно профилактуют распространение ВИЧ [24].

Учеными и практиками многих стран все чаще высказывается мнение о необходимости признания за наркологическими больными подлинного статуса медицинскому больному, без всяких изъятий [25], необходимости соответствия условий оказания специализированной помощи потребностям и ожиданиям наркозависимых, и возможностям их более полного охвата услугами этапа первичной наркологической помощи [26]. Подчеркивается важность первичной дифференциации контингента зависимых от ПАВ по уровням мотивации на излечение и степени готовности к изменению поведения. А также - соответствующей вторичной дифференциации видов и типов оказываемой наркологической помощи [27, 28, 29]. Акцентируется внимание на необходимости существенного расширения ассортимента и объема услуг в секторе третичной профилактики [30]. Что закономерно должно приводить к эффективному блокированию распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ среди населения [31, 32].

Таким образом, на сегодняшний день существует необходимость в пересмотре основных подходов к оказанию наркологической помощи, обеспечении безопасных и доступных условий ее оказания, существенного расширения ассортимента и повышения качества профильных услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 113-121.
2. Катков А.Л. Комплексная система управления качеством наркологической помощи Казахстана как эффективный инструмент профилактики ВИЧ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 248-249.
3. Киржанова В.В., Киржанов В.Н. Период латентности инъекционного употребления наркотиков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 234-235.
4. Круглов Ю.В., Затюк Я.С. Развитие системы скрининговых исследований на антитела к ВИЧ в Украине // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 165-166.
5. Василенко И.В. Третичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты) // Автореф. дисс... к.м.н. – Алматы, 2007. – 27 с.
6. Чертов В.В. Длительность употребления наркотиков и исходы наркотической зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 306-307.
7. Менделевич В.Д. Риторические вопросы о кризисе современной российской наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 6-11.
8. Шоннинг Ш., Коффин Ф., Кертис М. Передозировка: основная причина предотвратимой смертности среди ЛЖВ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 87.
9. Правдивая О.А. Отказ от приема АРТ: причина, профилактика, результаты // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 210.
10. Гуревич И.Н., Жусакова М.М. Детерминация обращаемости за АРВ-терапией и приверженности к лечению у ВИЧ-позитивных в Санкт-Петербурге и Оренбурге // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 203-204.

11. Яковлев А.А., Мусатов В.Б., Жукова С.В. Анализ причин прекращения антиретровирусной терапии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 74.
12. Вуд Э., Монтанер Дж.С.Г., Брайтштейн П., Йип Б., Шехтер М.Т., О'Шонесси М.В., Хогг Р.С. Растущие показатели прекращения антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков: выводы для наркополитики и общественного здоровья // Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 85-92.
13. Беляева В.В. Мнение медицинских работников о причинах недостаточного охвата диспансерным наблюдением пациентов, живущих с ВИЧ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 201-202.
14. Хустова Л.В. Оценка степени удовлетворенности клиентов программ снижения вреда услугами, предоставляемыми в рамках проекта СВ // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 112.
15. Молчанов С.Н. Перспективы оптимизации наркологической помощи населению РК // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии» (27-28 сентября 2007 г.). – Павлодар, 2007. – С. 65-66.
16. Менделевич В.Д. Парадоксальность принципов современной российской наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 21-31.
17. De Leon G., Schwartz S. Therapeutic communities: what are; the retention rates? // Am. J. Drug Alcohol Abuse. - 1984. - Vol. 10, № 2. - p. 267-284.
18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. – Т.1 – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
19. Susser M., Susser E. Choosing a future for epidemiology: from black box to chinese boxes and eco-epidemiology // American Journal of Public Health. – 1996 (86). – P. 674-678.
20. Хант Н. Общественное здоровье или права человека: что первично? / Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 31-39.
21. Дворяк С.В., Менделевич В.Д. Духовность и эффективность в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – Москва, 2008. – С. 255-265.
22. Левин Г.Дж. Использование и кризис глобального нарко-прогибиционизма / Международный журнал по наркополитике. Специальный выпуск на русском языке. 1 (2006). – С. 17-26.
23. Материалы 47-й сессии международной комиссии ООН по наркотикам // Ж. Вопросы наркологии. – 2004. – № 2. – С. 8-10.
24. Ходакевич Л., Хаузнер Д.С., Спрэйи О.С., Дерябина А. Комплексный подход к противодействию эпидемии ВИЧ в концентрированной стадии в странах Центральной Азии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 202.
25. Пелипас В.Е. Основы формирования этических отношений в области оказания наркологической помощи // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 44-58.
26. Ескалиева А.Т. Наркологическая помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Казахстане // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 254.
27. Чистякова Л.А., Рохлина М.Л. Особенности формирования психопатологических нарушений и корреляция их с криминальным поведением у больных с героиновой наркоманией // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 115-116.
28. Зинова Ю.В., Вайлер Г., Кобыща Ю.В. Оценка и планирование кадрового потенциала в области ВИЧ/СПИД в Украине // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 184.
29. Кривулин Е.Н. Особенности амбулаторной реабилитационно-профилактической помощи наркозависимым // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 155-160.
30. Алтынбеков С.А. Исследование эффективности основных механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан // Автореф. дисс... докт. мед. наук. – Алматы, 2005. – 50 с.
31. Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы // Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678.
32. Варецкая О.В., Салдана В. Первые признаки влияния профилактических программ среди потребителей инъекционных наркотиков на эпидемический процесс в Украине // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 218.

ФАРМАЦИЯ, ФАРМАКОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 615.1:612.392.64:339.168 (574.5)

О МАРКЕНТИГОВОЙ ПРОГРАММЕ ПО УСТРАНЕНИЮ ЙОДОДЕФИЦИТА В ЮКО

*К.Д. Шертаева, О.В.Блинова, А.Е.Бухарбаева, Р.Е.Ботабаева, М.М.Сапакбай
Южно - Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Қазіргі әлеуметтік – экономикалық жағдайда Қазақстанда йод тапшылығымен күресуге арналған алдын алу шараларына қатысты мәселелерді шешу қажеттілігі туындап отыр. Әлеуметтік маркетинг негізінде жүргізілген зерттеулер белгіленген міндеттерді тиімді шешу стратегиясын анықтауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

In modern social – economical conditions of Kazakhstan the necessity of solving problems concerning to prophylactic measures for struggle with iodine deficiency was arisen. The research was made by us on the rise of social marketing, permits to develop the strategy for effective decision of the given problems.

Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности за свое здоровье определены Президентом Казахстана Н.А. Назарбаевым одним из основных задач в новом десятилетии [1]. Этот принцип нашел отражение в социальном маркетинге в сфере здравоохранения республики.

Социальный маркетинг в сфере здравоохранения определяет здоровье как потребительский продукт, который можно приобрести в обмен на определенные затраты и личные усилия, т.е. он побуждает людей вести здоровый образ жизни, включая здоровое питание, в том числе коррекцию витаминной и микроэлементной недостаточности, двигательную активность, планирование семьи, иммунизацию и т.п.

Принципы построения плана социального маркетинга основаны на практике коммерческого маркетинга. Основной задачей социального маркетинга является уточнение причины неадекватного восприятия, несерьезного отношения, отсутствия внимания к медицинским рекомендациям.

Основными принципами, на которых строится социальный маркетинг, является ориентация на потребителя (социальные и возрастные группы), теория обмена, сегментация, социальные исследования для подготовки информационных, образовательных программ, передачи информации, маркетинговая смесь.

Социальный маркетинг прошел испытание на практике при решении многих проблем, связанных со здоровьем людей [2,3,4].

С большим эффектом он применялся при борьбе с йододефицитными состояниями [5,6].

Учитывая актуальность этой проблемы дня современных социально – экономических условий в Казахстане нами разработано маркетинговое планирование первоочередных мероприятий по ликвидации йодного дефицита в Южно-Казахстанской области. План составлен по аналогии российской школы маркетинга [7] и представлен в таблице 1.

Основные разделы плана маркетинга по ликвидации йодного дефицита в ЮКО

Таблица 1

Разделы плана	Описание
1. Резюме для руководства к действию	Краткий обзор особенностей плана по ликвидации йодного дефицита в ЮКО
2. Текущая маркетинговая ситуация – анализ существующего рынка йодосодержащих препаратов	Результаты аудита внешней и внутренней среды, SWOT – анализ, характеристика рынка йодосодержащих препаратов Конкретные цели и возможные проблемы, которые могут повлиять на их достижение
3. Цель – ликвидация йодного дефицита в изучаемом регионе	Возможные проблемы: -непонимание и нежелание населения осуществлять мероприятия данной программы,
4. Маркетинговые стратегии	-отказ населения от употребления йодированных продуктов питания, -недостаточное финансирование данной программы.
5. Маркетинговые программы (планы)	Конкретные стратегии для укрепления рыночных позиций по отдельным составляющим комплекса маркетинга
6. Финансовые планы.	Раскрываются содержание маркетинговых программ (планов)
7. Методы контроля за выполнением плана	Детализируются предлагаемые расходы Контроль за исполнением плана, возможная корректировка, альтернатива стратегии

Традиционно, стандартизованная (типовая) структура маркетинговых программ включает в себя следующие разделы [8,9,10,11]: - характеристику и прогноз развития изучаемого рынка (рынка йодосодержащих препаратов); - рыночную позицию с обоснованным выбором стратегии и тактики поведения на целевом рынке; - комплекс маркетинга с обоснованием разработок по товарной, коммуникационной, сбытовой, ценовой и кадровой политике; - источники финансирования программ и контроль за ее осуществлением.

Для выявления конкретных преимуществ данной программы, нами осуществлен SWOT – анализ, который позволил, во - первых, оценить возможности и угрозы со стороны внешнего окружения, и, во - вторых, определить свои сильные и слабые стороны.

В результате SWOT – анализа нами выявлено, что на сегодняшний день наряду с положительными моментами – сильными сторонами, существуют и отрицательные стороны, которые в численном выражении превышают слабые. К ним отнесено: неинформированность населения об отрицательном влиянии йодного дефицита на здоровье, в том числе и потомства, нежелание населения из-за неграмотности в этом вопросе поддерживать данную программу, отсутствие стратегии реализации данных лекарственных средств, жесткая конкуренция среди различных аптечных организаций на фармацевтическом рынке, неудовлетворительное состояние мерчандайзинга в аптеках, недостатки в оформлении и содержании рекламных буклетов. Если не устранить эти слабые стороны, могут возникнуть угрозы, к числу которых прежде всего относится снижение численности населения.

Далее нами предполагается разработка стратегических планов по конкретным направлениям маркетинговой деятельности.

Из существующих базовых стратегий – защитные, развивающие, атакующие, нами отдан приоритет атакующей стратегии, так как она в наибольшей степени соответствует поставленной цели, имеющимся ресурсам и возможностям

Так, выработанные нами стратегии по укреплению рыночных позиций изучаемого рынка лекарственных средств представлены в таблице 2.

Цели укрепления рыночных позиций изучаемых лекарственных средств в зависимости от характера спроса и виды маркетинга

Таблица 2

Характер спроса	Вид маркетинга	Цель стратегии
Отсутствие	стимулирующий	создать условия для возникновения спроса
Потенциальный	развивающий	разработать комплекс маркетинга для развития спроса и превращения его из потенциального в реальный
Полный	поддерживающий	Разработать комплекс мер поддержки имеющегося спрос

Каждый вид стратегии соответствует определенному лекарственному средству и прорабатывается нами с учетом региональных особенностей фармацевтического рынка и других факторов, влияющих на потребление и спрос лекарственных средств, применяемых для профилактики йододефицита. Исследования продолжаются.

Выводы: Изучены возможности использования социального маркетинга для решения проблем лекарственного обеспечения и борьбы с йододефицитными состояниями.

Разработаны основные разделы плана маркетинга по ликвидации йодного дефицита в ЮКО.

Осуществлен SWOT – анализ для выявления конкурентных преимуществ программы по устранению йододефицита в изучаемом регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана. Послание Президента РК Н.А.Назарбаева народу Казахстана. – 29.01.2010 г.
2. Гладышева Н.В., Холмогорова Г.Т., //Врач.-1991, №12. – С.41-43.
3. Гундаров Н.А., Кисилека Н.В., Копина О.С.// Обзорн.Иноформ.Мед.и здравоохран. Сер. Формирование здорового образа жизни. – 1989., №2 – С.51-54.
4. Уард Т.У.// Всемирный форум здравоохранения. – 1997, п 2. – С.55-60.
5. Manoff R.K.// The prevention and Control of iodine Deticiency Disordens – Amsterdam:-1987-P. 165-175.
6. Manoff R.K. Social Marketing New Imperative for Public Health.- New York, 1985.
7. Дремова Н.Б. Школа маркетинга профессора Н.Б. Дремовой. Маркетинговое планирование: стратегии укрепления рыночных позиций// Новая аптека. -2007, ноябрь. –с. 29-37.
8. Березин И.С. Маркетинг сегодня. М. Менеджер.-1996.-128 с.
9. Березин И. С. Маркетинговый анализ. Рынок. Фирма. Товар. Продвижение. 3-е изд. перераб. и доп М.: Вершина, -2007. -480 с.
10. Большой экономический словарь /Под ред. А.Н. Азрилияна. - 2-е изд. М.: Ин-т Новой экономики .-1997. -864 с.
11. Вествуд Дж. Маркетинговый план /Пер. с англ. СПб.: Питер. -2001. -256 с.

УДК 615.276:616.8

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ МОВАЛИСА И МИДОКАЛМА ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМАХ*А.К. Аманкулова**Областная клиническая больница, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Омыртқаның жұлын түбіршегі ауыру жиынтығы кезінде белдің қатты ауырсуынан қозғалыс шектеледі. Белдің ауырсуы тез, жылдам, жақсы және қосымша жағымсыз әсерінсіз басуға мовалиспен мидокалмнан тұратын құрама терапияны қолдану керек.

SUMMARY

The vertebral root syndrome is a hard pain in the back which is accompanied by restriction of mobility. The pain takes off better and easier without side effects at application of the combined therapy of the movalis and the mydocalm.

Вертеброгенные синдромы являются самыми распространенными заболеваниями. Каждый второй человек страдает болями в спине и шее. Интенсивная стойкая боль сопровождается резким ограничением подвижности [1,2]. Болевой синдром связан с повреждением и раздражением нервных волокон корешка вследствие его компрессии, воспаления, отека. Для купирования боли применяют миорелаксанты в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). НПВП и мидокалм являются синергистами. Мовалис – селективный ингибитор циклооксигеназы-2, превосходит по анальгетическому эффекту традиционные НПВП и значительно меньше вызывают гастропатии [3].

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комбинированной терапии мовалиса и мидокалма у больных с вертеброгенными корешковыми синдромами, преимущественно поясничного (L4-L5, L5-S1) и шейного (C4-C7) уровней.

Клиническое исследование проведено с двумя группами больных. Первая группа больных получала мидокалм с диклофенаком на фоне традиционной терапии. Традиционная терапия состояла из витаминов, вазоактивных средств, остеопротекторов и физиотерапии. Вторая группа получала комплексную терапию с дополнительным применением НПВП – мовалиса 15 мг в сутки, исключив диклофенак.

Клиническую эффективность комбинированной терапии мовалиса с мидокалмом определяли, сравнивая объективную неврологическую симптоматику, которая начинала регрессировать с 4-го дня лечения и к 8-10 дню полным восстановлением функции позвоночника. За время лечения побочные действия и аллергические реакции не наблюдались. Последующее наблюдение за больными в течение месяца с момента заболевания новых обострений заболевания и осложнений от мовалиса не выявлено.

У группы больных принимавших диклофенак время восстановления было дольше на 3-4 дня, побочные действия проявлялись в виде болей и чувства тяжести в эпигастральной области, желудочной диспепсии, легких головных болей.

Таким образом, комбинированная терапия мовалиса и мидокалма на фоне традиционной у больных с вертеброгенными корешковыми синдромами неврологическая симптоматика регрессирует быстрее и без проявлений побочных действий, сокращает сроки нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине и конечностях. Болезни нервной системы. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман. М. Медицина. - 2001. – С. 293-316.
2. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. - Amsterdam. - Elsevier. – 2002.
3. Воробьева О.В. Нестероидные противовоспалительные препараты при болях в спине: в каких случаях следует ожидать максимального эффекта. Consilium medicum. – 2008. – 3.

УДК 616.831.319.008.6:616.12-008.331.1:615.03

ИНСУЛЬТПЕН АУЫРҒАН АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ФИЗИОТЕНЗДІ ҚОЛДАНУ*А.Қ. Аманқұлова**Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

Клиническая эффективность антигипертензивной терапии - актуальная проблема. Изучена клиническая эффективность физиотенза в сравнении с лизиноприлом. Физиотенз снимает артериальное давление быстрее, чем лизиноприл.

SUMMARY

Clinical effectiveness of the antihypertension therapy is an actual problem. It was studied the clinical effectiveness of the physyotensa in comparison with the lysynopryl. The physyoten takes off the blood pressure more quickly than the lysynopryl.

Артериалды гипертензияны (АГ) тиімді емдеу маңызды мәселе [1]. Бұл ауру инсультке соқтыруға себепкер [2]. Қазір симпатолитиктердің үшінші буынына жататын физиотенз дәрісі тізімге қосылған [3].

Мақсат. Инсультпен ауырған АГ бар науқастарды емдеуге физиотенздің тиімділігін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу жұмысына облыстық клиникалық аурухананың неврология бөлімшесінде емделген 41 науқас алынды. Жастары 45 пен 60 аралығындағы ерлер мен әйелдер. АГ 3-ші деңгейде артериалдық қысымы (АҚ) $172 \pm 15 / 107 \pm 10$ мм с.б., инсультпен ауырған. Бірінші топ 20 науқастан құралған, оларға физиотенз 0,2 г тәулігіне берілді. Екінші топ - 21 науқасқа лизиноприл 5 мг-нан тәулігіне берілді. Екі топқа да таңертең 1,5 мг индап берілді.

Науқастардың АҚ-ның деңгейі стационарлық ем қабылдағанда, және 3, 6 айдан кейін анықталды.

Нәтижелер. Физиотенз бен индапты қабылдаған топтың АҚ $141 \pm 15 / 87 \pm 9$ мм с.б.-на дейін төмендеді, ал лизиноприл қабылдаған екінші топта $161 \pm 15 / 97 \pm 8$ мм с.б. – да болды. АҚ тұрақсыз болғандықтан, диуретиктер тағайындалды. 3 айдан кейін бірінші топтағы науқастардың АҚ $138 \pm 11 / 85 \pm 6$ мм с.б., ал екінші топтың АҚ $152 \pm 14 / 92 \pm 8$ мм с.б. болды. 6 айдан кейін бірінші топтағы физиотензбен емделгендердің 49%-ның АҚ $129 \pm 11 / 82 \pm 7$ мм с.б. дейін тұрақты төмендеді.

Қорытынды. Инсультпен ауырған АГ бар науқастарды физиотензбен емдеу тиімді екендігі анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Лобанкова Л.И. и др. // Артериальная гипертензия. – 2005. – Т2. - №3. – С. 149-154.
2. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верешагин Н.В. // Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. М. Мед.пресс. информ. – 2006. – 256с.
3. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия. 2001. – 7. – (1 приложение). – 1-16.

УДК: 615.33:616.21+053:614.212

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУПРАКСА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ж.Ш. Садуақасова

Городская детская поликлиника № 1, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада Супракс дәрінің клиникалық әсерінің балалардағы тыныс алу жолдарының қабыну ауруларын амбулаторлық жағдайда емдеу тәсілі жайлы айтылған.

SUMMARY

The article is discussed about clinical effectiveness of Supraks for treatment pus-inflammation of pathological respiration of children in ambulance conditions.

В структуре заболеваемости детей болезни органов дыхания (БОД) занимают лидирующее положение, составляя более половины всех болезней, встречающихся в детском возрасте. Анализ показателей заболеваемости БОД среди детского населения за последнее десятилетие свидетельствует об устойчивой тенденции к увеличению этой группы болезней, причем преимущественно за счет БОД инфекционной этиологии. Около 60% обращений в поликлинику составляют дети с заболеваниями органов дыхания [1].

Распространенность бронхита среди населения в целом варьирует в европейских странах от 3,7% в Дании до 6,7% в Швеции. В США хроническим бронхитом страдают более 12 млн. человек. В среднем больной хроническим бронхитом переносит 3 обострения в год. Ежегодное количество случаев обострений составляет в США 30 млн.

Внебольничной пневмонией ежегодно заболевает 1,5% населения развитых стран. В США регистрируется около 4 млн. случаев заболевания в год, в Европе – 2-5 случаев на 1000 человек. В педиатрической практике один случай пневмонии приходится на 50 случаев ОРИ. [1,4].

Хронический тонзиллит встречается у 2-3% детей в возрасте 3 лет, у 6,5% - в возрасте 5-6 лет, у 12-13% - в возрасте 10-12 лет и у 25-35% лиц в возрасте 18-20 лет [2]. Среди часто болеющих детей 2-6 лет его распространенность достигает 43% [3]. Формированию хронического тонзиллита в значительной степени способствует нерациональная терапия ОРИ [2]. Несмотря на огромный выбор антибиотиков, разработанных и

внедренных в лечебную практику, лечение заболеваний органов дыхания продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем педиатрии.

Проведение антибиотикотерапии у детей в амбулаторных условиях требует решения основных задач: 1) своевременности назначения антибактериального препарата; 2) определения оптимально эффективного пути введения антибиотика в организм больного (перорального или парентерального); 3) оценки клинической эффективности назначенного антибактериального препарата максимум через 48 ч с решением вопроса о продолжении лечения выбранным препаратом при его эффективности или замены на альтернативный антибиотик при отсутствии эффекта [4].

В настоящее время одним из наиболее широко применяемыми антимикробными препаратами в клинической практике являются цефалоспорины. Из семейства цефалоспориновых антибиотиков в настоящее время наиболее привлекательным является Супракс (цефиксим). Супракс – эффективный и безопасный оральный полусинтетический антибиотик из группы цефалоспоринов III поколения для использования в педиатрической практике.

Цефиксим был синтезирован в 1987 г. компанией Fujisava Pharmaceutical Co. Ltd, Osaka, Japan. В настоящее время с успехом используется более чем в 80 странах мира. Супракс характеризуется широким спектром антибактериального действия, высокой эффективностью и безопасностью при применении у детей с возраста 6 месяцев [4]. Он обладает бактерицидным действием, обусловленным угнетением синтеза клеточной мембраны широкого спектра возбудителей. Препарат устрочив к действию β – лактамаз, продуцируемых большинством грамположительных и грамотрицательных бактерий, обладает высокой активностью в отношении грамотрицательных микроорганизмов: *Haemophilus influenzae*, *Branchamella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae* и др.

Достоинства Супракса: 1) хорошая биодоступность (50%) вне зависимости от приема пищи; 2) способность создавать эффективные концентрации в крови и очагах воспаления; 3) длительный период полувыведения, что делает возможным однократный прием в течение суток, улучшает качество лечения в амбулаторных условиях; 4) возможность подбора лекарственной формы препарата (капсулы, суспензия) в соответствии с возрастом [4].

Препарат Супракс (цефиксим) назначается взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 50 кг в суточной дозе 400 мг 1 раз в сутки. Детям в возрасте от 6 мес до 12 лет препарат прописывают в виде суспензии в дозе 8 мг/кг массы тела 1 раз в сутки.

Н.Д. Сорока и Т.Г. Власова [5] сообщают об успешном лечении Супраксом детей с бронхитом и очагово–сливной бронхопневмонией. Бронхит в 15 % случаев протекал с явлениями бронхиальной обструкции и в 38 % случаев имел затяжное или рецидивирующее течение. Клинически у всех детей заболевания имели среднетяжелое течение, сопровождалось умеренными явлениями интоксикации, кашлем с мокротой.

Практически все дети (93%) имели неблагоприятный преморбидный фон: проявления пищевой, медикаментозной аллергии или заболеваний атопической природы имели 54% детей; относились в группу часто и длительно болеющих – 24%; страдали аномалиями и пороками развития различных органов и систем – 15% пациентов.

Показаниями к включению Супракса в комплексное лечение больных с инфекционными заболеваниями дыхательных путей явились: 1) наличие клинических проявлений интоксикации (высокая температура тела более 3 дней, нарушение общего самочувствия и др.); 2) неэффективность предшествующей антибиотикотерапии препаратами группы пенициллинов, макролидов, сульфаниламидов; 3) затяжное или рецидивирующее течение заболевания; 4) выраженный бронхообструктивный синдром инфекционной природы; 5) обилие гнойной мокроты и разнокалиберных хрипов в легких. Курс лечения в среднем составлял 6-7 дней.

Результаты наблюдений позволили сделать следующие выводы: 1) Супракс является эффективным пероральным, не токсичным, не аллергичным и удобным в применении (за счет низкой кратности приема) антибактериальным препаратом для лечения инфекционных заболеваний дыхательных путей у детей. 2) Супракс может быть рекомендован в качестве стартового антибиотика в лечении нетяжелых вариантов амбулаторных и стационарных пневмоний и бронхитов. 3) Супракс не усугубляет течение сопутствующих, в том числе и аллергических заболеваний, и относится к безопасным препаратам для детской практики.

Е.В. Середа и соавт. [6] провели изучение эффективности и безопасности Супракса у 61 ребенка в возрасте 3-15 лет при обострениях рецидивирующего бронхита (15 детей), хронических воспалительных бронхолегочных заболеваний (46 детей), развившихся в результате неблагоприятного исхода острых пневмоний с формированием хронического бронхита на основе пневмосклероза, деформации бронхов и бронхоэктазов, а также на фоне врожденных пороков развития бронхов и легких. Все дети в периоде обострения бронхолегочного процесса получали наряду с Супраксом комплексную терапию, включающую муколитические, мукорегуляторные и бронхоспазмолитические препараты по показаниям, кинезитерапию. Клиническая эффективность выявлена у 54 из 61 (88,6%) больного и характеризовалась следующими показателями: 1) улучшением общего состояния (в среднем на 4-й день); 2) уменьшением кашля (на 3-4-й день); 3) уменьшением количества выделяемой мокроты (на 3-5-й день); 4) улучшением реологических свойств мокроты (на 5-6-й день); 5) уменьшением физикальных изменений в легких и их распространенности (на 4-й

день); 6) улучшением функциональных показателей (ОФВ, ФЖЕЛ, МОС25-75) (на 12-й день); 7) нормализацией гематологических сдвигов (на 6-10-й день).

Клиническая эффективность препарата была подтверждена результатами бактериологических исследований. Элиминация патогенных штаммов из мокроты больных или бронхиального секрета к 6-7-му дню лечения супраксом наблюдалось: при высеве *Haemophilus influenzae* – у 94% больных; при высеве *Branchamella catarrhalis* – у всех больных; при высеве *Streptococcus pneumoniae* у 74,4% больных.

Таким образом, Супракс является эффективным и безопасным оральным полусинтетическим антибиотиком для лечения детей при заболеваниях органов дыхания в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. National Center for Health Statistics: National hospital Discharge survey: Annual summary 1990. Vital Health Stat. 1992; 13: 1-225.
2. Гаращенко Т.И. Макролиды в терапии острого тонзиллита и его осложнений у детей. Рус. мед. журнал. 2001;9(19): 812.
3. Пономарев Л.Е. и др. Влияние хронического тонзиллита на формирование группы часто болеющих детей из детских дошкольных учреждений. Новости оториноларингологии и логопатологии. 1995; 3: 143-144.
4. Котлуков В.К. Рациональная антибиотикотерапия инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов у детей. 2008;6:110-115
5. Сорока Н.Д., Власова Т.Г. Пероральные цефалоспорины в лечении инфекций нижних дыхательных путей у детей: опыт применения препарата «Супракс» (цефиксим). Consilium medical. 2004; 6 (2).
6. Середа Е.В., Катосова Л.К., Волков И.К. Эффективность цефалоспорины III поколения цефиксима (супракса) при заболеваниях органов дыхания у детей. Леч. врач. 2004;1: 31-34.

УДК 615.33:616.24-002-085.281

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАВАМ (АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

С.У. Базарбаева

Городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

ТҮЙІН

Тыныс мүшелері ауыратын 24 ауру тексеріліп, клаваммен емделді. Қолданылған емнің 96% жағдайда ересектер арасында клиникалық тиімділігі анықталды.

SUMMARY

This research study involved 24 community-acquired pneumonia (CAP) patients. Combination drug amoxicilline/clavulanate (Clavam®) demonstrated high clinical and bacteriological efficiency in treatment of patients with CAP.

Пневмонии относятся к наиболее распространенным инфекционным заболеваниям. Распространенность пневмоний среди взрослого населения составляет 5-8 на 1000 человек. Летальность при внебольничной терапии в среднем не превышает 1-5%, однако у пациентов высокой степени риска она может достигать 25% [1], что отчасти связано с ростом частоты резистентности основных возбудителей внебольничных пневмоний (ВП) к антибактериальным препаратам [2,3]. В связи с этим, в национальные рекомендации США [4], Европы [5], России [1], и Казахстана по лечению внебольничных пневмоний включен ограниченный перечень антибактериальных препаратов. Препаратом первого выбора для эмпирической терапии внебольничных пневмоний является ко-амоксциллин (Амоксициллин/клавуланат) [1,6,7].

Препарат “Клавам®” 625 мг представляет собой комбинацию полусинтетического пенициллина амоксициллина (500 мг) и клавуланата калия (125 мг), являющегося необратимым ингибитором β -лактамаз. Присутствие клавуланата калия предотвращает разрушение амоксициллина β -лактамазами, продуцируемыми многими грамположительными и грамотрицательными микроорганизмами. Это позволяет сохранить антибактериальную активность препарата и расширить спектр действия амоксициллина на микроорганизмы, которые обычно резистентны к препарату по причине выработки ферментов разрушающих его (например, стафилококки, кишечная палочка, клебсиелла). Клавам не только элиминирует основных возбудителей внебольничной пневмонии, но и не инактивируется непатогенными микроорганизмами, продуцирующими β -лактамазу.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности препарата “Клавам®” 625 мг (амоксициллин/клавуланат) Алкем Лабораториз (Индия) при внебольничной пневмонии. Задачи исследования:

1. Оценить эффективность препарата “Клавам®” в таблетках по 625 мг для лечения пациентов с ВП.

2. Оценить безопасность препарата “Клавам®” в таблетках по 625 мг на основании анализа частоты, тяжести и выраженности нежелательных явлений, связанных с приемом препарата.

Материал и методы исследования. При выполнении работы проведено обследование и лечение 24 пациентов с внебольничной пневмонией (14 мужчин и 10 женщин), средний возраст 51 год. У 65% больных были сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца (ИБС), холецистит, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ). Больные были госпитализированы через 2-5 дней после начала заболевания.

Из исследования исключались больные с подозрением на вирусную инфекцию, пациенты с тяжелым течением пневмонии, беременные женщины, больные бронхиальной астмой, пациенты с аллергией на пенициллины.

После завершения обследования (жалобы больного, сбор анамнеза, рентгенологическое исследование грудной клетки, бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам, клинический анализ крови) всем больным назначали препарат “Клавам®” (амоксциллин/клавуланат) внутрь по 625 мг 3 раза в сутки в течение 7- 10 дней. Кроме антибиотика все пациенты получали муколитик(амброксол). Определение эффективности лечения препаратом “Клавам®” проводилось посредством анализа инволюции симптомов ВП, динамики рентгенологической картины, изменения показателей клинического анализа крови и мокроты.

Лечение внебольничной пневмонии считали эффективным при полном исчезновении всех субъективных и объективных клинических признаков заболевания и при отсутствии рентгенологических и лабораторных признаков воспаления.

Безопасность препарата “Клавам” оценивалась на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время лечения.

Результаты. До начала лечения у всех больных зарегистрировано повышение температуры тела: у одного пациента повышение температуры выше 390 С, у 16 в пределах 380 – 390 С, и у 7 не более 380 С. Нормализация температуры на третий день лечения отмечена у 9 больных, на четвертый день еще у 6. К концу первой недели лечения температура нормализовалась у всех пациентов. На фоне применения препарата через 3 дня от начала лечения у всех больных отмечено уменьшение кашля, одышки, количества хрипов, изменился характер мокроты от явно гнойного до слизисто-гнойного или слизистого. После лечения у всех пациентов клинические признаки ВП полностью исчезли. При контрольном рентгенологическом исследовании полное разрешение ВП отмечалось у 18 пациентов, у 5 были выявлены участки пневмосклероза. Несмотря на клиническое улучшение, у 1 больного, при контрольном рентгенологическом исследовании сохранялись инфильтрационные изменения, поэтому препарат был отменен. Отмечена хорошая переносимость препарата “Клавам®”, у 3 (12,5%) пациентов зарегистрирована умеренно выраженная диарея, не потребовавшая досрочного прекращения лечения. Серьезных нежелательных явлений не отмечено.

Выводы: 1. Клиническая эффективность препарата “Клавам®” 625 мг при лечении внебольничной пневмонии составила 96%.

2. Препарат “Клавам®” характеризуется хорошей переносимостью: только у 3 пациентов отмечена умеренно выраженная диарея; тяжелых побочных эффектов не зарегистрировано.

3. Учитывая результаты проведения исследования, препарат “Клавам” (амоксциллин/клавуланат) может быть рекомендован в дозе 625 мг 3 раза в сутки в течение 7-10 дней в качестве средства стартовой эмпирической терапии легкой и среднетяжелой внебольничной пневмонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей)//Клин. микробиология и антимикроб. Химиотерапия. – 2003. – Т.5. - №3. – С.198 – 224.
2. Зубков М.Н. Этиология и патогенез внебольничных пневмоний у взрослых.//Пульмонология. – 2005. - №5. – С.53 – 60.
3. Сидоренко С.В. Проблема этиотропной терапии внебольничных инфекций дыхательных путей.//Consilium Melicum. 2002. – Т.4. - № 1. – С.4-10.
4. Niedermann M.S., Mandell L.A., Anzueto A. et al. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy and prevention.//Am.J.Respir.Crit.Care Med. - 2001.-163. – С.1730 – 1754.
5. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. //Eur. Respir. J.- 1998. – 11. – С.986 – 991.
6. Назаренко Г.И., Антипин А.Н., Новиков Ю.К. Антибактериальная терапия внебольничных пневмоний.//Пульмонология. – 2004 - №4. – С.60 – 66.
7. Гучев И.А., Клочков О.И., Гришина Н.А. Амоксициллин/клавуланат в лечении инфекций нижних дыхательных путей.//Русский медицинский журнал. Т.13. - №20. – С.1364 – 1372.

УДК 615.33:616.9

ПРИМЕНЕНИЕ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Ж.. У. Есжанова

Городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

ТҮЙІН

Тыныс мүшелері ауыратын 27 ауру тексеріліп,клаваммен емделді. Қолданылған емнің 85% жағдайда ересектер арасында клиникалық тиімділігі анықталды.

SUMMARY

We examined 27 patients with exacerbation chronic bronchitis in age 36-68 years old. Complex drug amoxicillined clavulanate (clavam) demonstrated high clinical and bacteriological efficiency in treatment of patients with exacerbation of CB.

Основой хронического бронхита (ХБ) является воспаление слизистой оболочки трахеи и бронхов, клинически проявляющееся хроническим кашлем с мокротой в течение не менее 3 месяцев за 2 последовательных года при отсутствии других причин кашля[1]. Хронический бронхит - распространенное заболевание. От 10 до 25 % взрослых страдают хроническим бронхитом [2].В Европе распространенность ХБ среди населения в целом варьирует от 3,7 % в Дании до 6,7 % в Швеции. Около 25% взрослых американцев (более 12 млн человек) страдают ХБ [1]. В Великобритании на долю этого заболевания приходится около 25% всех госпитализаций. Частое проявление хронического бронхита - обострение, причиной которого в 50-60% случаев является бактериальная инфекция [2]. В среднем больной хроническим бронхитом переносит 3 обострения в год [3]. Ежегодное количество случаев обострений составляет в США 30 млн. Результаты исследований в отделениях интенсивной терапии показали, что тяжелые обострения хронического бронхита в 10% случаев приводят к летальному исходу. В настоящее время доказано, то адекватная антибактериальная терапия при обострении ХБ ускоряет его разрешение, улучшает функциональные показатели и прогноз [4].Препаратом первого ряда у больных с обострениями ХБ являются ко-амоксициллин (амоксициллин/клавуланат) [4,5,6].

Целью нашей работы было изучить эффективность и безопасность применения нового генерика ко-амоксициллина – препарата клавам® у больных с обострением хронического бронхита.

Материал и методы исследования. В исследование включили 27 пациентов с обострением хронического бронхита (21 мужчина и 6 женщин) в возрасте 36 – 68 лет, средний возраст 56±4,1 года. Длительность ХБ составила от 6 до 22 лет (в среднем 12,4 года). Из исследования исключались больные с подозрением на вирусную инфекцию, беременные женщины, пациенты с аллергией на пенициллины. Клавам® назначали внутрь в таблетках по 625 мг три раз в день. Продолжительность лечения антибиотиком 7-10 дней. Клиническую эффективность препарата Клавам® оценивали по динамике основных симптомов (кашель, температура, мокрота и ее характер, одышка, хрипы в легких). До начала лечения, через 72 часа от начала приема препарата Клавам® и после его окончания всем больным выполняли общеклинические анализы и исследовали функции внешнего дыхания (жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1). Безопасность препарата Клавам оценивалась на основании анализа частоты и выраженности побочных эффектов, выявленных у больных во время лечения.

Результаты. Динамика основных кинических проявлений обострения ХБ у пациентов получавших препарат Клавам приведена в таблице 1. После лечения, фаза ремиссии достигнута у 23 пациентов (85%), у 3 (11%) больных состояние улучшилось (фаза неполной ремиссии), и у 1 больного существенного клинического улучшения не достигнуто, препарат отменен. При лечении у больных отмечены побочные явления возможно связанные с приемом препарата: у 2 больных невыраженная изжога и у 1 – тошнота не требовавшие отмены препарата.

Динамика клинических показателей у больных ХБ

Таблица 1

Показатели	Количество больных (n=27)	
	До лечения	После лечения
Кашель: +++	8	0
++	17	1
+	2	3
-	0	23
Мокрота: +++	9	0
++	17	0
+	1	5

-	0	22
Хрипы: +++	13	0
++	12	1
+	2	3
-	0	23
Одышка: +++	4	0
++	11	1
+	10	2
-	2	24

Примечание: +++ сильно выражено, ++ умеренно выражено, + слабо выражено, - отсутствие симптома.

Выводы: 1.Новый генерик ко-амоксциллина препарат Клавам 625 мг (амоксциллин/клавуланат) обладает высокой клинической эффективностью при лечении обострений ХБ.

2.При лечении препаратом Клавам среднетяжелого обострения ХБ у 23 пациентов (85%) достигнута фаза ремиссии.

3.Клавам хорошо переносится пациентами. Транзиторные побочные эффекты отмечены у 3 (11%) больных ХБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease.// Am J Respir Crit Care Med.- 1995.-152(Suppl).- S.77-121.
2. Anzueto A.R., Schaberg N. Acute exacerbations of chronic bronchitis. Science Pres Ltd.- 2003.
3. Емельянов А.В. Диагностика и лечение обострений хронической обструктивной болезни легких.//Русский медицинский журнал. – 2005. - №4. С.183 – 188.
4. Авдеев С.Н. Антибактериальная терапия обострений ХОБЛ//Атмосфера:Пульмонология и аллергология.- 2004. - №2. – С.19 – 22.
5. Дворецкий Л.И., Стрекачев А.Ю. Антибактериальная терапия обострений хронического бронхита. Какой антибиотик является оптимальным?//Пульмонология. – 2004. - №4. С.117-123.
6. Мерцева Т.А., Братусь Е.В., Плеханова О.В., Кононович О.Ю. Опыт применения амоксициллин/клавуланата (Амоксиклав®) у пациентов с обострением хронического обструктивного заболевания легких.//Український пульмонологічний журнал. – 2008.-№2. -С.17-20.

УДК 615.33:616.24-002

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФЕПИМА В ЛЕЧЕНИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Ж.У. Есжанова

Городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

ТҮЙІН

Тыныс мүшелері ауыратын 15 ауру тексеріліп, цефепиммен емделді. Қолданылған емнің 93% жағдайда ересектер арасында клиникалық тиімділігі анықталды.

SUMMARY

This research involved 15 Hospital-Acquired Pneumonia (HAP) patients. Cefepim demonstrated high clinical and bacteriological efficiency in treatment of patients with HAP.

Пневмония, развившаяся через 48 часов и более после госпитализации больного при условии отсутствия у него какой-либо инфекции на момент поступления в стационар, определяется как госпитальная (нозокомиальная, внутрибольничная) пневмония [1]. Госпитальная пневмония (ГП) как правило, развивается на фоне тяжелой сопутствующей патологии, сопровождающейся серьезными метаболическими, циркуляторными нарушениями или иммунодефицитом. По данным ряда исследователей частота развития госпитальной пневмонии в отделениях общего профиля составляет от 4 до 10 случаев на 1000 госпитализированных больных [2]. Более высокая частота (15—20%) пневмонии наблюдается в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), особенно у больных, находящихся на ИВЛ (18—60%) [3]. Летальность при госпитальной пневмонии составляет от 8 до 20%, в ОРИТ — свыше 20%.

Цель исследования. Изучение клинической и микробиологической эффективности цефепима у пациентов с госпитальной пневмонией.

Материал и методы исследования. В исследование включили 15 пациентов (11 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст 32,4±4,6 лет) с клинически диагностированным

диагнозом

ГП.

Наличие пневмонии у пациента считали вероятным, если присутствовали как минимум три из следующих критериев: лихорадка выше 38,0°C или гипотермия ниже 36,0°C, гнойный характер мокроты, лейкоцитоз более 11.109/л или лейкопения менее 4.109/л, новые, прогрессирующие или персистирующие (>24 ч) инфильтративные тени на рентгенограмме грудной клетки, снятой в переднезадней проекции.[4].

Цефепим (препарат "Мегапим" фирмы "Alkem Laboratories Ltd.") вводили внутривенно 2 г 2 раза в сутки, продолжительность лечения 7-10 дней [5].

Для бактериологического исследования проводили заборы секрета мокроты, крови, мочи. Микробиологическое исследование секрета нижних дыхательных путей включало микроскопию окрашенного по Граму препарата и культуральное исследование. Микробиологическим критерием верификации диагноза ГП считали обнаружение возбудителя в диагностическом титре более 104 КОЕ/мл. Исследование включало в себя посев материала на питательные среды, выделение чистой культуры возбудителей и определение их чувствительности к антибиотикам с использованием дискодиффузионного метода.

Для оценки бактериологической эффективности терапии у больных ГП проводили исследование секрета нижних дыхательных путей на 3–5–7–9-е сутки лечения. Эффект считали положительным в случае эрадикации [6]. .

Клинический эффект оценивали на 3 и 7-е сутки после начала лечения, а также через 3 дня после его окончания. Окончательную оценку клинической эффективности антибактериальной терапии проводили с использованием следующих критериев: выздоровление, отсутствие эффекта, невозможность оценить. Рецидив инфекции расценивали как "отсутствие эффекта". Оценка клинической эффективности проводили у больных, которые получали лечение не менее 5 дней или приняли не менее 80% предписанной дозы исследуемого антибиотика [6].

Результаты. На фоне применения цефепима у большинства пациентов был достигнут быстрый и стабильный клинический эффект. Начиная с третьего дня лечения препаратом у большинства больных отмечалось улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, уменьшение одышки, кашля, положительная динамика аускультативной картины в легких. На седьмой день лечения у абсолютного большинства пациентов отмечалось улучшение общего состояния, обратное развитие основных симптомов заболевания. Повышенная температура тела не была зарегистрирована ни в одном из случаев, только у 3 больных сохранялся кашель со скудной слизистой мокротой и выслушивались единичные хрипы в легких. В результате монотерапии цефепимом у 14 пациентов (93%) к концу лечения отмечено выздоровление. У 1 пациента вследствие нарастания полиорганной недостаточности на 4-е сутки лечения потребовалось применение других антибиотиков, при этом клинические признаки пневмонии сохранялись.

На фоне монотерапии цефепимом у всех пациентов клиническое выздоровление сопровождалось эрадикацией возбудителя из нижних дыхательных путей. Средняя продолжительность лечения цефепимом составила 8 (от 7 до 12) дней.

По данным литературы цефепим — достаточно безопасный антибиотик при применении в оптимальные сроки, в адекватной дозировке [2,3, 4, 5]. При применении препарата в течение 10 дней у больных ГП ни у одного из пациентов нами не было отмечено каких-либо побочных эффектов.

Выводы: 1. Цефепим обладает высокой клинической эффективностью при госпитальной пневмонии.
2. Представляется целесообразным рассматривать Цефепим как средство 1 ряда эмпирической терапии госпитальной пневмонии у пациентов со среднетяжелым течением заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей.//Пульмонология. – 2005. - №3.- С.13 – 33.
2. Синопальников А.И. Госпитальная пневмония: тактика антимикробной терапии.// Антибиотики и химиотерапия.-1999; Т.44.- № 11.-С.44–8.
3. Яковлев С.В., Суворова М.П. Антибактериальное лечение тяжелой госпитальной пневмонии: возможности монотерапии.// Вестник интенсивной терапии,- 1998; Сборник "Антибактериальная терапия". - С. 21–30.
4. Яковлев С.В. Госпитальная пневмония: вопросы диагностики и антибактериальной терапии. //Consilium Medicum. – 2000. – Т.2. - №10. – С.400-404.
5. Яковлев С.В., Ромашов О.М., Проценко Д.Н. Значение цефепима в лечении госпитальной пневмонии.//Антибиотики и химиотерапия. – 2003. –Т48. - №7. –С.48- 56.
6. Европейское руководство по клинической оценке противомикробных лекарственных средств. Под ред. TR.Beam Jr., DN.Gilbert, CM.Kunin. Перевод с англ. под ред. А.Г.Чучалина, Л.С.Страчунского. Смоленск: - 1996.-320с.

УДК 615.357: 577: 616.12-008.331

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

С.У. Базарбаева

Городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент

ТҮЙІН

25 артериялық гипертониясы бар ауруларда лизиноприл қолданылды. Қолданылған емнің 60% жағдайда клиникалық тиімділігі анықталды.

SUMMARY

This research entered 25 patients with mild and moderate blood hypertension and using the new preparation lisinopril in treatment of patients.

Артериальная гипертония (АГ), распространенность которой среди взрослого населения составляет около 20%, остается серьезной проблемой здравоохранения большинства стран, в том числе и Казахстана [1,2]. АГ обуславливает повышение риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов, сердечной и почечной недостаточности. У пациентов с АГ общая смертность повышена в 2-5 раз, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 2-3 раза [3]. Цель лечения АГ- оптимальное снижение артериального давления (АД), улучшение качества жизни, предупреждение поражения органов- мишеней и снижение риска сердечно-сосудистых осложнений [1]. Для лечения больных с АГ применяется большое количество гипотензивных препаратов. Одной из основных групп препаратов для лечения АГ признаны ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) [4]. Ингибиторы АПФ, обеспечивая гипотензивный эффект и уменьшая риск возникновения мозгового инсульта, возможно снижают смертность от ИБС [5]. Возможность длительного применения ингибиторов АПФ при АГ активно исследуется [4,5,6,7].

Цель исследования было оценить гипотензивную эффективность ингибитора АПФ лизиноприла у больных мягкой и умеренной АГ.

Материалы и методы. В отделении наблюдали 25 больных (в возрасте от 44 до 68 лет) мягкой или умеренной АГ. Лизиноприл – новый ингибитор АПФ третьего поколения, который характеризуется длительным периодом полувыведения, и в связи с этим он эффективен при однократном приеме в сутки.

Препарат назначали в дозе 10-20 мг однократно вечером (в 22 часа). Длительность наблюдения за лечением составила 4 недели. Пациенты, включенные в исследование, проходили полное клиническое обследование. В картах индивидуального наблюдения фиксировали следующие показатели: возраст, пол, масса тела, рост, предшествующее лечение по поводу АГ, жалобы больного, сопутствующие заболевания и сопутствующая терапия, ежедневные показатели АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Для оценки эффективности лечения были использованы следующие критерии:

Отличный результат: нормализация уровня АД (139 и 89 мм рт. ст. и ниже).

Хороший результат: значительное снижение АД (ДАД снизилось на 10 мм рт. ст. и более, но не до 89 мм рт. ст.).

Удовлетворительный результат: умеренное снижение АД, но не до нормальных цифр (ДАД снизилось на 5-9 мм рт. ст. но не до 89 мм рт. ст.).

Неудовлетворительный результат: недостаточное снижение АД (ДАД снизилось менее чем на 5 мм рт.ст. и не достигло 89 мм рт. ст.).

Оценку переносимости лечения лизиноприлом проводили по критериям:

Отличная переносимость- отсутствие побочных эффектов в течение всего периода исследования.

Хорошая переносимость- преходящие побочные эффекты, не требующие отмены препарата.

Неудовлетворительная переносимость- наличие побочных явлений, требующих отмены препарата.

На этапе включения пациентов в исследование и через 4 недели лечения лизиноприлом всем пациентам делали УЗИ сердца, ЭКГ, биохимический анализ крови с обязательным определением уровня глюкозы и калия сыворотки крови.

Результаты. Из 25 больных при монотерапии лизиноприлом: отличный эффект отмечен у 15 больных (60 %), хороший- у 5 (20 %) и удовлетворительный у 4 пациентов (16 %). Неудовлетворительный эффект зарегистрирован у одного человека (4%).

Исходное САД составило – 147,2 + 6,1, к концу периода лечения оно снизилось до 131,5 + 5,6, т.е.на 10,7 %. ДАД под влиянием лизиноприла снижалось несколько меньше, чем САД. Исходно ДАД составляло 91,9 + 3,4, и к концу периода лечения ДАД снизилось до 83,2 + 2,5, т.е. на 9,5 %, без существенного изменения ЧСС. Уровень сахара и калия сыворотки крови существенно не изменились.

В результате лечения у пациентов уменьшилось головная боль, улучшилась работоспособность, нормализовался сон, снизилось чувство тревоги, улучшилось настроение.

Переносимость Лизиноприлу у 23 (92 %) больных была отличная. Нежелательные явления, требующие отмены препарата не зарегистрированы. У 2 больных (8 %) отмечено транзиторное головокружение возможно связанное с лечением лизиноприлом.

Выводы. 1. Применение лизиноприла позволяет достоверно снизить систолическое и диастолическое АД. При монотерапии лизиноприлом целевое АД достигнуто у 60 % больных.

2. Лизиноприл хорошо переносится больными, редко вызывает побочные реакции и его можно использовать для монотерапии у больных с мягкой и умеренной АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации 2007 года по лечению артериальной гипертонии. Рациональная фармакотерапия и кардиологии. – 2008. – С.2-76.
2. Константинов В.В., Жуковский Г.С., Оганов Р.Г. и др. Эпидемиология систолической и диастолической артериальной гипертонии в связи с факторами риска и образованием среди мужского населения в некоторых городах России, стран СНГ, Прибалтийских государств.// Терапевтический архив.-1994 – Т.66-№ 1. – С.54-57.
3. Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Гипертоническая болезнь. – Москва. – 2000.-118с.
4. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств.- Москва.- 2002.- С.45 – 48.
5. Арабидзе Г.Г. Фармакотерапия артериальной гипертензии.// Терапевтический архив.- 1997.- №8. – С.80 – 86.
6. Гороховская Г.Н., Завьялова А.И., Петина М.М., Зимаева Ю.О. Эффективность и безопасность лизиноприла в клинической практике.// Лечащий врач. – 2008.- №6.- С.25 – 30.
7. Мишушкина Л.О. Лизиноприл: применение в кардиологической практике. // Фарматека.- 2007.- № 12.-С.16 – 21.

УДК 615.32:615.89+582.998

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА АСТРОВЫХ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ РАЗНЫХ СТРАН

Ж.С.Токсанбаева, Г. А. Мухамеджанова

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Областной центр крови, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Мақалада Астерлер тұқымдасының өкілдерінің халық медицинасында қолданылу жөнінде мәліметтер берілген. Олардың жерүсті және жерасты бөліктерінде фитохимиялық зерттеулерінің нәтижелерінде әр түрлі топтарға жататын биологиялық белсенді заттар бар. Жүргізілген ізденістер Қазақстан флорасының Астерлер тұқымдасының өкілдерін медициналық тәжірибесінде кеңінен қолданылу мүмкіндігін көрсетеді.

SUMMARY

Onopordon acanthium L., Carduus nutans L., Arctium tomenrosum Mill. and Cozinia umbrosa L. are the plants that grow in different regions of South Kazakhstan. They accumulate a great deal of highly active biological compounds qualitatively and quantitatively and are of great interest for further in-depth study in order to introduce them in medical practice as herbal drugs.

The leaves and roots of first-to-second-year *Arctium tomenrosum* show no significant differences in the qualitative and quantitative contents of essential active substances, which is a prerequisite for the introduction of both leaves and roots into medical practice.

Астровые включают в себя не менее одной трети высших цветковых форм или около 30000 видов, принадлежащих к 1000 родам, широко распространенных по всему земному шару. На территории СНГ произрастает 224 рода и более 3500 видов, во флоре Казахстана встречается более 140 родов и около 790 видов представителей семейства.

Жизненная форма растений – одно-, дву- и многолетние травы и полукустарники, реже кустарники, лианы, деревья с очередными, иногда супротивными или мутовчатыми, реже только прикорневыми листьями, без прилистников. Опушение, которое имеет диагностическое значение, бывает тонко- и мягковолосистое, войлочное- или звездчатоволосистое, грубошетиновое, железистое.

Семянки обычно снабжены различными приспособлениями для распространения ветром, животными и другими агентами. Количество семян на одном растении часто бывает очень большим. Опыление Астровых происходит, в основном, при помощи насекомых, реже посредством ветра. Способы размножения – половое, апомиктическое и вегетативное. Вегетативное размножение осуществляется придаточными почками, стеблевыми корнями, партикуляцией, расщеплением корня, столонами, ползучими побегами.

Корзинки, одетые снизу оберткой из верхушечных мелких, чашевидных листочков, расположенных в один ряд, чаще черепитчато в несколько рядов – вид соцветия на общем цветоносе. Форма обертки определяет форму корзинки, которая может быть шаровидной, полушаровидной, цилиндрической, конической, яйцевидной, плоской. Корзинки снабжены ножкой (цветоносом) или бывают сидячие. На одном растении корзинка может быть одна, обычно их бывает несколько или много, образуя сложные соцветия (колосовидные, метельчатый, кистевидные, щитовидные, головчатые) [1].

Семейство Астровых - наиболее организованная в эволюционном отношении группа растений. Роль растений этого семейства в сложении растительного покрова Казахстана значительна. Его представители обитают в самых разнообразных географических и экологических условиях (ксерофиты, мезофиты, психрофиты, голофиты, хазмофиты, псаммофиты, метофиты и т.д.).

Богатый химический состав представителей семейства обуславливает их применение в качестве кормовых, медоносных, каучуконосных, инсектицидных и лекарственных источников.

В растениях семейства широко распространены фенольные соединения, почти во всех содержатся флавоноиды, производные оксикоричной кислоты, полисахариды. Часто встречаются терпеноидные соединения и эфирные масла. В последнее время выявлены представители, содержащие фитостеролы, а также вещества, обладающие иммуно-радиопротекторными свойствами [2,4]. Для семейства характерно содержание алкалоидов, особых лактонов, гликозидов и многих других соединений. Многие представители откладывают запасные углеводы в виде инулина. Известны также растения из числа Астровых, содержащие антибиотические вещества, действующие против различных видов стафилококка.

Медико-биологическое значение растений этого семейства велико и разнообразно. Большинство представителей служат источником для получения высокоэффективных лекарственных средств, используемых в отечественной медицинской практике для лечения и профилактики различных заболеваний. Препараты из растений семейства Астровых применяются в терапии заболеваний печени (фламин, танацихол), желудочно-кишечных путей (алантон, камефлон), входят в состав сборов и микстур для лечения злокачественных новообразований (сборы 1,2 для приготовления микстуры М.Н.Здренко), для лечения воспалений ротовой полости и органов дыхания (ротокан, ромазулан).

Растения различных родов семейства Астровых широко распространены на территории Казахстана. Целебные свойства татарника колючего отмечал еще Абу Али Ибн Сино, который считал отвар корня полезным при кровотечении у женщин, застарелой лихорадке, а также при болезнях желудка и печени [3].

В народной медицине некоторых стран дальнего зарубежья свежий сок татарника, чертополоха и лопуха применяют для профилактики метастазов после удаления злокачественных опухолей (при раке кожи), при язве желудка и 12-перстной кишки, красной волчанке, лишаях, скрофулезе.

Настой или порошок листьев и цветков татарника используются как мочегонное средство при болезнях мочевого пузыря и мочевыводящих путей; при угнетенном состоянии, а также как противовоспалительное средство, эффективны они и при болезнях глаз в офтальмологической практике.

Отвар корней лопуха и татарника употребляют в качестве вяжущего и мочегонного средства. В таджикской народной медицине листья татарника колючего употребляют как вяжущее, мочегонное и ранозаживляющее средство: при гнойных ранах, фурункулах, экземе, лишаях кашицу из свежих листьев с коровьим маслом прикладывают к ране. Известны сведения об использовании татарника колючего вместе с чистотелом большим при лечении гнойных ран, отеков воспалительного происхождения. Настоем из лепестков и цветков кузины лечат заболевания глаз [5].

В болгарской народной медицине отвар из травы татарника и кузины применяется при учащенном сердцебиении, кашле, астме, кожных заболеваниях. Существуют также сведения о применении в народной медицине отвара из листьев и цветочных корзинок растений при онкологических заболеваниях [6].

Для лечения фурункулеза рекомендуют использовать сок из свежих листьев, а из цветочных корзинок – при высыпаниях на коже и при вторичных кожных инфекциях [7].

Растения родов Татарник, Лопух, Кузиния и Чертополох используются в качестве лекарственных средств в народной медицине многих стран и народов, о чем говорят сведения из многих источников [8]. Так, например, в Башкирии отвар корней чертополоха народными целителями рекомендуется использовать как успокаивающее средство при конвульсиях у детей, расстройстве нервной системы и при испуге, эпилепсии, бессоннице, судорогах, кожных заболеваниях (псориазе, экземе).

Прием отвара из корней сочетается с приемом настоя из цветочных корзинок и листьев растений. В эксперименте установлено, что настой соцветий повышает устойчивость организма к воздействию некоторых неблагоприятных факторов внешней среды.

В русской народной медицине отвар травы чертополоха использовали как кровоостанавливающее средство, при нервных расстройствах, при гонорее, отвар соцветий и листьев применяли при золотухе. В народной медицине многих стран Запада и Востока отвар корней используют при лечении невротозов, бессонницы, эпилепсии. В народной медицине Беларуси, а также нанайской народной медицине применяют дым сухой травы для окуливания детей при испуге или в ваннах купают нервных детей; отвар верхушек растения дают пить детям при конвульсиях.

При бронхиальной астме рекомендуют курить высушенные измельченные листья чертополоха или дышать дымом от его листьев, положенных на тлеющие угли .

В китайской медицине соцветия применяют при простуде, кашле и ревматизме. В тибетской медицине и народной медицине Забайкалья препараты из соцветий или корней назначают при гастроэнтеритах, поносах, простуде, бронхитах, воспалении легких, а также как рвотное .

Свежий сок из листьев используется для промывания гнойных ран и язв для их быстреего заживления. Для этих целей рекомендуют прикладывать к ранам кашицу из свежей измельченной травы [8].

Все приведенные выше примеры широкого использования различных лекарственных форм из растений семейства Астровых при лечении различных заболеваний в народной медицине разных стран мира указывают на тот факт, что исследуемые растения относятся к тем, которые внедряются в официальную медицину из народной.

Следовательно, отсюда вытекает необходимость дальнейшего детального изучения малоизученных растений семейства Астровых с целью научного обоснования их применения в научной медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Растительные ресурсы СССР: цветковые растения, их химический состав, использование; семейство Asteraceae (Compositae). – СПб.: Наука, 1993. – С.140.
2. Селезненко Л.В., Осетров В.Д. Виды рода эхинацей как иммуностимуляторы //Тезисы докл. II Респ.конф. по медиц.ботанике. – Киев, 1988. – С.399-400.
3. Абу Али ибн Сино Канон врачебной науки. – Т.: изд-во мед.лит. им.Абу Али ибн Сино, 1996. – В 10 т. Т. 6-3 изд.- 320 с.
4. Бендер К.И., Гоменюк Г.А., Фрейдман С.Л. Указатель по применению лекарственных растений в научной и народной медицине /Саратовский ун-т. – С., 1988. - С.84-92.
5. Көкенов М.К., Әдекенов С.М., Рақымов Қ.Д. және б. Қазақстанның дәрілік өсімдіктері және оның қолданылуы. – Алматы: Ғылым, 1998. - 288 б.
6. Abdallah O.M., Ramadan M.A., Shanawany M.A. Phytochemical study of *Carduus nutans* L. (Asteraceae) //Bull. Fac. Sci. Assiat Univ. – 1989. – Vol.18, № 2. – P.69-76
7. Калинкина Г.И., Березовская Т.П., Дмитрук С.Е. и др. Перспективы использования в медицинской практике эфиромасличных растений флоры Сибири //Химия растительного сырья. – 2000.- 90 с.
8. Поиск стимулирующих препаратов среди растений рода бодяка и чертополоха. – изд.Естеств.-научн.ин-та при Пермск. Ун-те, 1973. - №1. – С.120-124.

УДК 615.15: 614.253

ОБ ЭТИКЕ И ДЕОНТОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТОВ И ПРОВИЗОРОВ

Ж. У.Гулимбетова

Провизор УМО ДНКБ РК по Кызылординской области и по г.Байконур, г.Кзыл-Орда

ТҮЙІН

Бұл мақалада қызметкерлерлерінің дәріхана келеушілермен өзара қатынасы туралы әңгімеленеді. Олардың кәсібі даярлығы дәріхананың жұмыс қорытындысына тікелей қатысы бар, өйткені медициналық ақпараттар көлемі жылдан жылға артып отыр.

SUMMARY

In clause is spoken about mutual relation of the chemist's workers with the visitors of drugstores. The increase of professional training them has an effect for productivity of job of drugstores, since volume of the medical information with each year grows.

Сегодня в практической деятельности фармацевтов произошли значительные изменения в связи с рыночными отношениями в экономике Казахстана. Переход из одной фармации в другую сказывается на взаимоотношениях продавца, поставщиков фармацевтической продукции и потребителей лекарственных средств, то есть населения. Как бы не складывались эти взаимоотношения, они стали предметом изучения специалистов фармацевтической отрасли. Фармацевтическая этика и деонтология изучает совокупность этических норм и принципов поведения фармацевтов и провизоров при выполнении ими прямых профессиональных обязанностей. Фармацевтическая деонтология в то же время тесно связана с медицинской, поскольку врач и провизор направляют свои профессиональные усилия на сохранение и укрепление здоровья человека. Специфическая особенность заключается в том, что провизор не лечит больного, а лишь оказывает ему помощь путем качественного и безотказного лекарственного обеспечения. Врач же целенаправленно проводит лечение для получения положительного результата.

Что же происходит во взаимоотношениях аптечных работников с посетителями аптек? Как нужно

строить их, чтобы две стороны остались довольными? Общаясь с больными и их родственниками, фармацевты (провизоры) должны соблюдать и следовать нескольким деонтологическим требованиям. Это своего рода конечный результат, который сказывается на объеме продаж лекарственных средств.

Если театр начинается с вешалки, то отношения покупателя с продавцом складываются из внешнего вида фармацевта, который в данном случае выступает продавцом. Аналитики в психологии считают, что почти в 80% случаев мнение о человеке складывается от первых произнесенных слов и внешнего вида. Первое впечатление складывается от белоснежного накрахмаленного халата, скромной прически, внешней подтянутости и аккуратности, опрятности и скромности сотрудника аптеки. Все вместе взятое создает предпосылки для установления доверительных отношений между провизором и больным, провизором и клиентом аптеки. В аптеку, как известно, заходят не только больные, но и здоровые люди, чтобы приобрести те или иные товары повседневного спроса.

Насколько поведение будет тактичным при выполнении функциональных обязанностей, настолько человек проникнется уважением к предоставленным услугам. Известно, чтобы клиент заглянул в аптеку, в сознании должен остаться приятный отпечаток. При этом следует помнить, что людям любого возраста свойственно раздражительность и внушаемость, повышенная требовательность и обидчивость. Чтобы иметь положительный результат, при общении с ними следует проявлять максимум чуткости, внимания и такта. В человеке должно быть все прекрасно, говорил Чехов. И потому при разговоре не раздражительными должны быть жесты и мимика, так как больные очень чувствительны к проявлениям недоброжелательности. А уж при решении внутренних конфликтов, споров между сотрудниками аптеки и /не хватало еще/ посторонние разговоры в присутствии клиентов, категорически запрещены. Приветливое обращение, вежливость, предупредительность, желание облегчить недуг способствуют укреплению авторитета фармацевта.

Если бы каждый из нас следил за своей речью, то не возникало бы множество вопросов. Доброе слово и кошке приятно, говорит народная мудрость. Доброе слово, тактичность и толерантность способны, порой, горы свернуть. Важным моментом может стать не только, что, но и как сказать. Одно лишь необдуманное слово может подорвать доверие больного, родственников больного, посетителя аптеки к фармацевту, нанести психические травмы, которые становятся причиной ятрогенных заболеваний. Информировав больных о порядке приема препарата, следует избегать употребления сложных медицинских терминов. Надо говорить понятно и в меру громко, а пожилым основные положения необходимо повторять несколько раз.

Человек должен не только уметь правильно говорить, но и уметь слушать другого человека, а, порой, и слышать, как изъясняются, к примеру, люди пожилого возраста. В аптеку зачастую заходят они с желанием поговорить о своих болезнях, в надежде услышать слова участия. Невнимание обижает их. Умение выслушать, посочувствовать, разделить чужую боль является важным деонтологическим требованием к фармацевту. Однако слушать не значит молчать: следует выразить свое отношение, причем не формально, иначе человек почувствует неискренность.

Впечатление об аптеке складывается от расположения лекарств, как это делается в магазинах, чтобы привлечь покупателей. Чтобы лекарства были доступны для обзора, необходимо подойти с профессиональной точки зрения, так называемого, мерчандайзинга, но и не забывать и профессиональную этику. В частности, нельзя выставлять на обозрение препараты, отпускаемые по рецепту врача.

Что покупают в аптеках в первую очередь? Если лекарственные средства имеют привлекательную упаковку, то глаза сами по себе находят этот препарат. И чтобы укрепить веру больного в назначенное лекарственное средство, необходимо уделять внимание его оформлению. Неправильный подход в оформлении может вызвать сомнение в ее качестве.

Главным в деятельности фармацевта и провизора являются разъяснения правил приема лекарственных средств. К примеру, при отпуске лекарственного средства аптечный работник должен подробно объяснить, как его хранить в домашних условиях, как и когда принимать, чем запивать, какой соблюдать режим приема. Надо осторожно, не внушая страха, предупредить о возможных побочных действиях препарата и объяснить, что при этом делать: прекратить прием, обратиться к врачу, уменьшить дозу. Следует также сказать больному о том, что некоторые побочные эффекты, включенные в аннотацию, встречаются крайне редко.

В начале статьи речь шла о том, что фармацевтическая деонтология и этика тесно связаны с медицинской. Фармацевт должен всемерно поддерживать авторитет врача для сохранения веры пациента в эффективность лекарственного средства. В присутствии больного, родственников больного недопустимо высказывание критических замечаний в адрес врача или выражение сомнений в целесообразности назначения. Не следует также сообщать клиенту аптеки об ошибках в рецепте: необходимо найти способ исправить их без ведома врачей. Желательно эти ошибки обобщать и предоставлять сведения о неправильно выписанных рецептах необходимо ставить в известность главных врачей лечебно-профилактических организаций.

Надо заметить, что повышение профессионального уровня сказывается на результативности работы. То есть не только иметь высокий уровень профессиональной подготовки, знать фармакологию и основы клинической фармакологии, ориентироваться в различных разделах клинической медицины, но и иметь возможность дать квалифицированную консультацию врачу. Одним словом, от квалификации провизора зависит здоровье человека. Чего греха таить, в эпоху рыночных преобразований объем медицинской информации возрос, номенклатура лекарств значительно увеличилась. К тому же многие хозяева аптек, не являющиеся провизорами

по специальности, не понимают важности информационной работы среди сотрудников, врачей и населения. Провизоры вправе требовать от владельцев аптечных организаций современных справочников, отраслевых журналов и газет, а также внедрения современных информационных технологий в виде компьютеров, всемирной паутины - Интернета. Что немаловажно для крупных аптек, иметь информационные центры с филиалами в ЛПУ в виде кабинетов медико-фармацевтической информации. Сегодня уже и врачи имеют свои каналы для ознакомления с новой продукцией фармацевтических компаний.

Вывод: всегда следует закреплять полученные знания. Обучение на курсах повышения квалификации, научные семинары, обучающие тренинги только способствуют повышению профессионального уровня, несомненно сказывающиеся на объемах продаж и повышении рентабельности аптек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин П.В., Карташова О.В., Зайцева З.И. Этический кодекс фармацевтического работника // Фармация. – 1997, № 2. – С. 37 – 39.
2. Шудабаев Ш.Ш., Переверзев В.Г., Каманова М.К., Сагит Н.А. Морально - этический кодекс работника системы «Фармация» Республики Казахстан // Новое в медицине и фармации, Алматы – 2003. - № 2, - С.35.
3. Герасимова О. Ю., Калинина Н. В. Исследование индивидуально – психологических свойств работников первого стола // Фармацевтическое дело – прошлое, настоящее, будущее: сб. - М.: РУДН. – 2002. - С. 61 - 64.
4. Герасимова О.Ю. Нравственная культура провизора как основа фармацевтического профессионализма // Фармацевтическое дело – прошлое, настоящее, будущее: сб. - М.: РУДН. – 2002. - С.58 - 60.
5. Алова Н. Н., Марченко Е. А., Бараева В. В. Портрет будущего провизора // Новая аптека. – 2001, № 5. - С. 31-32.

УДК 616.71-007,234:615. 276

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МОВАЛИС» У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

А.К. Бекенова

Городская поликлиника №2 г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада «Мовалис» препаратын тізе буындары остеопорозымен ауыратын науқастарға қолдану жайында айтылған. Препарат науқастарды емдеуде өте жоғары нәтиже көрсетті, әрі қауіпсіз.

SUMMARY

The article says about the use of preparation Movalis for the patients that have degenerative knee joint disease. The preparation showed a great effectiveness and so it is for safe treatment of patients.

Остеартроз (ОА) это часто встречающееся заболевание суставов, которое обычно манифестирует в возрасте старше 40 лет. Распространенность ОА увеличивается с возрастом. Так, среди лиц в возрасте 65 лет заболевание диагностируется в 50%, а в возрасте 75 лет в 80% случаев. Основным клиническим симптомом ОА является болевая, для уменьшения которого активно применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Они обладают сочетанием противовоспалительного и анальгетического действия. Основным механизмом действия НПВП, определяющим их эффекты и токсичность, является подавление активности циклооксигеназы (ЦОГ).

Длительная терапия (НПВП) может быть причиной целого ряда побочных эффектов, в первую очередь со стороны ЖКТ, которые могут проявиться диспепсией, развитием эрозивного гастрита, дуоденита, образованием язв и их прободением, желудочными кровотечениями. Кроме того (НПВП) обладают нефро и гепатотоксичностью, способствуют задержке жидкости и развитию сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, обладают дистрофогенным действием на миокард, воздействуют на метаболизм клеток мозга. Возможны гематологические нарушения вплоть до тяжелой агрегации тромбоцитов, аллергических реакций и бронхообструктивного синдрома – «аспириновая» астма.

При выборе (НПВП) и его суточной дозы следует учитывать активность воспалительного процесса, эффективность и переносимость конкретных препаратов, возможность их сочетания с другими видами терапии, наличие сопутствующих заболеваний.

Существенное снижение нежелательных явлений (НПВП) стало возможно с появлением препаратов преимущественно воздействующих на одну из изоформ ЦОГ - ЦОГ-2. К таким препаратам относится «Мелоксикам» («Мовалис») компании «Берингер Ингельхайн фарма» (Германия).

Нами проведено наблюдение за 18 пациентами с ОА коленных суставов.

Для исследования пациенты подбирались по следующим критериям:

1. Возраст старше 40 лет.
2. Первичное обращение при длительности суставного синдрома не более 3-х месяцев.

3. Наличие одного из следующих симптомов: Боли и крепитация в коленных суставах, утренняя скованность менее 30 минут явление синовита.

Критериями исключения был высокая активность воспалительного процесса, признаки иного ревматического заболевания, период обострения язвенной болезни желудка или 12 перстной кишки, тяжелая сопутствующая патология.

Для более быстрого получения лечебного эффекта проводилась «ступенчатая» терапия, которая заключалась во в/м введении 15 мг Мовалиса в первые 3 дня лечения, а затем переводе больных на пероральный прием препарата в дозе 15 мг в сутки в течение 20 дней.

Больные распределялись следующим образом: женщины- 13, мужчины - 5, средний возраст которых 60 ± 2,5 года. Длительность заболевания была в среднем от 6 месяцев до 1,5 лет. Эффективность терапии оценивалась в течение 20 дней по динамике боли в суставах, а безопасность препарата на основании данных о нежелательных явлениях пациента по рентгенологическим стадиям распределялись следующим образом:

II стадия - 14 чел. III стадия - 4 человека.

По завершении полного курса «ступенчатой» терапии у больных с ОА коленных суставов эффект лечения оценен как «очень хороший» и «хороший». Боли в суставах исчезли полностью и улучшилась функциональная активность пациентов: у 7 пациентов - 38,8%, как «удовлетворительный», у 10 пациентов - 55,6% и у 1 пациента - лечение не привело к улучшению - 5,6%.

Нежелательные явления были зарегистрированы у 2-х больных (11,1%), у одного больного на 5-й день лечения появилось головокружение, тошнота, у одного больного на 17 день - расстройство стула. Прием Мовалиса пер os прекращен у одного больного ОА (головокружение, тошнота). В целом переносимость «ступенчатой» терапии Мовалисом оценена как «очень хорошая» и «хорошая».

При назначении Мовалиса в/м только у двух пациентов после первой инъекции в месте введения отмечалась болезненность при пальпации, что не требовало прекращения лечения.

Выводы: 1. Препарат «Мовалис» продемонстрировал высокую эффективность в лечении больных ОА коленных суставов. 2. «Мовалис» обладает выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектом. 3. Низкая частота нежелательных явлений свидетельствует о безопасности «ступенчатой» схемы лечения препаратом «Мовалис». 4. Отмечена хорошая переносимость препарата «Мовалис»

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. «Современное учение о селективных ингибиторах ЦОГ-2. Новые аспекты применения «Мовалиса». Научно-практическая ревматология 2001г.».
2. Цветкова Е.С. и др. «Влияние современной терапии на прогрессирование ОА коленных суставов научно-практическая ревматология 2005г.».
3. Насонов Е.Л. Ныонова В.А. «Ревматология М ГЭОТАР медиа 2008г.»
4. Цветкова Е.С. «Оценка эффективности новой схемы применения Мовалиса при остеоартрозе и ревматоидном артрите. Данные многоцентрового российского исследования» Научно-практическая ревматология, 2005г.
5. «Мовалис в ревматологической практике». «Трудный пациент №4 2007г.

УДК 616.12 – 008.331.1:615.224: 612.396.20

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «КАРДИЛОПИНА» В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А.К. Бекенова

Городская поликлиника №2, г. Шымкент

ТҮЙІН

Емханалық тәжірибеде метаболикалық синдроммен үйлесетін артериялық гипертензиямен ауыратын науқастар жиі кездеседі. Амбулаториялық тәжірибеде препаратты тәулігіне бір рет қабылдау, жанама эффектілерінің аз көлемде болуы, монотерапияны пайдалану мүмкіншілігі және препараттың бағасы қол жетерліктей болуы айтарлықтай маңызды. Жоғарыда аталған талаптарға Венгриялық «Эгис фармацевтикалық заводы» АҚ-ы өндіретін, құрамындағы әрекетті заты - амлодипин болып табылатын, «Кардилопин» препараты сәйкес келеді.

SUMMARY

In polyclinic practice there are a lot of patients with arterial hypertension which combines with metabolic syndrome. A single twenty – four hours dose of preparation, a minimum of side effects, a possibility of monotherapy and an easy access to the preparation have a great importance in out – patients practice. The preparation «Cardilopin» (pharmaceutical plant «EGIS», Hungary) meets all requirements listed above. The active substance is amlodipin.

Метаболический синдром включает наличие сахарного диабета II типа или нарушения толерантности к глюкозе из двух перечисленных ниже патологических состояний: ожирение по абдоминальному типу,

артериальная гипертензия, дислипидемия со снижением уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) гипертриглицеридемия и /или микроальбуминурия.

Различные компоненты метаболического синдрома в лечении многих лет рассматривались как факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Сегодня в поликлинической практике довольно часто встречаются больные с артериальной гипертензией, сочетающейся с метаболическим синдромом. Задачей врача при лечении этой группы пациентов является не только эффективное снижение АД, но и лечение сопутствующей патологии, а в этом случае большое значение необходимо придавать безопасности антигипертензивной терапии. Безопасность антигипертензивной терапии имеет две составляющие: свойства самого лекарственного препарата и возможность использовать препараты в качестве монотерапии (чем меньше препарата, тем меньше риск лекарственного взаимодействия). Немаловажное значение в амбулаторной практике имеет приверженность больных к лечению. А на приверженность к лечению влияют в первую очередь такие факторы: однократный прием препарата в сутки, возможность монотерапии, минимальное количество побочных эффектов и доступность препарата. Всем вышеперечисленным условиям отвечает препарат «Кардилопин» производства АО «Фармацевтический завод Эгис» Венгрия. Действующее вещество – амлодипин.

«Кардилопин» - это антагонист кальция дигидропированного ряда. Основное фармакологическое действие «Кардилопина» связано с расслаблением гладкой мускулатуры сосудов посредством блокады кальциевых каналов. От других антагонистов кальция он отличается более предсказуемой эффективностью благодаря высокой биодоступности (83%), незначительным различием в максимальных и минимальных концентрациях препарата в плазме на протяжении суток. Мягкое и длительное действие препаратов, позволяющее назначать его 1 раз в сутки, обеспечивает высокую приверженность пациентов к лечению.

Цель исследования – определить эффективность и безопасность антагонистов кальция III поколения.

Материалы и методы. Наблюдалось 26 больных с АГ II- III степени и сопутствующим заболеваниями: Стенокардия -3; СД II типа – 10; УЗВ – 5; ХОБЛ -3; СН – 3 поражение периферических артерий нижних конечностей. Средний возраст больных 68,3±1,9 лет. Продолжительность наблюдения 1 год. Больные получали кардилопин в дозе 5 мг 1 раз в сутки..

Безопасность проведенной терапии оценивалась на основании утяжеления сопутствующей патологии. Эффективность терапии оценивалась на основании динамики ВД (целевое давление ВД/80 мм).

Результаты наблюдения – у 16 больных (61,52) в результате проводимой 4-недельной монотерапии отмечен удовлетворительный гипотензивный эффект. У 6-ти больных (23%) АД снизилось, но осталось выше 135/85мм; у 4-х больных (15,4%) началась комбинированная терапия в связи с тяжестью сопутствующих патологий. В группе пациентов с сопутствующим сахарным диабетом через четыре недели лечения кардилопина не отмечено изменения уровня глюкозы, но зато отмечено снижение микро альбуминурии в 1,5 раза (это нефропротекторное действие кардилопина). У больных с сопутствующими ХОБЛ через четыре недели лечения пиковая объемная скорость увеличилась на 12%. У больных с сопутствующим поражением сосудов головного мозга – через четыре недели отметилось улучшение когнитивных функций. У больных с заболеванием периферических сосудов – через четыре недели лечения кардилопином повысилась устойчивость к физическим нагрузкам.

У больных с ХСН через четыре недели не отмечалось прогрессирование СН. У больных с сопутствующей стенокардией через четыре недели отмечалось снижение приступов стенокардии на 75%, уменьшилось количество употребляемого нитроглицерина на 60%. Побочные эффекты: головная боль- у 2-х больных, отек голени у 1-го больного. Снижение доз препарата в 2 раза позволило избавиться от этих симптомов.

Выводы: 1. Кардилопин в качестве монотерапии АД с сопутствующей патологией (стабильная стенокардия, СД II типа, ЦВБ, ХОБЛ ; СН...) эффективность 65,5%.

2. У больных АГ, сочетающейся со стабильной стенокардией, СД 2-го типа, ЦВБ, ХОБЛ, кардилопин не только не утяжеляет сопутствующие патологии, но даже улучшает его течение, что говорит о безопасности применения кардилопина у пациентов с АГ и вышеперечисленными сопутствующими заболеваниями.

3. У больных с АГ, сочетающейся со стабильной стенокардией, СД 2 типа, ЦВБ, ХОБЛ, СН, патологией атеросклероза периферических артерий на фоне приема кардилопина, достоверно улучшилось качество жизни.

4. Ни одному из пациентов не потребовалась отмена препарата, что говорит о его безопасности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисова Е.Н., Воронков Л.К. и др. Лечение больных с сердечной патологией. Инструкция для врачей-практиков., г. Донецк, 2001.
2. Марцевич С.Ю. Изучение терапевтической эквивалентности двух препаратов (амлодипин оригинального и воспроизведенного) у больных с АГ.// Русская кардиология, №4, 2009.
3. Мошковский А.М. Место дженериков в лекарственном обеспечении. //Фармацевт, №3, 2003.

УДК 616.248-07:616.21/233-099.812

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ*М.А. Моренко**АО «Медицинский университет Астана», г. Астана***ТҮЙІН**

Осы жұмыста бронх демікпесімен 148 ауырған балалардың зерттеу нәтижелері көрсетілген. Олардың ішінен: 75 науқас жергілікті стероидпен бірге глицирризин кышқылын қабылдады және 73 бала тек қана базисті ем қабылдады. Осы мақалада нәтижелердің талқылауы жеткізілген.

SUMMARY

The aim of our study was to improve the results of bronchial asthma treatment in children. We studied 148 children, from that control group (73), was treated by local inhaler steroids and experimental group (75) was treated by combination of inhaler steroids with glizyrriza preparation ruvimin. Beneficial results of combined treatment are discussed.

Введение. Проблема бронхиальной астмы продолжает оставаться актуальной во всем мире, несмотря на многочисленные исследования и достаточный объем лечебно-профилактических мероприятий. В детском возрасте бронхиальная астма является одной из самых распространенных хронических заболеваний [1,2,3].

По результатам ряда исследователей распространенность бронхиальной астмы в Республике Казахстан варьирует от 1,2% до 9,2%, что обусловлено не только влиянием внешних региональных факторов, но и использованием различных методов диагностики [4-6]. Однако, как показывают практически все исследования, проводившиеся в рамках программы ISAAC (Internacional Study of Astma and Allergy in Children) во всех регионах планеты, истинная заболеваемость бронхиальной астмой оказалась значительно более высокой, чем данные официальной статистики [7]. Расхождения между данными официальной статистики по обращаемости и результатами эпидемиологических исследований связаны также с гиподиагностикой бронхиальной астмы в различных возрастных группах.

Анализ эпидемиологических исследований по городу Астане показал, что в структуре распространенности аллергической патологии бронхиальная астма находится на 2 месте (6,3+0,03%), уступая аллергическому риниту (13,6+0,19%) [8].

Несмотря на использование все более эффективных средств для проведения противовоспалительной терапии респираторных аллергозов, до трети больных продолжают жаловаться на сохранение симптомов заболевания даже при ее проведении в адекватной возрастной дозировке.

К сожалению, лечение ингаляционными кортикостероидами, являясь наиболее эффективным из применяемых в настоящее время, обладает и целым рядом побочных свойств, включая угнетение оси «гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников», формирование локального кандидоза и другие [9-10]. В связи с этим одним из направлений фармакотерапевтических исследований является поиск подходов, направленных на снижение дозы используемых стероидов для достижения достаточного клинического эффекта.

Одним из таких подходов может быть совместное назначение традиционных противовоспалительных препаратов – локальных кортикостероидов и препаратов солодки, противовоспалительные свойства которой также известны из литературных данных [11-14].

В качестве примера нами был выбран отечественный препарат «Рувимин», который был разработан в лаборатории химии природных соединений Института химических наук им. А.Б. Бектурова МОН РК (РК–ЛС-3 №004956 «Рувимин», в таблетках по 0,1 г.). В составе 1 таблетки данного препарата: Биосластин - 0,100 г, кислота винная пищевая – 0,195 г, натрия гидрокарбонат – 0,100 г, кальция стеарат – 0,005 г. Действующее начало препарата Биосластин – сухой очищенный экстракт корня солодки с содержанием 80% глицирризиновой и около 20% других биологически активных веществ. По результатам ряда исследователей, данный препарат обладает широким спектром фармакологической активности, проявляя противовоспалительный, антиоксидантный, иммуностимулирующий эффекты на организм [15-16].

Настоящее сообщение посвящено определению целесообразности использования препарата «Рувимин» на фоне стандартной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в аллергоцентре «Умит» и клинике кафедры детских болезней №1 АО «Медицинский университет Астана» на базе городской детской больницы №2 г. Астаны находились 148 детей с различной степенью тяжести бронхиальной астмы в возрасте от 6-14 лет.

Для проспективного исследования нами были сформированы две группы пациентов: группа пациентов №1, получавшие стандартную базисную терапию и таблетку плацебо (n=75); группа пациентов №2 (n=73), получавшие наряду с аналогичным спектром базисной терапией, получали препарат «Рувимина» в дозе 100 мг/кг 3 раза в сутки. Продолжительность терапии «Рувимином» составила 30 дней. Длительность наблюдения за пациентами исследуемых групп продолжалась в течение года. Критериями для включения в

группу исследования помимо возраста, были верификации диагноза бронхиальная астма, легкое, среднетяжелое, тяжелое течения заболевания. Критерии исключения из группы исследования тяжелое течение заболевания с использованием системных глюкокортикоидов более 6 месяцев.

Все наблюдаемые пациенты получали в качестве базисной терапии флютиказона пропионат (Flixotid, «СлахоSmithKline», Великобритания) в виде дозированного ингалятора. В зависимости от степени тяжести течения БА, суточная доза препарата составляла в среднем 200-400 мкг. Для купирования приступа по требованию пациенты получали β2-адреномиметик короткого действия — сальбутамол.

Рандомизированное распределение по группам проводили в компьютерной программе «Монте Карло» (выпадение случайных цифр) [17]. Для оценки эффективности терапии использовали вторичные (суррогатные) точки — среднесуточная доза флютиказона пропионата, измерение пиковой скорости выдоха. Дополнительный тест - исследование показателей мукоцилиарного клиренса мерцательного эпителия слизистой полости верхних дыхательных путей.

Во всех случаях регистрировали нежелательные лекарственные реакции. На фоне приема препарат «Рувимин» нами не было зарегистрировано побочного действия препарата.

Обследование включало мониторинг пиковой скорости выдоха в течение всего периода наблюдения, оценку качества жизни по специально разработанной анкете, изучение мукоцилиарного клиренса (МКЦ), активности β2-адренорецепторов и параметров иммунного статуса. Диагноз бронхиальной астмы ставили соответственно международным критериям на основании выявления обратимой бронхиальной обструкции, подтверждаемой в функциональных тестах. Наличие специфической сенсибилизации к атопическим аллергенам выявлялось методами кожно-аллергического тестирования.

Для сравнения показателей пиковой скорости выдоха у детей опытных групп с контролем были использованы разработанные нами ранее для столичного региона нормативы [18]. В плане получения нормативов мукоцилиарного клиренса были обследованы 30 детей аналогичного пола и возраста. Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием t-критерия достоверности различий групп Стьюдента и Ойвина И.А [19].

Результаты и обсуждение. По данным литературы известно, что глицирризиновая кислота является синергистом кортизона, так как ее производные снижают активность фермента β-редуктазы и дельта-4,5-альфа редуктазы [20]. При назначении этого препарата метаболизм кортикоидных гормонов в организме подавляется, а продолжительность их действия нарастает [21]. Кроме того, стероидоподобное действие производных глицирризиновой и глицирретовой кислот объясняется тем, что отдельные элементы их структуры очень похожи на строение кортикостероидных гормонов [22].

Собственные исследования показали, что в 1 группе удалось снизить дозу ингаляционных глюкокортикостероидов на 14,8±3,1%. Положительный эффект от применения препарата заключался в сокращении количества дневных и ночных приступов, нарастании абсолютных показателей ПСВ и снижении выраженной вариабельности. У большинства более эффективно нормализовались показатели МКЦ. Особо ценным эффектом от нарушенной чувствительности β2-адренорецепторов, обусловленное избыточным применением сальбутамола.

Динамика показателей пиковой скорости выдоха и суточной дозы ИГКС у детей на фоне лечения

Таблица 5

№	Группы пролеченных больных	Кол-во детей (n)	Показатели ПСВ (л/мин)		Среднесуточная доза ИГКС (mkg)	
			До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1 гр.	Дети, получавшие базисную терапию (флютиказона пропионат)	75	200,0 ± 20,5	223,3± 20,3	352,2± 22,5	300,6± 23,6
2 гр.	Дети, получавшие базисную терапию и «Рувимин» Р	73	208,3± 20,1	264,7± 28,7	358,7± 22,1	234,3 ± 18,4
				<0,05	<0,05	<0,001

Примечание: Р - достоверность различий показателей между группами

Из представленных собственных данных видно, что в группе детей, получавших наряду с ингаляционными глюкокортикостероидами еще и «Рувимин», удалось добиться снижения дозы стероидов с 300,6 до 234,3 мкг/сутки, то есть на 29,4%. Это различие оказалось статистически достоверным ($P < 0,001$). Одним из критериев эффективности проводимого лечения бронхиальной астмы является снижение потребности в использовании ингаляционных β_2 -адреномиметиков. Наши исследования показали, что у детей, получавших комбинированное лечение флютиказоном пропионат и «Рувимином», потребность в использовании сальбутамола сократилась с 2,10 до 1,43 ингаляции в сутки. Это различие было высоко статистически достоверным ($P < 0,001$).

Динамика показателей суточной потребности в использовании β_2 -адреномиметиков в/сутки у детей на фоне лечения

Таблица 6

№	Группы пролеченных больных	Кол-во детей (n)	Потребность в использовании β_2 -адреномиметиков в/сутки (n)	
			До лечения	После лечения
1 гр.	Дети, получавшие базисную терапию (флютиказона пропионат)	75	2,51 \pm 0,1	2,10 \pm 0,1
2 гр.	Дети, получавшие базисную терапию и «Рувимин» P	73	2,60 \pm 0,1	1,43 \pm 0,1 <0,001

Примечание: P - достоверность различий показателей между группами

Средние показатели пиковой скорости выдоха у детей, получавших препарат глицирризиновой кислоты, по сравнению с показателем у детей, получавших только традиционную терапию бронхиальной астмы, оказались на 31,8% более высокими также при наличии статистической достоверности указанных различий ($P < 0,05$).

Несколько неожиданными для нас оказались результаты исследования показателей мукоцилиарного клиренса (Рис. 1). Если у детей контрольной группы (3 группа) показатель МЦК составил 9,9 \pm 0,2 мин, то у больных бронхиальной астмой до лечения он был равен 16,6 \pm 0,4 мин ($P < 0,001$). В ходе лечения флютиказоном пропионат показатель снизился до 14,7 \pm 0,3 мин ($P < 0,001$), различаясь, таким образом, по сравнению с исходным параметром в 1,13 раза. Однако, этот показатель оказался в 1,15 раза выше, чем у детей бронхиальной астмой, получавших наряду с флютиказоном пропионат еще и «Рувимин».

В работе нами также проводилось изучение биологических маркеров выраженности воспалительного процесса при аллергопатологии [23]. Были изучены уровни эозинофилов низкой (ЭНП) и высокой плотности (ЭВП). В результате комбинированной противовоспалительной терапии отмечено значительное снижение активности аллергического воспаления. В динамике через 3, 6 месяцев от начала лечения было выявлено определенное снижение ЭНП в обеих группах. Так, через 3 месяца от начала терапии у больных 1 группы уровень ЭНП составил 86,4 \pm 11,0, тогда как, во 2 группе 103,4 \pm 13,8 на 1000 клеток. Через 6 месяцев после проведения комбинированной терапии количество ЭНП в 1 группе составило 58,7 \pm 11,8, во 2 группе – 88,5 \pm 12,0. Следует отметить, что если достоверное различие уровней ЭНП и ЭВП после лечения составило $P < 0,001$. В отношении абсолютного количества ЭВП следует отметить, что до лечения их уровни в обеих группах были повышены: в 1 группе – 169,2 \pm 17,1, во 2 – 165,3 \pm 13,1. Через 3 месяца после проведенного лечения количество ЭВП у пациентов 1 группы снизилось до 136,8 \pm 12,4, 2 группы – 152,2 \pm 13,5. Полученные данные позволяют сделать следующее заключение, что комплексная терапия бронхиальной астмы с использованием препарата глицирризиновой кислоты в большей степени способствовала снижению аллергического воспаления, что проявлялось снижением абсолютного количества эозинофилов, особенно низкой плотности.

Таким образом, лечение препаратом глицирризиновой кислоты «Рувимином» не только способствовало более эффективной реабилитации детей с бронхиальной астмой, включая повышение параметров функции внешнего дыхания, но и благоприятно влияло на состояние верхних дыхательных путей, способствуя, по-видимому, снижению выраженности аллергического воспаления. Комбинированное использование противовоспалительных препаратов и глицирризиновой кислоты дает выраженный эффект в плане улучшения клинического состояния детей, нормализации иммунологических показателей у больных бронхиальной астмой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Испаева Ж.Б. Бронхиальная астма, что нового в терапии? // Сб. тез. V Междун. Науч. – практ. конф. «Астма и аллергия». - Алматы. – 2005.- С. 54-56.
2. Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д. (ред.). Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. М.: 2005. - Вып.5. – 356 с.
3. Duncan K. Acute asthma in children of school age // BMJ 2010. - doi:10.1136/bmj.;340:c .988
4. Сыздыкова А.С., Жаксылыкова Г.А., Розенсон Р.И. Распространенность и структура респираторных аллергозов у детей Восточного региона Казахстана // Современные проблемы педиатрии и детской хирургии: сб. науч. тр. респ. конф. – Алматы. - 2002. – С.100-101.
5. Тулеутаева Г.К., Кикимбаева Р.К., Ертусаева Г.К. и соавт. Особенности бронхиальной астмы у детей Восточного региона Казахстана // Тезисы докл. IV Междун. конгр. пульмонологов Центральной Азии. – Астана. – с.46
6. Жаксылыкова Г.А., Тыныбеков А.С., Сыздыкова А.С. и соавт. Сравнительный анализ распространенности бронхиальной астмы среди школьников в отдельных городах Казахстана // Сб. науч. тр. междун. Конф. «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям», Алматы, 2005. – с. 86-88
7. Sundaru H. Epidemiology of asthma // Acta med Indones. - 2005. - Vol.37. -N.1- P.1-2
8. Скучала Л.Н. Бронхиальная астма у детей: клинико-эпидемиологическая характеристика, оптимизация диагностики и лечения: автореф....докт. мед. наук: 14.00.36. – Астана. Казахская государственная медицинская академия.- 2005. – 55 с.
9. Nippon Rinsha Sudden asthma dekt: etiologi and prention // Med.I.- 2005/ Jul; 63(7): 1214-9.
10. Нишева Е.С. Ингаляционные глюкокортикоиды. // С-П. - 2000. - 43 с.
11. Didonato A. J., Saatciogly F., Karin M. Molecular mechanisms of immunopression and antiinflammatori activities by glucocorticoids. // Am. J. Resper. Crit Care Med. – 2002 – Vol. 150.
12. Арыстанова Т.А., Айнабаева Ш.А., Филиппович Г.С., Ордабаева С.К. Новые противовирусные и иммуномодулирующие препараты на основе компонента корня солодки// Материалы III Международного Междисциплинарного Конгресса «Нейронаука для медицины и психологии». – Судак, Крым, Украина. – 2007. – С.45-47
13. [Kelly-Pieper K, Patil SP, Busse P, Yang N, Sampson H, Li XM, Wisnivesky JP, Kattan M. Safety and tolerability of an antiasthma herbal Formula \(ASHMI\) in adult subjects with asthma: a randomized, double-blinded, placebo-controlled, dose-escalation phase I study. // J Altern Complement Med. 2009 Jul;15\(7\):735-43.](#)
14. Кузденбаева Р.С., Хайруллина З.С., Есенжулова А.Б. Перспективы применения масла солодки при бронхиальной астме // в кн.: Материалы междун. конф. «Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии». – 2005. – С. 112-119.
15. Арыстанова Т.А. Создание отечественного гепатопротектора препарата корня солодки // Фар. бюллетень. - 2001. - №3. – С.12-14
16. Исаева Л.З, Аскамбаева К.А., Хабижанов Б.Х., Северова А.Е. Абдукаримов Б.У. Использование рувимина у детей с артериальной гипотензией // Сборник материалов V Международного конгресса кардиологов тюркоязычных стран. – Алматы. - 2005. – С. 116
17. Сапарова Л.Т., Карибжанов А.А., Розенсон Р.И. Прогностическое значение типов суточных кривых пикового потока при бронхиальной астме.// Астана медициналык журналы. - 2003. - №1.- С.72-74
18. Плохинский Н.А. Биометрия. – М.: Изд-во МГУ.1990. – 470 с.
19. Prete C.D., Romagnani S. The role of Th1 and Th2 subsets in human infectious diseases. // Trends Microbiol. - 2004.- Vol.2.- P.16-19
20. Nagao Y., Sata M., Suzuki M. et al. Effectiveness of glycyrrhizin for oral lichen planus in patients with chronic HCV infection. // J. Gastroenterol. – 2002.- Vol. 16.- P.168-172
21. Kroes В.М., Beukelman С.Ј., Van Den Berg А.Ј. et al. Inhibition of human complement by beta- glycyrrhetic acid. // Immunology.- 2003.- Vol.60.- P.118-120
22. Is the pharmacology of corticosteroids in the lung modified by age?// Med. J Aust.- 2005/ Jul. 4; 183 (1 Suppl): S. 47-8
23. Берестецкий А.Б., Лещенко И.В., Бельтюков Е.К., Попова С.Д., Кардашина И.А. Различия свойств эозинофилов крови у больных бронхиальной астмой, атопическим дерматитом и описторхозом // Пульмонология. – 1997.- №4.- С.34-42

ОБЗОРЫ

УДК 612.215.4:616-002.153-053.5 (57451) К 31

ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ

*Д. Е. Жайсакова, Б.А.Неменко, С.Ж.Карымсакова, А.А. Шакаралиев
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

ТҮЙІН

Мектеп жасындағы балаларда жоғарғы тыныс алу жолдарының жағдайына атмосфералық ауаның әсері Бүгілген әдебиеттер Алматы қаласындағы атмосфералық ауаның ластануын кәуелейді. Сол себепті жаңа заманға сай жасөспірімдердің жоғарғы тыныс алу жолдарын қабынуына жол бермеу.

SUMMARY

This article deals with a problem of the influence of air on a condition of schoolchildren upper airways.

Statistics says that unfavorable factors of ecology lead to the diseases of teenagers, restrain their social adaptation, make worse, their physical development and morphofunctional condition of organism. That's why it's necessary to keep vigilant watch on the diseases of upper airways in Almaty.

В настоящее время одной из важных задач медицинской науки и практического здравоохранения является изучение особенностей патологии верхних дыхательных путей, связанной с воздействием вредных факторов окружающей среды, во многих регионах Республики Казахстан экологическая ситуация оценивается как опасная для здоровья.[1,2].

По современным представлениям, окружающая среда это совокупность химических, физических, биологических и социальных факторов, влияющих на жизнедеятельность организма. В условиях научно-технической революции это влияние возрастает и нередко становится вредным из-за загрязнения воздуха, воды, почвы выбросами промышленных предприятий, транспорта и др. Возрастает и роль и социальных факторов [3,4,5].

Верхние дыхательные пути, подобно кожным покровам и слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, являясь пограничной зоной между внешней и внутренней средой организма, приходят в соприкосновение неблагоприятным факторами внешней среды раньше других органов и они, прежде всего, подвергаются поражению, которое может являться одним из более ранних признаков интоксикации организма [6,7]

Наиболее чувствительными к воздействию неблагоприятных факторов среды (природных, химических, физических) в силу особенностей их роста и развития являются подростки. Отмечено, что подростки с неблагоприятной гигиенической ситуацией чаще страдают заболеваниями различных органов, в том числе заболеваниями верхних дыхательных путей. [8,9]

Организм подростков подвергается воздействию одновременного ряда факторов, и контактирует с целым набором химических веществ, поступающих в организм различными путями, в частности через верхние дыхательные пути. Это усложняет проблему профилактики и лечения болезней, связанных с вредными воздействиями токсических веществ [10, 11, 12,13].

Проблема заболеваемости верхних дыхательных путей при длительном воздействии ксенобиотиков в малых дозах оказалась намного шире, чем представлялась до сих пор. Ранние проявления экопатологии характеризуется отсутствием специфических признаков и симптомами, не свойственными определенной болезни. Чаще всего на ранних этапах экологически детерминированные состояния и болезни проявляются в виде функциональных отклонений, общих симптомов и признаков нездоровья, которые трудно уложить в четкий диагноз болезни. Поэтому они часто трактуются врачами как интоксикация [14,15].

Данные литературы свидетельствуют, что неблагоприятные экологические факторы, приводя к росту заболеваемости подростков, ограничивают их социальную адаптацию, ухудшают физическое развитие и морфофункциональное состояние организма, повышают риск возникновения хронической патологии [16,17,18]. По характеру патологического процесса чаще всего встречаются катаральные и суб - атрофические изменения, реже - явления гипертрофии. Что касается локализации, то наиболее частой патологией являются хронические риниты, реже встречаются фарингиты и еще реже - ларингиты [19].

Регистрируется увеличение числа подростков, страдающих субатрофическими заболеваниями верхних дыхательных путей. Отмечается, что субатрофические процессы являются патологией, мало характерной для подростков, и встречаются обычно у взрослых, работающих в условиях вредного производства. Наличие большого числа школьников с субатрофическими фарингитами, по-видимому, объясняется длительным воздействием промышленных выбросов [20].

Загрязнение воздуха оказывает неблагоприятное влияние на состояние слизистых верхних дыхательных путей, поскольку они являются первой мишенью для вредных факторов окружающей среды. Прежде всего отмечается раздражающее действие на слизистые оболочки, что объясняется их высокой чувствительностью. В работах Н.В. Стецюк с соавт. (1990) имеются указания на высокую частоту заболеваний верхних дыхательных путей в виде атрофических ринитов, фарингитов и гайморитов у лиц, подвергающихся комбинированному воздействию пестицидов [21].

В г. Оренбурге наиболее высокий уровень заболеваемости верхних дыхательных путей ($p < 0.05$) был зарегистрирован в районе с наиболее высоким загрязнением атмосферного воздуха. При оценке корреляционных зависимостей были определены, наибольшие прямые связи с концентрациями в атмосферном воздухе диоксида азота, ванадия и диоксида серы. [22]

Шамовой А.Т. и соавт. (1995) выявили распространенность заболеваний верхних дыхательных путей у 90,7% , проживающих в районах с различным уровнем загрязнения воздушного бассейна [23].

Воробьева А.И. и соавт. (1990), сопоставляя, данные о чистоте атмосферного воздуха и заболеваний органов дыхания у подростков выявили, наличие зависимости между загрязнением окружающей среды и проявлениями отклонений в состоянии здоровья подростков. Под влиянием вредных факторов окружающей среды наблюдался ежегодный рост показателей заболеваемости. Это происходило при постоянном присутствии в атмосфере химических компонентов на уровне, превышающее ПДК. Аналогичные результаты получены и другими исследователями [24,25].

Результаты отдельных исследований показали, что даже в летнее время повышение концентрации атмосферного озона может привести к воспалительной реакции слизистой носовой полости [26].

Высокий уровень распространенности аллергических заболеваний среди подросткового населения рассматривается как маркер экологического неблагополучия, поскольку установлена прямая зависимость между степенью загрязнения воздушной среды реактивными химическими соединениями и частотой распространенности таких заболеваний, как ^ аллергический ринит. У подростков из неблагополучных районов аллергические заболевания имеют более тяжелое течение и раннее проявление, значителен удельный вес клинических форм аллергии с полиорганной патологией и поливалентной сенсibilизацией, иногда обострениями с наслоением частых острых респираторных заболеваний [27, 28].

По мнению авторов, доминирующей причиной алергизации организма подростков, проживающих в экологически неблагоприятных регионах, все же являются техногенные факторы, а в экологически «чистых» - семейная предрасположенность. Техногенное воздействие является своего рода «стресс-реализующими» факторами, обуславливающими перенапряжение и истощение компенсаторных механизмов, срыв адаптации и развитие заболеваний [29].

Традиционные методы диагностики хронических заболеваний верхних дыхательных путей у подростков не могут охватить все многообразие повреждений, вызываемых воздействием химических токсических соединений. Диагностика заболеваний верхних дыхательных путей предполагает соблюдение определенной последовательности. Первоначально определяются этиологические факторы, влияющие на развитие патологии (регион проживания, характер загрязнителей атмосферного воздуха), в последующем используется функциональная диагностика нарушений состояния верхних дыхательных путей. При ранних нарушениях функции верхних дыхательных путей клинические проявления часто вообще не регистрируются и тогда необходимо прибегать к объективным инструментальным методам исследования. Поэтому, детальное изучение функции верхних дыхательных путей у такого рода больных необходимо для правильной постановки диагноза, выявления имеющихся функциональных резервов и определения прогноза заболевания.

Цитологическое исследование используется с целью раннего выявления изменений в слизистых на клеточном уровне. Все патологические процессы в организме сопровождаются различными морфологическими изменениями в верхних дыхательных путях. Клиническая морфология позволяет раскрыть нарушения защитных механизмов при токсических поражениях верхних дыхательных путей у подростков, что, в конечном счете, лежит в основе морфологической верификации клинического диагноза [30].

Приведенные данные литературы свидетельствуют о том, что на формирование заболеваемости у подростков оказывают большое влияние загрязнения атмосферного воздуха. Поэтому, на современном этапе необходимо выделять задачу углубленного слежения за заболеваемостью верхних дыхательных путей у подростков г. Алматы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Утеева Х., Каллимкуллин И., Куатбаева Г. Экологическое состояние регионов Республики Казахстан //Научно-практический экономический журнал «Аль-Пари». - 1997. №5. - С. 42-47.
2. Тлеубергенов С.Т. Экологический ущерб нанесенный населению и окружающей природной среде РК деятельностью ядерных, ракетных и бактериологических полигонов //сборник науч. трудов I Международного конгресса «Экологическая метеорология возрождения человека и планеты Земля». - Алматы, 1997. - С. 35-37.
3. Михалюк Н.С. Изменение иммунной системы детского населения Новомосковска в условиях воздействия вредных факторов окружающей среды// Гигиена и санитария. - 1994. - № 5 -С. 13-16

4. Можаев Е.А., Печеннокова Е.В. Некоторые вопросы изучения загрязнения атмосферного воздуха за рубежом // Гигиена и санитария. - 1994. - № 3 - С. 9-12.
5. Петрова И.В., Мухамбетова Л.Х., Беляева Н.Н. Методические аспекты медико-биологических исследований в гигиене окружающей среды // Гигиена и санитария . - 1994. - № 1 -С. 16-19.
6. Остапкович В.Е., Брофман А.В. Профессиональные заболевания ЛОР органов // М: Медицина, 1982,- с. 288.
7. Панкова В.Б., Гришина Т.И. Актуальные проблемы аллергии в профессиональной патологии // Гигиена труда и профессиональные заболевания. - 1992 - № 9-10. с. 3-5.
8. Сабирова З.Ф. Роль загрязнений атмосферного воздуха в формировании аллергической патологии у детей // Гиг. и сан.. - 1999.- № 4,- с. 50-51.
9. Румянцева Е.Г., Дмитриев Д.А. Загрязнение окружающей среды и состояние иммунной системы детей // Гиг. и сан..- 1999. - № 2. с. 24-26
10. Полякова А.Н., Назаров С.Б., Кашманова Г.Н. Результаты клинико-лабораторных исследований населения для выявления неблагоприятного воздействия на организм солей тяжелых металлов как экологического фактора // Гигиена и санитария. - 1995. - №1 - с. 33-35.
11. Тулебаев Р.К. Морфо - функциональное состояние слизистой оболочки верхних дыхательных путей у рабочих цементного завода // Акмола медициналькжурналы. - 1999. - № 1. -с. 29-31.
12. Олихова С.В., Табачников М.М., Геворян А.М. и др. Содержание кадмия, свинца и меди в организме жителей Ташкента и Ташкентской области // Гигиена и санитария. - 2000. - № 3. - с. 3-8.
13. Жайсакова Д.Е. Клинико-эпидемиологическое обоснование патологии ЛОР органов среди населения и работающих в условиях экологически неблагополучного региона Западного и Южного Казахстана // Автореф. дис.. докт. мед. наук.- Алматы, 2001. С. 31.
14. Милишникова В.В. Бронхофиброскопия в диагностике пылевых заболеваний легких // Вестн. АМН СССР. - 1981. - № 6. - С. 20-23.
15. Ранее выявление профессиональных болезней. - Женева: ВОЗ, 1988. - 298 с.
16. Бурдин К.С. Основы биологического мониторинга. М, 1989.
17. Бурухина Л.В., Светляков Б.И., Порсева Л.П. и др. Особенности клиники и течения саркоидоза в условиях Западного Урала // Пробл. Туб. -- 2002.-№11.-с. 37-40.
18. Вельтищев Ю.Е. Экопатология детского возраста // Педиатрия. - 1995.-№4.-с. 26-33.
19. Газизов
20. Морозова Л.Н., Воскун С.Е., Базеров М.А., Свечина Н.С. // гиг. и сан. -1998.-№1 -с. 34-37.
21. Стецок Н.В. Клинико-бронхологическая характеристика хронического бронхита у рабочих производств шин и резино-технических изделий: автореф. канд. мед. наук: 14.00.36. -Киев, 1990. - 25с.
22. Масюк В.С. Состояние иммунной системы у детей в районе экологического неблагополучия //Российский педиатрический журнал. 2003.- № 4. - С.52-54.
23. Шамова А.Г. и соавт. //Казан. Мед. Журнал. - 1995. - №3. - С.237-240.
24. Воробьева А.И., Волкотруб Л.П., Падерова В.П. и др. Гигиеническая оценка влияния атмосферных загрязнений на здоровье населения промышленного города//Гигиена и санитария. - 1990. -№1. С.15-16.
25. Скачков М.В., Шульга И.А., Васильев В.А. Эпидемиологические особенности заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей населения в регионе с разной нагрузкой // Пульмонология. - 2004. - № 3. - С. 43-48.
26. Михайлова Е.В. Состояние здоровья детей в условиях загрязнения атмосферного воздуха // Гигиена и санитария. - 2005. - №2. - С.49-51.
27. Балаболкин И.И. Экология и аллергические болезни // Экологические и гигиенические проблемы педиатрии: III Конгресс педиатров России. 27-28 октября 1998.-М-С. 59.
28. Шурыгин В.К., Рудченко Н.Б. Экология и здоровье детей // Экология и здоровье детей. - М., 1998. С. 66-92.
29. Демин В.Ф., Ключников С.О. Экопатология детского возраста, значение техногенных и медико-социальных факторов // Экологические и гигиенические проблемы педиатрии: Материалы III Конгресса педиатров России. 27-28 октября 1998.- М., 1998. - С 20-21.
30. З.Х. Мажитова, Р.Ж. Сейсебаева, Э.Ф. Ишмухаметова, Г.В. Федотовских, Л.Ж. Умбетова. Клинико-функциональные и морфологические особенности хронических заболеваний органов дыхания при загрязнении атмосферного воздуха. С.- 136.

УДК: 616.24-002-053.2:616.153.915-39

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ*В.К. Махатова**Южно – Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Балалардағы жедел пневмонияны емдеудің клиникалық тәжірибеде қолданылып жүрген бағыттарына әдебиеттік шолу жасалды. Осы науқастарды этиотропты және патогенетикалық емдеу жолдары жөнінде мәлімет берілді.

SUMMARY

This article deals with a modern approach to the treatment of acute pneumonia of children. The problem of the treatment of this disease has not solved yet but its known. That the treatment should be in complex. Thus, the absence of a single scientific approach to the treatment of acute pneumonia dictates the necessity of theoretical and methodological development of this problem.

Заболевания органов дыхания широко распространены среди детского населения и имеют большой удельный вес в структуре заболеваемости. Частой формой поражения органов дыхания у детей являются пневмонии. Истинная распространенность острой пневмонии среди детского населения неизвестна. Но согласно экспертной оценке В.Г. Майданник [1], что заболеваемость острой пневмонией составляет от 4 до 20 случаев на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Частота пневмоний у новорожденных точно не определена, но по их данным острая пневмония отмечается у 6,5% госпитализированных новорожденных. Среди госпитализированных детей в возрасте до года по поводу острых бронхолегочных заболеваний на острую пневмонию приходится 25-35% случаев [2].

Проблема лечения острой пневмонии до настоящего времени не решена, но известно, что оно должно быть комплексным. При назначении лечения необходимо соблюдать правильную организацию санитарно-гигиенического и лечебно-охранительного режима [3, 4].

Больные пневмонией должны получать рациональное питание и соответствующий питьевой режим. Питание ребенка должно быть высококалорийным, легкоусвояемым, витаминизированным и сбалансированным по белкам, жирам и углеводам. Особо следует следить за водным режимом. Количество жидкости необходимо назначать с учетом возрастающих потерь. Для восполнения потерь минеральных солей следует назначать раствор регидрона [5, 6].

Лечение больных острой пневмонией можно проводить как в домашних условиях, так и в стационаре. Однако необходимо четко определить степень тяжести заболевания и риск возникновения различных осложнений. Больных пневмонией можно лечить дома при неосложненном течении заболевания, отсутствия токсикоза, дыхательных расстройств, нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы и других систем организма. Обязательным условием является наличие благоприятных жилищно-бытовых условий и достаточно высокая культура родителей [7,8].

Обязательной госпитализации подлежат больные острой пневмонией:

- в возрасте до 3 лет;
- с осложненным течением заболевания;
- с наличием дыхательной недостаточности II-III степени и нестабильной гемодинамикой;
- неблагоприятным преморбидным фоном (рахит, гипотрофия, иммунодефицит и т.д.);
- с наличием сопутствующих хронических заболеваний;
- с неблагоприятными социально-бытовыми условиями;
- при неэффективности терапии в течение 24-36 ч. [9, 10].

Этиотропную терапию больным острой пневмонией проводят с учетом возможных возбудителей заболевания и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Кроме того, этиотропную терапию назначают с учетом вирусно-бактериального происхождения острой пневмонии [11, 12].

Этиотропную терапию пневмонии при установленном диагнозе или при тяжелом состоянии больного начинают незамедлительно. При наличии сомнений в точном диагнозе у ребенка, находящегося в тяжелом состоянии, предпочтительно получить рентгенографическое подтверждение [9, 6].

Во всех случаях, если это возможно технически, следует отобрать материал для микробиологического (мокрота, кровь, плевральная жидкость) и серологического исследований. Отбор материала для микробиологического исследования необходимо провести до начала применения антибиотиков.

Выбор стартового препарата зависит от чувствительности наиболее вероятного возбудителя, возраста ребенка, ситуации, предшествующей заболеванию, а также клинической картины. Залогом успеха антибактериальной терапии пневмоний является четкая регистрация эффекта и смена препарата в случае его отсутствия.

К сожалению, в большинстве случаев врач – педиатр, назначая антибактериальную терапию, еще не имеет информации о возбудителе, выделенном от больного, и его антибиотикочувствительности, поскольку определение чувствительности к антибактериальным препаратам требует для своего выполнения нескольких дней. Следовательно, выбор первого антибактериального средства практически всегда осуществляется врачом эмпирически. Это так называемая стартовая эмпирически выбранная терапия [12, 13].

Алгоритм (или протокол) оптимального лечения неосложненной внебольничной острой пневмонии у детей может быть представлен следующим образом: стартовую терапию составляют перорально назначаемые пенициллины (амоксциллин, оспамокс, оспен и др.) или цефалоспорины 1- (цефалексин, оспексин, цефадроксил и др.) или 2-го поколения (цефуроксим, зиннат, цефаклор) [14, 8].

Оценка терапевтического эффекта проводится на 2-3 сутки лечения и если сделан вывод, что указанная терапия эффективна, то ее продолжают до нормализации клинико- рентгенологических и лабораторных признаков заболевания.

Отсутствие положительной динамики через 72 часа от начала антибактериальной терапии указывает на необходимость коррекции схемы лечения. Установить истинную этиологию пневмонии достаточно сложно (необходим альвеолярный лаваж). Алгоритм предполагает ориентироваться на результаты микробиологического мониторинга за микрофлорой зева [10, 15, 16].

Учитывая возрастные особенности этиологии и клинического течения острых пневмонии у детей, а также особенности применения антибактериальных препаратов, необходимо учитывать возраст больных, как это предлагают В.К. Ткаченко и соавт. [11]. В частности, лечение детей первых 6 мес. жизни при типичных формах производится, как правило, в условиях стационара с использованием парентерального введения антибиотиков. При типичных пневмониях назначают амоксициллин/клавулант, ампициллин/сульбактам, ампициллин парентерально. Альтернативными антибиотиками являются цефалоспорины II и III поколений или цефазолин в комбинации с аминогликозидами. Препаратами выбора при атипичных формах являются современные макролиды [3, 17].

Патогенетическая терапия назначается с учетом основных патогенетических механизмов развития заболевания и направлена на их устранение. Она включает применение, прежде всего, противовоспалительных препаратов (диклофенак, вольтарен, ортофен и др.). Указанные препараты ингибируют активность медиаторов воспаления, а также усиливают терапевтический эффект антибиотиков.

Учитывая важное значение процессов свободнорадикального окисления в патогенезе острой пневмонии, больным показано применение антиоксидантов и стабилизаторов мембран. Обычно с этой целью применяют унитол, витамин Е, пиковит, галаскорбин, димефосфон, препараты селена, эссенциале и другие в течение 7-10 дней [18, 19].

Особое место в устранении неблагоприятных эффектов интенсификации свободнорадикального окисления занимают комплексные антиоксидантные препараты, содержащие комплекс витаминов (А, С, Е) с минералами (цинк, медь, магний, железо, селен). Каждый из представленных компонентов имеет важное значение для функционирования разных звеньев антиоксидантной системы детского организма, модулируя окислительные процессы и их неблагоприятные последствия [8, 18].

Обязательным компонентом патогенетической терапии острой пневмонии является применение препаратов, нормализующих микроциркуляцию, и дезагрегантов. Для этого используют эуфиллин, трентал, ксантинола никотинат (компламин), гепарин, курантил и др. Важным компонентом патогенетической терапии является улучшение бронхиальной проходимости и вентиляции легких. Для этого необходимо использовать муколитические препараты, разжижающие мокроту в результате расщепления сложных муцинов, что ведет к уменьшению ее вязкости и облегчению эвакуации. В качестве муколитических препаратов в клинической пульмонологии используют ацетицистеин, карбоцистеин, пульмозим, бромгексин, амброксол [5, 20].

Наличие ДВС - синдрома, который клинически выражается мраморностью кожных покровов, повышенной кровоточивостью из мест инъекции, кровоточивостью слизистых оболочек, кровоизлияниями на коже, рвотой цвета «кофейной гущи» и др., требует назначения гепарина. При выраженной гипоксии показано применение антигипоксантов (кислород, дроперидол, аминазин и др.). В комплексную терапию острой пневмонии включаются метаболические корректоры, в частности, глюкозо-инсулино-калиевую смесь, липоевую кислоту, натрия сукцинат, рибоксин и др.

Дезинтоксикационная терапия назначается с учетом наличия и степени токсикоза и эксикоза и включает реополиглюкин, глюкозу, альбумин и другие препараты, нормализующие КОС и водносолевой обмен. При необходимости инфузионная терапия проводится с применением дегидратационных средств, таких как диуретидин, фуросемид, лазикс и др.

Нередко у детей, больных острой пневмонией, возникает необходимость лечения сердечно-сосудистых нарушений. С этой целью используют сердечные гликозиды быстрого действия. У детей старшего возраста можно также использовать кордарон. По показаниям назначают сердечные гликозиды и мочегонные средства. Стимулирующую терапию назначают для повышения защитных сил организма и обязательно под контролем показателей, характеризующих состояние иммунной системы. Для этого используют препараты иммуноглобулинов, гипериммунную плазму, тимоген, тималин, тимозин и др. [21, 10].

Симптоматическая терапия применяется в зависимости от выраженности тех или иных признаков, которые сопровождают течение острой пневмонии и требующих коррекции или лечения.

Дисбаланс микроэлементов и связанные с ними нарушения окислительно-восстановительных процессов, прежде всего в системе оксидант-антиоксидант, являются одними из важных патогенетических звеньев в развитии острой пневмонии у детей [22].

Антиоксидантная терапия начинает занимать прочное место в лечении больных пневмонией. Большая роль в лечении и профилактике отдаленных последствий принадлежат препаратам, балансирующим рацион по таким компонентам, как жизненно важные минеральные вещества, особенно микроэлементы и антиоксиданты [19].

Таким образом, отсутствие на сегодняшний день единого научного подхода к лечению острой пневмонии у детей, диктует необходимость дальнейшей разработки теоретических и методических аспектов этой проблемы. Многие вопросы этиотропного и патогенетического лечения острой пневмонии требуют дальнейшего изучения, а антиоксидантная терапия относится к одному из перспективных направлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острой пневмонии у детей.- К.: Знання України, 2002.- 106 с.
2. Pirez M.C., Martinez O., Ferrari A.M., et al. Standart case management of pneumonia in hospitalized children in Uruguay, 1997 to 1998 //Pediatr. Infect. Dis. – 2001.-Vol.20, N3. - P.283-289.
3. Практическая пульмонология детского возраста (Справочник) // Под ред. В. К. Таточенко. - М., 2001.- 268 с.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб: Питер, 2002, с. 348-408.
5. Терапевтический справочник Вашингтонского университета / Под ред.М.Вудли и А.Уэлан.-М.:Практика, 1995.- 627 с.
6. Середа Е.В., Катосова Л.К. Современные подходы к применению макролидов при заболеваниях органов дыхания у детей // Русск.мед.журн. - 2000. -Т.8, №1.-С.34-39.
7. Таточенко В.К., Середа Е.В., Федоров А.М. и др. Антибактериальная терапия пневмоний у детей // Антибиотики и химиотерапия. -2000. -Т.45, №5.- С.33-39.
8. Новиков Ю.К. Алгоритмы выбора антибактериальной терапии при внебольничных пневмониях // Русск.мед.журн. -2000.-Т.8, №4.- С. 174-179.
9. Иммунология инфекционного процесса / Под ред. В.И. Покровского, С.И. Гордиенко, В.И. Литвинова. – М.: Медицина, 1993. – 306 с.
10. Чеботарева В.Д. Течение пневмонии у детей раннего возраста при комплексном лечении с применением антибиотиков: Автореф. дис. канд. мед. наук. – К., 1955.-15 с.
11. Таточенко В.К., Федоров А.М. Алгоритмы антибактериального лечения внебольничной пневмонии у детей //Детский доктор.-2000. -№2,- С.14-17.
12. Таточенко В.К., Катосова Л.К. Антибактериальная терапия острой пневмоний //Рос.вестн. перинатол. и педиатрии. -1997. -Т.42, №5.- С.49-55.
13. Страчунский Л.С. Эмпирическая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний (Обзор зарубежной литературы) // Тер. архив. 2001. -Т.73, №3.- С.68-73.
14. Минков И.П. Антибиотикотерапия пневмоний у детей.- Одесса, Латстар, 2000.-56 с.
15. Ноников В.Е. Антибактериальная терапия пневмоний в стационаре // Русск. мед.журн. - 2001.-Т.9, №21.- С.923-929.
16. Папаян А.В., Петрова С.И., Никитина М.А. и др. Антибактериальная терапия острой внебольничной пневмонии у детей // Рос.вестн. перинатол. и педиатрии. - 2001. -Т.46, №2.- С.34-37.
17. Таточенко В.К., Середа Е.В., Федоров А.М. и др. Антибактериальная терапия пневмонии у детей//Клин. микробиол. и антимикробная химиотер. - 2000.-Т.2, №1.- С.77-87.
18. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биомембранах. М.: Наука. 1972.
19. Скальный А.В. Микроэлементозы человека: гигиеническая диагностика и коррекция // Микроэлементы в медицине.- 2000. -№1.- с. 2-8.
20. Колпакова А.Ф. Оценка клинической эффективности новых отечественных бронхолитических препаратов у больных хроническим обструктивным бронхитом в условиях Севера // Пульмонология. – 2000. – №2. – с. 37-40.
21. Справочник по иммунотерапии для практического врача / Под ред. А.С. Симбирцева. - Санкт-Петербург: Изд-во «Диалог», 2002. - 480 с.
22. Копакова А.Ф., Скачилова С.Я. Изучение эффективности савентола при лечении хронических заболеваний легких на Севере // Пульмонология.- 1997. - №4.- с. 70-74.

УДК: 616.89-008.441.33-039.71 (574)

ОЦЕНКА ВРЕДА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ И ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПОЛИТИКИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)*Н.Б. Ережепов**Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар***ТҮЙІН**

Бұл мақалада психикалық активті заттардың (алкоголь, есірткі) басты таптарын медициналық емес пайдаланудың кесірлі зардаптары туралы жүйеленген мәліметтер баяндалған. Психикалық заттарды асыра пайдаланудың деструктивтік биологиялық өзгерістері, келеңсіз әлеуметтік зардаптары толық суреттелген. Алкогольдік және нашакорлық тәуелділіктің таралуына байланысты қоғамның экономикалық шығыны туралы басты мәліметтер келтірілген. ТМД елдерінде және әлемде химиялық тәуелділіктің басты түрлерінің таралуы туралы мәліметтер берілген.

Маскүнемдік пен нашакорлықтың таралуына қарсы әрекеттердің негізгі бағыттары суреттелген. Ең тиімді халықаралық және ұлттық стратегиялар талданады.

Өзекті сөздер: маскүнемдік, нашакорлық, кесірлі зардаптар, таралуы, қарсы әрекет стратегиясы.

SUMMARY

This article deals with systematic data about harmful consequences of the use of psychoactive substances (alcohol, drugs).

There is a detailed description of destructive biological changes and negative social consequences of abuse of psychoactive substances. Also there is a survey of economic damage because of the spreading of alcoholic and drug addiction. Key words in this article are alcoholism, drug addiction, harmful consequences, spreading and strategy of counteraction.

В настоящей статье изложены систематизированные сведения о вредоносных последствиях немедицинского употребления основных классов психоактивных веществ (алкоголь, наркотики). Подробно описаны деструктивные биологические изменения, негативные социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами. Приведены основные сведения об экономических потерях, несомых обществом, в связи с распространением алкогольной и наркотической зависимости.

Ключевые слова: алкоголизм, наркомания, вредоносные последствия, распространенность, стратегия противодействия.

1. Оценка социальных и медицинских последствий злоупотребления алкоголем.

Специфика и масштаб потерь, несомых обществом в связи со злоупотреблением алкоголем, изучены наиболее полно. По данным научных обзоров, опубликованных в последние годы, и охватывающих 559 источников [1, 2, 3] злоупотребление алкоголем и его суррогатами приводят к тяжелым социальным, психологическим и физическим (соматическим) проблемам, которые можно распределить на 2 класса:

1) связанные с опьянением;

2) связанные с регулярным употреблением алкоголя в больших дозах. К первому классу относятся следующие социальные последствия: семейные неурядицы, насилие в семье, пренебрежительное или жестокое обращение с детьми, несчастные случаи в семье, прогулы на работе, несчастные случаи на рабочем месте (травмы, отравления), неэффективная производственная деятельность, появление в нетрезвом виде и хулиганские действия в общественных местах, преступность (в частности воровство, кражи, нападения, убийства), похищение транспортных средств и управление транспортными средствами в нетрезвом состоянии с совершением ДТП, сексуальные извращения, нежелательная беременность с тяжелыми последствиями для плода.

К психологическим проблемам, связанным с состоянием опьянения относят следующие: бессонница, депрессия, чувство беспокойства, тревоги, амнезия, суицидальные попытки, самоубийства. Наиболее частые соматические последствия состояния опьянения: гепатит, гастрит, панкреатит, подагра, сердечная аритмия, несчастные случаи, травматизм, отравления алкоголем, суррогатами и другими химикатами, инсульты, инфаркты, импотенция, неспособность принимать предписанные лекарственные препараты, аномальное развитие эмбриона. Ко второму классу проблем, связанные с регулярным употреблением алкоголя в больших дозах, относят следующие социальные последствия: проблемы в семье (конфликты, насилие), разводы, конфликты на производстве, финансовые трудности, потеря работы, долги, регулярные конфликты с правоохранительными органами, потеря жилья, бродяжничество, полная утрата социального статуса.

К психологическим и психическим последствиям относят, преимущественно, те или иные психопатологические проявления формирующейся или уже сформированной алкогольной зависимости: бессонница, депрессия, беспокойство, тревога, разнообразные проявления абстинентного синдрома, разнообразные психотические проявления алкогольного генеза (бред, галлюцинации, расстройства сознания),

изменения в психике, личности, амнезия, слабоумие, суицидальные попытки, самоубийства, злоупотребление другими психоактивными веществами.

К физическим (соматическим) последствиям относят: ожирение печени, гепатит, цирроз, рак печени, гастриты, панкреатиты, рак полости рта, пищевода, рак молочной железы, рак прямой кишки, дефицит питательных веществ, ожирение, диабет, кардиомиопатия, повышение артериального давления, инсульт, инфаркт, поражение тканей головного мозга, невропатия, половые расстройства, миопатия, бесплодие, аномалии в развитии эмбриона, гемопоэтическая токсичность, преждевременная смерть.

Рядом исследований показано, что из года в год в различных странах экономическая стоимость алкоголизма растет. Она складывается из потерь рабочего времени, затрат на медицинскую помощь, в первую очередь в связи с соматическими осложнениями алкоголизма, затрат на ликвидацию последствий дорожных катастроф, пожаров, на борьбу с преступностью, социальное обеспечение. В итоге алкоголизм «съедает» миллиардные суммы, которые, согласно оценкам ВОЗ, составляют от 2 до 5% ВВП развитых стран. Так, согласно существующим данным, стоимость алкоголизма в США в начале 2000 г.г. составляла 184,6 миллиарда долларов, а в Германии – около 19,8 миллиардов евро, что составляет 1,13% от ВВП этой страны. А аналогичные расчеты, проведенные в Российской Федерации в 2009 г., показывают что экономическое бремя алкоголизма и чрезмерного употребления алкоголя составляет более 647,7 миллиардов рублей в год, что эквивалентно 2% ВВП страны [4]. Сопоставимые данные в отношении социальных, включая экономические, и медицинских последствий злоупотребления алкоголем приводятся в последних исследованиях, проводимых на территории постсоветского пространства [5, 6, 7, 8, 9].

Особый интерес представляют, результаты комплексных исследований, определяющих специфику вредоносных последствий употребления алкоголя среди подростков и степень осведомленности о такого рода последствиях среди восходящего поколения. Так, по данным В.М. Гутовенко (2009) структура последствий злоупотребления алкоголем в подростковой среде была следующей: проблемы с родителями (конфликты, ссоры, драки) – 20,4%; уличные драки – 19,3%; плохая успеваемость – 13,3%; ухудшение взаимоотношения с друзьями и сверстниками – 13,0%; травмы и несчастные случаи – 11,0%; приводы в милицию – 7,1%. Однако при этом более 20% подростков оценивали последствия потребления алкоголя положительно. А другие 20% вообще затруднились привести какую-либо оценку последствий употребления алкоголя [10].

2. Оценка социальных и медицинских последствий злоупотребления другими психоактивными и наркотическими веществами

По данным 6 научных обзоров, опубликованных в последние годы и охватывающих 769 источников, практически повсеместно отмечается прогрессирующее нарастание масштабов и утяжеление последствий злоупотребления психоактивными и наркотическими веществами [11, 12, 13, 14, 15, 16]. И если по масштабам социальных, в том числе экономических потерь, несомых обществом, проблема распространения наркозависимости стоит на втором месте вслед за вредоносными последствиями потребления алкоголя, то по степени деструктивного влияния на конкретного человека наркотики, безусловно, намного «опережают» прочие психоактивные вещества.

Проблема оценки вредоносных последствий наркопотребления существенно затруднена из-за сложностей в дифференциации такого рода последствий в зависимости от класса употребляемых наркотических и других психоактивных веществ. А так же в связи с тем обстоятельством, что лишь меньшая часть реальной популяции наркопотребителей (по разным данным от 15 до 35%) доступна для проведения соответствующих исследований.

Тем не менее социальными проблемами, связанными с немедицинским потреблением психоактивных веществ, общими для всех категорий потребителей, являются: сравнительно быстрое угасание продуктивности, социальной активности, работоспособности, возможности к любой целенаправленной деятельности, требующей длительной концентрации и волевых усилий; прогрессирующее размывание социально-значимых ценностей и жизненных ориентаций; утрата навыков сложного социального функционирования и адаптации в меняющейся среде; профессиональное снижение вплоть до полной утраты социального статуса; потеря рабочих мест и прекращение учебы; иждивенческое существование; утрата конструктивного взаимодействия с окружающими и доверия с их стороны; постоянные конфликты в семье, утрата доверия со стороны родных и близких; проблемы с правоохранительными органами (последний фактор, для потребителей «тяжелых» наркотиков, быстро приводящих к асоциальным формам поведения, трансформируется в совершение тяжких и особо тяжких правонарушений: воровства, грабежей, разбоя с нанесением телесных повреждений и убийств с целью добывания средств на приобретение наркотиков; особо следует отметить крайне опасные тенденции сращивания нелегального наркотизма с террористической и экстремистской деятельностью, а также - формирование наркодилерских сетей с отработанными технологиями вовлечения новых потребителей); тяжелые социальные последствия в связи с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа, основными «воротами» для которой на территории постсоветского пространства является инъекционные формы наркопотребления с использованием нестерильного инструментария.

К основным психологическим (психопатологическим) последствиям наркопотребления относят: более или менее тяжелые, в зависимости от класса употребляемых веществ, проявления острой или хронической интоксикации со специфическими проявлениями наркотического опьянения, вялостью, слабостью,

астенизацией, аффективными нарушениями, расстройствами сна, массивной вегетативной симптоматикой и алгическими проявлениями в состоянии абстиненции; невротизация, психопатизация, признаки избирательного когнитивного дефицита (как правило без явлений органического слабоумия), аффективная неустойчивость, достаточно грубые нарушения мотивационно-волевой сферы; существенное снижение самоорганизующей активности, огрубление, стереотипизация поведения с шантажом и угрозами по отношению к родственникам и близким; почти постоянная индукция достаточно тяжелых психологических проблем у родных и близких с формированием феномена созависимости; развитие тяжелых форм психических нарушений (психозы, слабоумие) в случае присоединения коморбидной патологии и на поздних стадиях заболевания; почти постоянное ощущение депрессии, тревоги, утраты перспективы будущего в ближайшем окружении наркозависимых лиц; суицидальные попытки и самоубийства у наркозависимых, их родных и близких. Физические (соматические) последствия употребления наркотических и токсических психоактивных веществ, даже в случае их единичного, а не систематического приема, могут быть следующими: угнетение вызванной электрической активности, исчезновение межполушарной функциональности асимметрии, дезорганизация электрической активности, появление патологических ЭЭГ-комплексов и очагов патологической активности, снижение порога судорожной активности; развитие синдромов нарушенного сознания – от неадекватной самооценки, дереализации, деперсонализации, до помрачения и выключения сознания (оглушение, сопор, глубокая кома, эпилептические припадки); развитие психоорганического синдрома; редукция энергетического потенциала; возникновение цереброваскулярной патологии (диффузное повышение сосудистого тонуса, васкулиты, диapedезные кровоизлияния, микроабсцессы, токсические изменения в сосудах, геморрагический инсульт); появление рассеянной микроневрологической симптоматики (нистагм, слабость конвергенции, легкий тремор и динамическая атаксия, гипомимия, гипокинезия); острая токсическая деградация нейтронов (набухание, хроматолиз, кариолизис, сморщивание, глиальные пролифераты, демиелинизация); грубая неврологическая симптоматика (энцефалопатии, церебротипии, полиневропатии, полиневриты, энцефаломиелопатии); атрофия мозга (коры, мозолистого тела, гиппокампа, расширение желудочков), особенно в лобных долях коры; ферментопатия (снижение активности транскетолазы, повышение активности мозговой креатинфосфокиназы, ингибирование аденилатциклазы); истощение запасов дефамина и серотонина в мозге. При более длительном употреблении наркотиков и токсических ПАВ наиболее вероятно развитие следующих соматических осложнений:

1) при употреблении амфетаминов – высокая частота нарушений сна, половой дисфункции, снижение аппетита и массы тела, наличие головных болей, болей в груди, поражение почек и органов дыхания;

2) при употреблении летучих растворителей – кардиомиопатия, нарушение функций печени (гепатиты, дискинезии желчных путей), почек (нефриты, пиелонефриты), заболевания дыхательных путей, заболевания поджелудочной железы, достаточно грубые повреждения как центрального, так и периферического отделов нервной системы;

3) при употреблении кокаина и других стимуляторов – тяжелые нарушения сердечного ритма и ишемия миокарда, нестабильность артериального давления, необратимые нарушения функционирования нескольких органов сразу с возможным летальным исходом; особо следует отметить тяжелые неврологические нарушения, развивающиеся в течение первых месяцев злоупотребления кустарно изготовленного фенилпропаноламина;

4) при употреблении опиатов, в частности героина, отмечается тотальное поражение всех органов и систем – центральной и периферической нервной системы, костно-мышечной системы (рабдомиолиз в миокарде и скелетных мышцах, порезы, параличи), сердечно-сосудистой системы (аритмия, ишемия, тромбозы коронарных сосудов, некротизирующей ангиит, инфекционный эндокардит, поражение трикуспидального и аортального клапанов); поражения бронхо-легочной системы; токсическое поражение почечной паренхимы и клубочкового аппарата; нарушение гормональной системы; особо следует отметить частому сопутствующего инъекционному потреблению наркотиков вирусного гепатита В и С, а также ВИЧ/СПИДа (последнее обстоятельство, совокупное деструктивное влияние опиоидов на организм человека, а также сведения о частоте передозировок и преждевременной смертности среди потребителей инъекционных наркотиков, позволяют считать группу опиоидов наиболее вредоносной среди нелегальных наркотиков). Общими последствиями употребления ПАВ является высокая вероятность аномалий эмбрионального развития плода; для детей наркозависимых, помимо недоношенности, характерна недостаточная масса тела, замедление психофизического развития в последующем, нередко врожденные уродства.

Особый интерес представляют сведения о преобладающем типе соматических осложнений в зависимости от видов наркопотребления у подростков. В частности доказано, что повреждение печени отмечается при употреблении опиатов, каннабиноидов, эфедрона и других стимуляторов; поражение сердца – при употреблении опиатов эфедрона и других стимуляторов, летучих токсических веществ; поражение мочевыводящей системы – при употреблении каннабиноидов, эфедрона и других стимуляторов, летучих токсических веществ; поражение поджелудочной железы – при употреблении опиатов, алкоголя, летучих растворителей; поражение тканей мозга – при употреблении летучих токсических веществ. Таким образом наиболее патогенными, в смысле рисков развития соматических осложнений у подростков, являются употребление опиатов, летучих токсических веществ и стимуляторов.

Следует отметить, что исследования последних лет, проводимые в странах СНГ, были так или иначе акцентированы на причинах преждевременной смертности, инвалидизации и сложностях предотвращения этих фатальных последствий у наркозависимых [17, 18, 19, 20, 21, 22, 23].

Таким образом, комплексная оценка вреда от немедицинского употребления психоактивных веществ оказывает наличие тяжелых деструктивных последствий в биологической, психологической, социальной и экономической сферах, масштабы которых демонстрируют необходимость эффективных противодействующих мер. Такого рода противодействие должно оформляться в четко выверенную национальную политику, мобилизующую весь потенциал общества на преодоление негативных последствий эпидемии химической зависимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернобровникова Т.В., Артемчук А.Ф., Сосин И.К., Никифоров И.А. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) // Наркология. – М., 2006. - № 12. – С. 47-74.
2. Халтурина Д. А., Коротаев А.В. Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России // Наркология. – Москва, 2006. - № 8. – С. 42-49.
3. Халтурина Д.А. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии // Наркология. – М., 2007. – № 5. – С. 10-17.
4. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю., Земскова Н.А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России // Наркология. – М., 2009. – № 11. – С. 24-31.
5. Разводовский Ю.Е. Самоубийства и алкогольные отравления в Беларуси // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2008. – Том 18, выпуск 1. – С. 12-17.
6. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и смертность от инфаркта миокарда в Беларуси // Наркология. – М., 2008. – № 9. – С. 47-52.
7. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 6. – С. 68-72.
8. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и насильственная смертность в Беларуси // Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 1. – С. 56-64.
9. Информация по распространенности употребления алкоголя, алкогольной зависимости и связанными с данными факторами медицинскими и социальными проблемами в Республике Казахстан (период 1997-2007 г.г.).
10. Гуртовенко В.М. Последствия злоупотребления алкоголем у подростков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 232-233.
11. Оленко Е.С., скворцов Ю.И., Панченко Л.Ф. Особенности висцеропатий у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии. – М., 2001. – № 2. – С. 65-75.
12. Жанузаков М.А. Соматические аспекты героиновой наркомании (обзор литературы) // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2006. – Т. VI, № 1. – С. 39-45.
13. Погосов А.В., Погосова И.А., Коваленко А.Ю., Борисов С.А. Развитие взглядов на проблему коморбидных расстройств в психиатрии и наркологии (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2006. - № 3 (42). – С. 103-109.
14. Никифоров И.А. Соматоневрологические расстройства при злоупотреблении психоактивными веществами // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – М., 2006. – Том 106, № 8. – С. 65-73.
15. Катков А. Л., Пакеев С. О. Особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии. – Павлодар, 2007. – 195 с.
16. Аштон С. Неблагоприятные эффекты каннабиса и каннабиноидов // Наркология. – М., 2009. – № 9. – С. 71-87.
17. Ракишева А.С. Аутоагрессивное поведение у больных героиновой наркоманией // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии» (27-28 сентября 2007 г.). – Павлодар, 2007. – С. 82-85.
18. Иванец Н.Н., Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М., Павловская Н.И., Ходырев В.А., Клевно В.А., Соломатин Е.М., Лисянский Б.М. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 3. – С. 105-118.
19. Информация о научно-практическом семинаре в рамках проекта глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками в Российской Федерации в Петрозаводске (3-4 июля 2008 г.) // Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 5. – С. 14-19.
20. Бисалиев Р.В., Вешнева С.А., Великанова Л.П., Данилина А.М. Анализ причин смертности больных опийной наркоманией // Наркология. – Москва, 2006. - № 11. – С. 59-61.
21. Гуревич И.Н., Жусакова М.М. Детерминация обращаемости за АРВ-терапией и приверженности к лечению у ВИЧ-позитивных в Санкт-Петербурге и Оренбурге // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 203-204.
22. Изаровский Б.В., Патрушева В.Б. Висцеропатии у потребителей инъекционных наркотиков (клинико-патологоанатомический аспект) // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 77-78.
23. Шоннинг Ш., Коффин Ф., Кертис М. Передозировка: основная причина предотвратимой смертности среди ЛЖВ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 87.

УДК: 616-071:612.015.36:616.248

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ*М.А. Моренко**АО «Медицинский университет Астана», г. Астана***ТҮЙІН**

Балалардағы аллергияның дамуына қиыстырылған алергопатология ауырлату фактор болып табылады. Осы мақалада аллергияны даму процесін күшейтетін анық механизмдер, әсіресе цитокиндер, талқыланады.

SUMMARY

This article deals with pathogenetic aspects of multiallergic pathology of children. Its possible to take preventive and medical measures only if you know pathogenesis of allergic diseases. The explanation of the mechanism of allergic inflammation is for using of rational antiallergic therapy such as elimination, pharmacotherapy and specific immunotherapy.

Рост аллергических заболеваний за последние десятилетия принял характер эпидемии [1-2]. В основе данной проблемы определено достаточное количество причинных факторов [3-5], среди которых изменение иммунологического ответа с поляризацией в сторону Th2-лимфоцитов не вызывает сомнений [6].

Аллергические заболевания редко протекают в виде изолированных поражений отдельных органов, поскольку являются следствием аллергического поражения многих систем организма [7].

В структуре аллергической патологии бронхиальная астма (БА) и аллергический ринит (АР) являются наиболее распространенными в детском возрасте. Распространенность ринита и астмы меняется от исследования к исследованию в зависимости от диагностических критериев, места проживания и возраста тестируемой популяции [8-10]. В ряде обширных мировых исследованиях, проведенных среди взрослых и детей, распространенность БА и АР была определена как 10 и 30% от всей популяции соответственно. Это соотношение 3 к 1 между ринитом и астмой. Выявлено во всех странах, а так же как среди детей, так и среди взрослых [11-12].

Важным аспектом проблемы аллергии является вопрос о взаимосвязи АР и БА [13-14]. Пациенты с АР имеют риск развития БА в 4 раза выше, чем пациенты без АР. Сочетанное проявление аллергических заболеваний существенно утяжеляет их течение, влияет на эффективность лечения и качество жизни [15-16].

Клинические наблюдения свидетельствуют о большей выраженности назальных симптомов у больных при сочетании БА и АР по сравнению с пациентами, страдающими изолированной БА. Исследования показали, что выраженность назальных симптомов прямо пропорциональна тяжести клинических проявлений астмы у больных АР и БА [17].

По мнению большинства авторов, БА и АР следует рассматривать как единую болезнь «one airway, one disease», в основе которой лежит сенсибилизация верхних дыхательных путей и бронхов. С учетом Международного Консенсуса по астме и доклада ВОЗ (2001г.) «аллергический ринит и БА являются разными стадиями единого процесса» [18].

Кроме того, среди детей с аллергическими заболеваниями отмечается отчетливая тенденция к увеличению доли больных сочетанными формами респираторной и кожной аллергии [19]. Сочетанное течение БА и атопического дерматита (АД), занимает одно из ведущих мест в структуре алергопатологии детского возраста и в настоящее время достигает 30-45%. В настоящее время существует термин «дермато-респираторный синдром» (ДРС), который широко используется в клинической практике [20].

Известно, что симптомы аллергии могут проявляться уже в первые месяцы жизни (чаще в виде атопического дерматита), хотя уже в этом возрасте возможны и аллергические заболевания верхних дыхательных путей. У большинства детей (80-90%) формирование ДРС приходится на первый год жизни, причем кожные проявления в виде АД, как правило, предшествуют развитию БА. Особенностью ДРС является быстрое расширение спектра этиологически значимых аллергенов с развитием у детей поливалентной аллергии. Для ДРС характерно непрерывно рецидивирующее течение с периодически возникающими обострениями АД или БА [15].

По результатам ряда исследователей было также установлено, что сочетанное течение БА и АД встречается у каждого третьего ребенка больного астмой [21]. Отмечено, что развившаяся в раннем возрасте сенсибилизация к экзогенным аллергенам рассматривается как наиболее важный маркер предрасположенности к аллергии. Манифестация клинических проявлений атопии чаще отмечается в раннем возрасте картиной АД, при этом основной причиной, инициирующей развитие кожного аллергического процесса, является пищевая сенсибилизация [10, 22].

Пик заболеваемости аллергических заболеваний верхних дыхательных путей чаще приходится на 4 летний возраст. Известно, что 70% больных АР начинается до 6 лет [23]. Клинико-эпидемиологические исследования выявили, что у детей с АР в 59,6% случаев произошло формирование бронхиальной астмы.

Наиболее чаще в возрасте от 3 до 7 лет - у 53,6%, у детей до 3 лет - у 28,6%, а старше 7 лет – у 17,8%. У мальчиков данный исход заболевания выявлен чаще – в 75,0% случаев, чем у девочек – в 25 % случаев. Упорное течение ринита с выраженными нарушениями основных функций носа утяжеляет течение бронхиальной астмы [24].

Доказано, что наследственная предрасположенность играет важную роль в развитии аллергических заболеваний [25]. Установлено, что процесс становления атопии, связанный с неонатальной дифференцировкой иммунной системы по пути Th2, начинается еще до рождения ребенка. В ряде исследований было доказано, что у 58 % больных выявляется отягощенная наследственность по аллергопатологии [26-27]. В основе развития аллергических болезней, в том числе АР, наблюдается неблагоприятное сочетание генов, детерминирующих подверженность к аллергической патологии. Вероятность возникновения аллергического заболевания у ребенка составляет 60-80% при наличии у членов семьи аллергических болезней [15].

В настоящее время хорошо известно, что формирование атопического фенотипа происходит уже в антенатальном периоде, при этом IgE-опосредуемые антигенспецифические реакции могут развиваться еще внутриутробно. От матери к плоду через плаценту возможен переход IgE, который обнаруживается в амниотической жидкости на 16-17 неделе беременности в концентрациях, сходных с уровнем IgE у матери. Кроме того, на 16-17 неделях беременности в амниотической жидкости могут быть обнаружены аллергены микрочешуек домашней пыли. Они способны взаимодействовать с клетками иммунной системы тонкой кишки, вызывать Т-клеточный ответ и сенсибилизацию плода, обусловленную активацией Th2-лимфоцитов. Снижение у новорожденных продукции Т-лимфоцитами интерферона может способствовать последующему развитию атопических заболеваний [21].

Были проведены клинические исследования по изучению наиболее значимых факторов, способствующих развитию БА: пол, возраст, сопутствующие симптомы, табакокурение, отягощенный семейный анамнез по астме или атопии, тип сенсибилизации (внутренние или внешние аллергены). Главными детерминантами были атопия и материнская астма (астма у матери), далее следовали сенсибилизация к внутренним аллергенам, количество эозинофилов и уровень сывороточного Ig E. [28].

Ранее было доказано, что АР и атопическая форма БА являются классическим примером IgE-опосредованного аллергического воспаления [29], главными клеточными участниками которого являются тучные клетки, базофилы, эозинофилы, лимфоциты и эндотелиальные клетки. Отмечена роль миелоидных клеток в развитии аллергических реакций. Все эти клетки вовлекаются в процесс через разные временные промежутки после воздействия аллергена на сенсибилизированную слизистую оболочку носа и дыхательных путей [30].

Патогенетические аспекты аллергического заболевания были изучены и продолжают вызывать интерес у исследователей. Так известно, что ключевыми звеньями в развитии аллергических реакций являются следующие последовательно возникающие изменения в иммунном ответе и других системах организма: 1) процессинг аллергена в дендритных клетках, макрофагах и презентация антигена Т-лимфоцитам; 2) активация Th2-лимфоцитов с увеличением ими синтеза IL-4, IL-5, IL-13; 3) гиперпродукция IgE; 4) активация эффекторных клеток (тучные клетки, базофилы, эозинофилы); 5) секреция преформированных медиаторов и противовоспалительных цитокинов эффекторными клетками; 6) ранняя фаза аллергического ответа, характеризующаяся вазодилатацией, отеком ткани, бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи; 7) поздняя стадия аллергического ответа, проявляющаяся инфильтрацией тканей поражаемого органа воспалительными клетками; 8) возникновение аллергического воспаления; 9) манифестация клинических проявлений аллергии [16,31].

Известно, что клиническим проявлениям АР и БА предшествует период сенсибилизации, в течение которого аллергены, обладающие фактором проницаемости, достигают антиген-презентирующих клеток. Следующим этапом является образование Т-хелперов 2-го типа, которые продуцируют цитокины, отвечающие за синтез реактивов В-лимфоцитами (IL-3, IL-5, GM-CSF, RANTES). Далее IgE фиксируются на поверхности тучных клеток и базофилов слизистых оболочек дыхательных путей и взаимодействуют с аллергенами, каждая молекула аллергена связывается с двумя молекулами антител [32-33]. Это стимулирует секрецию тучными клетками преформированных (гистамина, хемотаксических факторов, химазы, триптазы, гепарина и др.) и вновь образующихся (лейкотриенов С, D, Е, фактора активации тромбоцитов и др.) медиаторов аллергии. В результате возникают клинические симптомы ранней фазы аллергической реакции, развивающейся через 15-20 мин. после контакта с аллергеном - зуд, чихание, выделения из носа, приступообразный кашель, бронхоспазм и др. [34].

Основа ранней фазы - это дегрануляция тучных клеток с последующим выделением медиаторов из них. Тучные клетки, постоянно присутствующие в нормальной слизистой носа, имеют высокоаффинные рецепторы к аллергенспецифическому IgE. Специфический аллерген, попадая на слизистую оболочку носа, соединяется со специфическим IgE, представленным на тучных клетках. Это соединение является толчком, запускающим активацию с последующей дегрануляцией тучных клеток и выделением медиаторов из тучных клеток. Основными медиаторами тучных клеток являются гистамин, триптаза, простагландин D₂, лейкотриены. Именно эти медиаторы, воздействуя на нервные окончания слизистой оболочки, вызывают типичные клинические проявления АР: зуд в носу, чиханье, ринорею с последующей заложенностью носа [35].

После окончания ранней фазы и стихания ее симптомов, через несколько часов, без дополнительного аллергического стимула, формируется поздняя фаза аллергического ответа, в которой участвуют эозинофилы, базофилы, лимфоциты, нейтрофилы. Накопление этих клеток приводит к развитию аллергического воспаления, приводящего к гиперреактивности дыхательных путей. Центральную роль в его формировании отводят эозинофилам. Полагают, что избыток эозинофилов в тканях обусловлен несколькими причинами - повышением их продукции в костном мозге, увеличением продолжительности жизни, стимулированными хемотаксисом и адгезией к сосудистому эндотелию [36].

В период поздней фазы следует отметить увеличение содержания в полости носа базофилов и эозинофилов, вторичное повышение содержания гистамина. При этом не происходит увеличение содержания простагландина D2 и триптазы, что является признаком активации именно базофилов. Происходящая миграция эозинофилов и базофилов из кровотока в ткани, определяется изменением кровотока в микрососудах и экспрессией молекул клеточной адгезии (МКА) на мембранах эндотелия слизистой оболочки носа и лейкоцитов. Экспрессия МКА может быть индуцирована, в частности, гистамином и некоторыми цитокинами (IL-4, IL-13). Далее лейкоциты прикрепляются к клеткам эндотелия [37]. Этому способствуют медиаторы тучных клеток, активированного эндотелия (хемоаттрактанты, IL-8, фактор активации тромбоцитов PAF), а также взаимодействие интегринов семейства V1 и V2 лейкоцитов с МКА активированного эндотелия [38].

В тоже время существует мнение, что клиническая картина аллергических респираторных болезней, особенно характерная для поздней стадии ринита, обусловлена в большей степени обструкцией и отеком слизистой оболочки полости носа, а не гистаминовой вазодилатацией [39].

Кроме того, в возникновении и поддержании аллергического воспаления большую роль играют метаболиты арахидоновой кислоты, являющиеся центральным действующим лицом воспалительной реакции [40].

Избирательность участия в аллергическом воспалении базофилов и эозинофилов (но не нейтрофилов) определяется существованием, именно на их, поверхности специфических молекул, а именно, васкулярных молекул клеточной адгезии (VCAM-1) распознающих МКА на активированном эндотелии венул. Далее происходит трансэндотелиальная миграция лейкоцитов с локализацией их в ткани с помощью комплекса веществ, вырабатываемых мигрирующими клетками, активированным эндотелием и белками межклеточного матрикса [41].

Необходимо отметить, что эпителий слизистой оболочки носовой полости выполняет не только барьерные функции. Он также участвует в продукции различных цитокинов и медиаторов. Это IL-6, IL-8, GM-CSF (гранулоцито-макрофагальный колонийстимулирующий фактор), а также хемоаттрактант для эозинофилов. Эта информация получена иммуногистохимическим путем, через несколько часов после антигенного воздействия [42].

T-лимфоциты, вероятнее всего, участвуют в конечном звене аллергического воспаления. Клетки Лангерганса, присутствующие на слизистой оболочки носа, выполняют антигенпредставляющую функцию для лимфоцитов, требующего определенного времени, также как и последующая активация T-клеток. Поэтому цитокины T-лимфоцитов, так называемого Th2 профиля, вовлекаются в аллергическое воспаление в последнюю очередь [43]. Цитокины в значительной степени ответственны за регуляцию аллергического воспалительного процесса. Так, например, IL-4, продуцируемый активированными Th2-клетками, тучными клетками и базофилами, усиливает и поддерживает прирост уровня IgE у больных АР, возникающий после очередного приступа. IL-3, IL-5, GM-CSF участвуют в поддержании тканевой эозинофилии за счет стимуляции костномозговых клеток-предшественников, повышения их выживаемости и угнетения апоптоза IL-6, основным источником которого являются эпителиальные клетки и ТК-цитокин, участвует в индукции синтеза IgE, а также в процессах пролиферации и созревания тучных клеток. IL-8 - один из нескольких хемокинов, стимулирующих лейкоцитарную миграцию. Он вырабатывается в основном эпителиальными и мигрирующими клетками после антигенной стимуляции [44].

Показано, что некоторые изменения клеточного состава слизистой оболочки носа во время поздней фазы аллергического воспаления, возникающие за счет поступления эозинофилов, базофилов, Th2-лимфоцитов и поддержания активности тучных клеток, влияют на реактивность слизистой ткани. В связи с этим, последующие воздействия аллергена становятся более выраженными. Кроме того, больные начинают реагировать на такие неспецифические раздражители, как табачный дым, запахи, т.е. возникает явление неспецифической гиперреактивности, что усугубляет состояние больного. Убедительно было также доказано формирование вторичного иммунодефицита у больных аллергическими ринитами, который проявляется нарушениями как гуморального, так и клеточного звеньев иммунитета [45].

Роль T-клеток в патологическом процессе в большей степени зависит от выработки цитокинов, а не контактного их воздействия на дыхательные пути. Цитокины же, в свою очередь, могут активировать другие клетки иммунной системы, поддерживающие воспалительный процесс, индуцировать пролиферацию, а затем и дегрануляцию тучных клеток. Увеличенное количество T-хелперов (ИЛ-4, ИЛ-5) было выявлено как у пациентов с БА, так и при сочетании АР и БА. Увеличение ИЛ-3 и гранулоцитарно-макрофагального колониеобразующего фактора отмечено у пациентов с АР и БА, на фоне роста экспрессии CD4 в поздней фазе аллергической реакции. При БА отмечено более значительное увеличение CD4 и CD25, чем при сезонном и

круглогодичном АР. Уровень активации цитокинов может коррелировать с тяжестью астматических проявлений, однако этой связи не наблюдается при ринитах [46].

Аллергические реакции, развивающиеся в слизистой оболочке носа, существенным образом влияют на его основные функции. У пациентов с АР IgE-АТ связываются с высокоаффинными рецепторами Т-лимфоцитов, находящихся в больших количествах в слизистой и подслизистой оболочках носа и придаточных пазух. Повторное воздействие аллергена приводит к дегрануляции клеток-мишеней и высвобождению медиаторов воспаления, а также активации кининовой системы. Эти медиаторы расширяют просвет сосудов, повышают сосудистую проницаемость, усиливают секрецию слизи бокаловидными клетками и слизистыми железами, стимулируют афферентные нервные волокна, формируя, в итоге, клиническую картину острого АР [47]. Стимуляция афферентных нервов, в свою очередь, запускает аксон-рефлекс, приводя к локальному высвобождению нейропептидов, вещества Р, брадикининов, способствующих дальнейшей активации и дегрануляции ТК.

Прогрессирование аллергического воспаления в слизистой оболочке носа ассоциируется с накоплением CD4+ - Т-лимфоцитов, эозинофилов, нейтрофилов и базофилов. Выявлена четкая корреляция между количеством базофилов и уровнем гистамина при отсроченной реакции, а также между количеством эозинофилов и содержанием катионного белка эозинофилов, что подтверждает их участие в аллергическом воспалении. Эозинофилы высвобождают катионный белок, вызывающий повреждение эпителия и способствующий высвобождению медиаторов из Т-лимфоцитов. Об активном вовлечении эозинофилов в аллергическое воспаление при АР свидетельствует повышение их количества во время сезонного обострения, а также выявление увеличенного числа активированных эозинофилов в соскобах со слизистой оболочки носа после воздействия аллергенов, коррелирующее с выраженностью симптомов заболевания.

Ряд авторов, учитывая общность реагирования отделов дыхательной системы и развития аллергических реакций, проводили исследования клеточного состава назального лаважа, мокроты и бронхиального смыва у больных БА и АРС. На всех уровнях системы дыхания у этих больных обнаруживалось значительное увеличение количества эозинофилов, что, несомненно, отражает степень эозинофильной инфильтрации слизистой оболочки полости носа и бронхиального дерева [48].

Вместе с тем, количество эозинофильных лейкоцитов не в полной мере отражает, те сложные механизмы хронического воспалительного процесса, которые развивается в дыхательной системе у больных БА и АР.

Разработаны тонкие лабораторные методики позволяющие оценить не только количество эозинофилов, но и концентрацию высокоактивных белков в их гранулах. Среди них выделяют большой основной протеин, эозинофильный катионный протеин, эозинофильный нейротоксин, эозинофильный протеин Х. Открытие высокоактивных протеинов в еще большей степени подтвердило ключевую роль эозинофилов в патогенезе хронического воспалительного процесса при БА и АР. Активированные эозинофилы высвобождают медиаторы воспаления и белки секреторных гранул. Они оказывают повреждающее действие на эпителий, приводят к гиперпродукции слизи, вызывает отек слизистой оболочки полости носа и бронхиального дерева [49].

В исследованиях оценки сравнительной рецепторной активности эозинофилов высокой и низкой плотности при бронхиальной астме, атопическом дерматите и хроническом описторхозе, затрагивают фундаментальный вопрос о неоднородности популяции эозинофилов. Определение в крови абсолютного числа эозинофилов низкой и высокой плотности служит для диагностики и дифференциальной диагностики и определения степени тяжести аллергических заболеваний респираторного тракта у детей. Особенно, в случае невозможности проведения функциональных исследований у детей раннего возраста, так как по данным многих авторов не менее 50% детей с БА заболевают в первые 3 года жизни. Прогноз заболевания зависит от своевременно установленного диагноза и адекватной патогенетической терапии. В этой связи, нами проведено определение в крови абсолютного количества эозинофилов низкой и высокой плотности больных изолированной БА, БА сочетанной с АР, БА сочетанной с ИАР. Динамика абсолютного количества ЭНП и ЭВП, до и после лечения у больных с БА сочетанной с АР, во взаимосвязи с проявлениями заболевания [50].

Обобщая литературные данные о сочетанной аллергической патологии, следует отметить, что в ближайшие годы нет перспективы снижения данной патологии во всем мире. Напротив, отмечается тенденция к их постоянному росту, что представляет не только серьезную медицинскую проблему, но и создает экономические трудности для больных и влияет на качество жизни пациентов [31]. Согласно рекомендациям ВОЗ, больные с персистирующим АР должны быть тщательно обследованы на наличие астмы, а пациентам с БА должно проводиться соответствующее обследование с целью выявления ринита [15, 18].

Очевидно, что профилактические и лечебные мероприятия в борьбе с аллергическими заболеваниями возможны лишь с учетом знаний их патогенеза. Объяснение механизмов аллергического воспаления. Служит обоснованием для рациональной противоаллергической терапии, включающей элиминацию, фармакотерапию и специфическую иммунотерапию [15, 16, 31].

ЛИТЕРАТУРА

1. Duncan K. Acute asthma in children of school age // BMJ 2010. - doi:10.1136/bmj.;340:c.988
2. Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. – М. – 2006. – 46 с.

3. Ашимова Ж.Р., Бексеитова А.И., Синчук Н.В. Причинно-значимые факторы возникновения бронхиальной астмы у детей // Астма и аллергия: сб. Тез. Республ. Научно-прак. Конф. – Алматы. - 2002. – С.11-12.
4. Испаева Ж.Б., Абдикадилова Г.А. Экология и аллергия у детей Республики Казахстан // Экология и здоровье детей: сб. науч. тр. Усть-Каменогорск. - 2003. – С. 49.
5. Розенсон Р.И., Тулебаев Р.К., Хамитова Г.Х., Мальцев В.Г., Дукаев С.Х. Этиология круглогодичного аллергического ринита у детей, проживающих в различных зонах радиационного риска // Вестник оториноларингологии.-1995.- №4.- С. 55-56.
6. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Штейберг М.В. Профилактика респираторных инфекций при бронхиальной астме у детей в возрасте от года до 5 лет // Педиатрия. – 2006. - №5. – С.72-77.
7. Пискунов Г.З., Клиническая ринология (Пискунов С.З.) –М.: Миклом.- 2002.- 390с.
8. Жаксылыкова Г.А., Тыныбеков А.С., Сыздыкова А.С. и соавт. Сравнительный анализ распространенности бронхиальной астмы среди школьников в отдельных городах Казахстана // Сб. науч. тр. междуна. Конф. «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям», Алматы, 2005. – С. 86-88.
9. Sundaru H. Epidemiology of asthma // Acta med Indones. - 2005. - Vol.37. -N.1- P.1-2
10. Скучалаина Л.Н. Бронхиальная астма у детей: клинико-эпидемиологическая характеристика, оптимизация диагностики и лечения: автореф....докт. мед. наук: 14.00.36. – Астана. Казахская государственная медицинская академия.- 2005. – 55 с.
11. Anderson S, Togias A. Dry air and hyperosmolar challenge in asthma and rhinitis. In: Busse WW, Holgate S, editors. Asthma and rhinitis. Oxford: Blackwell Scientific Publications Inc; 2000. p. 1449-68.
12. Мухамеджанова У.Х. Региональные особенности распространенности АР и его взаимосвязь с бронхиальной астмой у детей //Российская ринология.-2002.-№3. С. 5-7.
13. Емельянов А.В., Тренделева Т.У. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы //Вестник оториноларингологии. -2002.- №1.-С. 59-62.
14. Terreehorst L., Oosting A.J., Tempels-Pavlica Z., de Monchi J.G., Braijnzeel-Koomen C.A., Hak E., Van Wijk R.G. Prevalence and severity of allergic rhinitis in house dust mite-allergic patients with bronchial asthma or atopic dermatitis. //Clin. Exp. Allergy.-2002.-Vol. 32. P.1160-1165.
15. Ревякина В.А. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрической аллергологической службы в России.//Научно-практический журнал «Педиатрия» им. Г.Н. Сперанского.- 2003.- №4.-С.47-52.
16. Нестерова А.В. Клинико-иммунологические особенности аллергических ринитов при сочетании с atopической бронхиальной астмой у детей. //Автореф. на соиск. уч. ст. к.м.н. – С-П. – 2005. – 38 с.
17. Белоглазов В.А., Балабанцев А.Г., Завлий М.А., Знаменская Л.К., Крылов Т.А. Диагностика и лечение сочетанной аллергической патологии верхних и нижних дыхательных путей //Российская ринология.-2004.- №1. С. 44-47.
18. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы //Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Изд. «Атмосфера». – 2002. – 160 с.
19. Лусс Л.В. Аллергический ринит: проблемы, диагностика, терапия // Лечащий врач. – 2002.- №4.- С.24-30.
20. Балаболкин И.И. Дермо-респираторный синдром у детей // Детский доктор. - 2000. – С. 24 -26.
21. Балаболкин И.И. Современная концепция патогенеза и принцип терапии аллергических заболеваний у детей // Педиатрия.- 2003.- №4.- С.52-53
22. Bail T.M., Gastro-Rodriges J.A., Griffiths K.A. Siblings, Day care attendance, and the risk of asthma and wheezing during childhood // N. Engl. J. Med.-2002. – vol. 342.- p.538-540.
23. Богомильский М.Р. Об особенностях аллергических ринитов у детей.//Российская ринология.-1999.- №1.- С.35-37.
24. Тулебаев Р.К., Ермакова Р.К., Джайнакбаев Т.Н. Актуальные вопросы эпидемиологии аллергических заболеваний верхних дыхательных путей в Казахстане //Российская ринология. -1996.-№2 (3). - С. 122-123.
25. ReiningerR., ExnerH., KudernaC, RumpoldH., BalicN., ValentaR., Spitzauer S. Possible modes of allergen-specific sensitization and boosting in an atopic child.//Int Arch Allergy Immunol.- 2003.- Apr 130:275-279.
26. Cunningham J.M., ChiuEJ., Landgraf J.M., GliklichR.E. The health impact of chronic recurrent rhinosinusitis in children.//Arch Otolaryngol Head Neck Surg.-2000.-Nov 126:1363-1368.
27. Wandalsen N.F., De Mingo R.A., Sole D., Naspitz C.K. Bronchial hyperresponsiveness in atopic children and in their families.//J. Allergy and Clin. Immunol.- 2000,-105, №1.- Pt.2.- P.319.
28. Magnan A, Fourre-Julian H, et al. Rhinitis alone or rhinitis plus asthma: What makes the difference? Eur Respir J 2002; 12: 1073-1078.
29. Kilpelainen M, Terho E.O., Helenius H., Koskenvuo M. Validation of a new questionnaire on asthma, allergic rhinitis, and conjunctivitis in young adults V/A Uergy.- 2004.- May 56:377-384.
30. Tuma E., Rothenfusser S., HartmannG, WollenbergB. Identification of CD11c+ myeloid dendritic cells in adenoids and in nasal mucosa of patients with and without allergies.//Laryngorhinootologie.- 2005.- Aug 81:580-585.
31. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. М.:Медицина. – 2003.-407 с.

32. Гущин И.С., Ильина И.И., Польшер С.А. Аллергический ринит // Пособие для врачей.//ГНЦ - Институт иммунологии МЗ РФ.- РААКИ.- М.- 2002.- 68 с.
33. Хаитов Р.М. Юшническая алергология. Руководство для практикующих врачей.//М.: «Медпресс-информ».- 2002.- 623 с.
34. Bavbek S., Kumbasar EL, Tugsu H., Misirligil Z. Psychologikal status of pa tients with seasonal and perennial allergic rhinitis.//J. Investig. Allergol. Clin.Immunol.-2006-12:204-210.
35. Завгородняя Е.Г., Прозоровская К.Н., Челидзе Н.Д. Некоторые аспекты эпидемиологии, патогенез и консервативного лечения аллергического ринита// Вестник оториноларингологии. – 2000.- №5.- С. 73-75.
36. Gerth van Wijk R.G., de Graaf-in't Veld C, Garelds I.M. Nasal hyperreactiv-ity.//Rhinology.-2004.- Jun.37:50-55.
37. Пыцкий В.И. Аллергические заболевания //М.: Триада-Х.-1999.- 470 с.
38. Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология/ / Пер, с англ.//М.:Мир.-2000.- 592 с.
39. Блохин Б.М. Ринит, синусит и бронхиальная астма.//Российская ринология.-1999.-С.33-34.
40. Геппе А.Н., Эрдес СИ. Антагонист лейкотриеновых рецепторов — сингулар в лечении бронхиальной астмы у детей.//Лечащий врач,- 1998.- №4.-С.8-11.
41. Быкова В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей.//Российская ринология.-1999.- №1.- С,5-9.
42. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни. Диагностика и лечение.//ГЭОТАР.- М.Медицина.- 2000.- 768 с.
43. Балмасова И.П., Жесткое А.В., Лебедин Ю.С. Ринология - взгляд с позиции иммунологом/Российская иммунология,- 2000,- №1.- С.33-35.
44. Gargano D., Romano C, Manguso F., Cutajar M., Altucci P., Astarita C. Relationship between total and allergen-specific IgE serum levels and presence of symptoms in farm workers sensitized to *Tetranychus urticae*.//Allergy.- 2002.-Nov 57:1044-1047.
45. Титов Л.П., Кирильчик Е.Ю. Особенности иммунного статуса у часто и длительно болеющих детей с сопутствующей аллергической патологией //Иммунология. - 2000. - №3. - С.29-33.
46. Gereda J.E., Leung D.Y., Thatayatikom A., Streib J.E., Price M.R., Klinnert M.D., Liu A.H. Relation between house-dust endotoxin exposure, type 1 T-cell development, and allergen sensitisation in infants at high risk of asthma.//Lancet- 2003.- May 355:1680-1683.
47. Benson M., Carlsson B., Carlsson L.M., Wennergren G., Cardell L.O. In creased expression of Vascular Endothelial Growth Factor-A in seasonal aller gic rhinitis.//Cytokine.- 2002.- Dec 20:268-273.
48. Журавская Н.С., Виткина Т.И., Круковская Е.А. Метод мазков – отпечатков со слизистой носа в диагностике заболеваний органов дыхания //Клиническая лабораторная диагностика. – 2002. - №2. – С 40-42.
49. Берестецкий А.Б., Лещенко И.В., Бельтюков Е.К., Попова С.Д., Кардашина И.А. Различия свойств эозинофилов крови у больных бронхиальной астмой, атопическим дерматитом и описторхозом // Пульмонология. – 1997.- №4.- С.34-42.
50. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и алергология // Киев.- Изд.:ООО «Полиграф плюс». – 2006. – 480 с.

УДК: 616.89-008.441.33-039.71 (574)

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О МАСШТАБАХ И ТЕНДЕНЦИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕЛЕГАЛЬНОГО НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Б. Ережесов

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар

ТҮЙІН

Бұл мақалада әлемде және ТМД елдерінде химиялық тәуелділіктің негізгі түрлерінің таралуы туралы мәліметтер келтіріледі. Тәуелділіктің жеке түрлерінің таралуының басты көрсеткіштерінің динамикасы толық суреттеледі. Психикалық активті заттарды медициналық емес пайдалануға балалардың, жасөспірімдердің және жастардың еліктеуі туралы эпидемиологиялық деректер талданады.

Өзекті сөздер: психикалық активті заттар, химиялық тәуелділік, эпидемиология

SUMMARY

The resume. In the given clause the data on distribution of the basic kinds of chemical dependence in the world and the UIS countries are resulted. The dynamics of the basic parameters of distribution of separate kinds of dependence is in detail described. The epidemiological data about the involvement of children, teenagers and youth in not medical use of psychoactive substances are analyzed.

Keywords: psychoactive substances, chemical dependence, epidemiology.

Ключевые слова: психоактивные вещества, химическая зависимость, эпидемиология.

1. Общемировые тенденции распространения нелегального наркопотребления в мире.

По данным департамента по наркотикам и преступности ООН, Европейского Центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости, в период 2006-2007 г.г. не менее 4,9% населения мира имели опыт потребления наркотических средств с немедицинской целью. То есть, речь идет о популяции в 200 миллионов человек, 100 миллионов из которых злоупотребляют наркотиками с вредными последствиями. По имеющимся данным, 25 миллионов представителей данной популяции имеют все признаки наркотической зависимости. Самыми распространенными наркотиками в мире являются каннабиноиды (гашиш, марихуана) – 81% от общей популяции наркопотребителей. Далее идут амфетамины – 12,5%. Опиоиды употребляют 7,95% наркопотребителей. Кокаин стоит на четвертом месте – 6,7%. Основная тенденция наркопотребления последних 15 лет (начиная с 1992 года) – рост по трем из четырех наиболее востребованных групп наркотических веществ. Максимальный рост по группе каннабиноидов – плюс 4,5% с 1992 г., несколько меньший прирост по группе амфетаминов – плюс 1,1% за аналогичный период. По кокаину прирост составил 0,5%. Отмечается стабильная ситуация по группе опиоидов.

При этом, однако, следует учитывать, что показатели преждевременной смертности в этой последней группе наиболее высокие [1, 2].

Интерес представляют сравнительные данные о распространенности употребления психоактивных веществ среди подростков. При исследовании уровней употребления психоактивных веществ среди учащихся 15-16 лет по европейскому региону (34 страны) и в Российской Федерации были получены следующие данные. Курение распространено среди 22% подростков в европейском регионе (по РФ – 29%). Употребление алкогольных напитков (в целом) – по Европейскому региону – 27%, по РФ – 23%. Крепкие алкогольные напитки в Европе употребляют до 40% подростков (в РФ – 19%). Вино – по Европе – 35%, РФ – 31%. Уровень потребления пива подростками РФ несколько выше – 52%, против – 49% в Европейском регионе. Ситуация с употреблением наркотических веществ и ингалятов следующая. Продукты конопли употребляют по 19% подростков, как в Европейском регионе, так и в РФ.

Такая же ситуация по экстази (по 3% в сравниваемых регионах), галлюциногенам – ЛСД (по 3%), грибам (по 2%) и амфетаминам (по 1%) в сравниваемых регионах. Подростки в странах Европы употребляют ингалянты чаще, чем подростки, проживающие в РФ (9% против 7). Таким образом учащиеся в РФ опережают Европейских сверстников по уровням употребления табака и пива, и «проигрывают» в отношении употребления крепких алкогольных напитков и ингалятов. В целом, достаточно высокий уровень употребления представителями восходящего поколения легальных и, особенно, нелегальных психоактивных веществ не может не настораживать [3, 4, 5, 6, 7, 8].

2. Масштабы и тенденции распространения злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами в странах СНГ

По Российской Федерации в 2008 году специализированными учреждениями Минздравсоцразвития было зарегистрировано 3 миллиона 318 тысяч больных наркологическими расстройствами, т.е. 2336,6 больных в расчете на 100 тыс. населения или около 2,3% общей численности населения. По сравнению с 2007 годом показатель распространенности снизился на 1%, что отражает тенденцию последних 5 лет. Наблюдается некоторое снижения учтенной распространенности наркологических расстройств со средне годовым темпом на 0,6%. Следует отметить разнонаправленность данной тенденции среди мужского и женского населения: если показатель распространенности среди мужчин снижался со средней скоростью 1% в год, то среди женщин, напротив, возрастал на 1,6% в год. В целом, за последние 5 лет среди женского населения РФ этот показатель увеличился на 8,3%.

По классам основным психоактивных веществ также прослеживается разнонаправленная динамика. В 2008 году, в сравнении с показателями 2007 года, снижался уровень распространения алкогольной зависимости – 1,8%, токсикомании – на 4,4%. А вот показатель распространенности наркомании увеличился на 0,6%. При этом наркотическая зависимость и употребление наркотиков с вредными последствиями в общей структуре наркологических заболеваний составляли в рассматриваемый период времени, соответственно, 10,6% и 5,4%, что составляло 356 188 и 181 586 населения в абсолютных цифрах. Зависимые от опиоидов составляли абсолютное большинство – 87,7%. Отмечается, что уровни распространения наркозависимости в отдельных регионах РФ могут отличаться в 30 раз.

Максимальные показатели зарегистрированы в Самарской области и в пяти регионах Сибири. Удельный вес потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) из общего числа зарегистрированных наркозависимых, по данным на 2008 год составляет 70,8% или 389 302 в абсолютных цифрах. Удельный вес ВИЧ-позитивных среди ПИН – 12,1%. Показатели учтенной распространенности наркологических расстройств среди детей имели тенденцию к снижению по всем видам зависимостей (с 271,9 до 238,5 на 100 тыс. населения). Среди подростков отмечался некоторый рост показателей по профилю алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем с 1843,2 до 1992,0 на 100 тыс. подросткового населения, профилю расстройств, связанных с наркотиками – с 461,3 до 478,3 на 100 тыс. подросткового населения, профилю расстройств, связанных с токсическими веществами – с 281,5 до 291,2 на 100 тыс. подросткового населения [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Интерес представляют данные о динамике потребления алкоголя, наркотиков и других ПАВ представителями восходящего поколения – подростками возраста 12-16 лет, проводимых в РФ в 1999, 2003-2004, 2007 г.г. Представленные данные свидетельствуют о том, что несмотря на высокий уровень экспериментального употребления психоактивных веществ в данной возрастной группе (от 25 до 1% по разным классам психоактивных веществ) в целом отмечается динамика роста анализируемых показателей с 1999 г. до 2003 г., заметного снижения уровней как экспериментального, так и регулярного (от 40 случаев и выше) употребления психоактивных веществ к 2007 году [17, 18, 19, 20, 21].

В Республике Беларусь, как и на территории постсоветского пространства, основные социальные проблемы в последние годы связаны с ростом потребления алкоголя и заболеваемости по данному профилю (отмечается рост уровня заболеваемости алкоголизмом в период с 1970 по 2005 г.г. в 5,8 раза – с показателя 51,5 до 300,8 на 100 тыс. населения). Злоупотребление алкоголем является причиной более чем половины насильственных смертей [22, 23, 24, 25].

По состоянию на июль 2009 г. численность учтенного контингента наркопотребителей и потребителей токсических веществ в Беларуси составляла 11 153. Показатель распространенности потребления ПАВ на 100 тыс. населения составил 109,6 и увеличился в сравнении с аналогичным показателем 2007 года (105,7). Так же, как и в Российской Федерации, в Республике Беларусь отмечался значительный разброс уровней распространенности вовлечения населения в химическую зависимость по регионам. Большинство из учтенного контингента наркозависимых употребляли наркотики опиоидной группы – 65,2%. Всего 7321 или 65,6% от общего числа учтенного контингента практиковали инъекционную форму наркопотребления. В последние 10 лет доля потребителей опиоидных наркотиков прогрессивно уменьшалась (в 1997 году потребители опиоидов составили 80,7% от учтенного контингента наркозависимых) за счет увеличения выявления потребителей других ПАВ, в основном – ингалятов и каннабиноидов. Большинство из учтенных наркозависимых были молодые люди до 25 лет. Интерес представляют и оценочные данные по численности потребителей инъекционных наркотиков в Беларуси на начало 2008 г. – 76 281 ПИН или 1,3% населения Республики. Эти данные более чем в 10 раз превышают официально статистические показатели. В последние годы отмечается также и тенденция к употреблению синтетических опиоидов [26, 27].

В Украине общее количество зависимых и злоупотребляющих психоактивными веществами в последние годы составляет от 800 до 900 тысяч. Рост заболеваемости по наркологическому профилю, фиксируемый в период с 1985 по 2002 г.г. (в последние годы ситуация относительно стабилизировалась), происходит за счет увеличения больных нарко и токсикоманией. Основные тенденции в эпидемиологической структуре наркоманий, отмечающиеся в самые последние годы, следующие: 1) уменьшается удельный вес больных опиоидной наркоманией; 2) растет удельный вес таких форм зависимостей как полинаркомания с использованием официальных лекарственных средств, гашишизм, эфедроновая наркомания и зависимость от других стимуляторов кустарного изготовления (в основном фенилпропаноламин). Согласно последним исследованиям, проводимым с использованием методологии «социальной сети», «метода коэффициентов», реальное количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в стране в 2009 году может составлять от 226 тыс. до 358 тыс. [28, 29, 30, 31].

В странах Центральной Азии наркологическая ситуация в последние десятилетия стремительно менялась в худшую сторону и характеризовалась следующими тенденциями: 1) устойчивое увеличение использования героина и других «тяжелых» наркотиков; 2) расширение использования наиболее опасного внутривенного способа введения наркотиков, стремительное распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); 3) резкое снижение возраста вовлекаемых в наркозависимость (включая подростков и детей). Согласно экспресс-оценке положения в области злоупотребления наркотиками, на период начала 2000 годов (пик распространения наркозависимости в данном регионе) в Кыргызстане насчитывалось от 80 до 100 тыс. наркозависимых (1,64-2,0% от населения); в Таджикистане – 45-55 тыс. наркозависимых (0,73-0,89% от населения); в Узбекистане – 65-91 тыс. наркозависимых (0,26-0,36% от населения). Основным наркотиком для внутривенного употребления являлся героин плохого качества. Самый низкий средний возраст начала употребления наркотиков и других ПАВ в рассматриваемом регионе был зафиксирован для потребителей ингалянтов – 13 лет.

Для этой же группы характерен наиболее короткий интервал между первой пробой и обращением за медицинской помощью (1,7 лет). Средний возраст употребления каннабиса варьируется 16-17 годами. Интервал между первым употреблением каннабиса и переходом к опиоидам составляет в среднем 5 лет. Средний возраст начала употребления героина составляет 21-23 года. Для опиоидов средняя длительность периода от первых проб до обращения за медицинской помощью составляет 4-5 лет [32, 33, 34, 35].

3. Масштабы и основные тенденции распространения зависимости от наркологических и других психоактивных веществ в Республике Казахстан

В Республике Казахстан масштабные эпидемиологические исследования наркологического профиля в последние годы проводились трижды в 2001, 2003, 2006 г.г. По результатам данных исследований общая популяция наркозависимых в Республике составляет от 200 до 250 тысяч. В течение последних 15 лет (период 1992-2007 годов) число наркозависимых лиц, впервые взятых на учет, увеличилось более чем в 20 раз (с 3,5 до 70,2 на 100 тыс. населения). А число учтенного контингента с диагнозом наркомания – в 12,6 раза (с 28,6 до

361,2 на 100 тыс. населения). Беспрецедентные темпы роста распространения наркозависимости среди всех возрастных категорий населения РК отмечались, в основном с начала 90-х до начала 2000 г.г. (кризисное десятилетие). После чего ситуация относительно стабилизировалась. Результаты вышеприведенных репрезентативных эпидемиологических исследований существенно расходятся с данными официальной статистики по учтенному контингенту наркозависимых, согласно которым последний составляет 55102 человека на конец 2009 года. В последние годы отчетливо обозначались тенденции опережающего роста наркозависимости среди женщин – их обращаемость за наркологической помощью в период 1991-2007 г.г. увеличилось в 25 раз.

А также – среди подростков – в период с 1991 по 2007 г.г. число подростков с выявленной наркоманией увеличилось более чем в 50 раз. В 2008 г. отмечается незначительный рост первичной и снижение общей заболеваемости наркологического профиля (первичный – с 383,0 до 390,4 на 100 тыс. населения; учтенного контингента – с 1948,3 до 1933,9 на 100 тыс. населения), что отражает тенденцию последних лет, начиная с 2002 года. Следует отметить, некоторое изменение структуры наркопотребления – снижение удельного веса употребления опиоидов, при росте выявляемости зависимых от канабиноидов, стимуляторов, галлюциногенов. Показатели первичной и общей заболеваемости по профилю наркотической зависимости на 2008 год для Казахстана составляют 60,3 и 348,8 на 100 тыс. населения соответственно, при общей тенденции к уменьшению в последние годы. Обозначенные тенденции к уменьшению первичной и общей заболеваемости по профилю наркотической зависимости (с периода 2003-2004 г.г.) характерны для всех дифференцируемых контингентов, включая женщин, детей, подростков. В то же время в некоторых регионах Казахстана с быстро растущим населением (г.г. Астана) показатели первичной заболеваемости наркологического профиля незначительно выросли.

Интерес представляют результаты национального школьного исследования по алкоголю и наркотикам, проведенного в РК в 2007 и 2008 г.г. среди учащихся возраста 9-17. В частности выявилось, что до 12,1% учащихся регулярно употребляют алкоголь, а 3,4% были в состоянии опьянения больше 40 раз. Курят 14% подростков, употребляют насвай – 2,1% учащейся молодежи. По данным исследования 2007 года регулярное употребление наркотических веществ в школьной среде (в основном гашиш и марихуана) было отмечено в 1,2%. При обследовании 2008 года были получены цифры – 3,3%. При этом было отмечено, что потребление ПАВ распространено в основном среди лиц старшего подросткового возраста (14-17 лет). Однако обращалось внимание на прогрессирующее снижение возраста первых проб в каждом последующем поколении в отношении всех психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотики). Мальчики приобщаются к потреблению ПАВ в более раннем возрасте, чем девочки, и чаще вовлекаются в потребление наркотических и токсических веществ [36, 37, 38, 39, 40, 41, 42].

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о беспрецедентных масштабах и темпах распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения различных стран и регионов мира. Особенную тревогу вызывают новые данные о вовлеченности детей, подростков, молодежи в немедицинское употребление психоактивных веществ и различные виды химической зависимости. Следовательно, первично-профилактические программы антинаркотического профиля, действующие в настоящее время, являются малоэффективными. А исследования, проводимые в этом направлении – незавершенными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г. // Ж. Наркология. – М., 2007. – №№ 7-12.
2. Доклад международного Комитета по контролю за наркотиками за 2007 год // Ж. Наркология. – М., 2008. – №№ 8-12.
3. Richardson S.C., Politicou K., Terzidou M., Maka Z., Kokkevi A. The Quality of Data obtained from Self-Completed Questionnaires in a Survey of High School Students // *Quality & Quantity*. 2006. № 40. P. 121-127.
4. Kokkevi A., Gabhainn S.N., Spyropoulou M. and The Risk Behaviour Focus Group of the HBSC. Early Initiation of Cannabis Use: A Cross-national European Perspective // *Journal of Adolescent Health*. 2006. Vol. 39. P. 712-719.
5. Kokkevi A., Arapaki A., Richardson C., Florescu S., Kuzman M., Stergar E. Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in Six European countries // *Drug and Alcohol Dependence*. 2007. Vol. 88. P. 308-312.
6. Kokkevi A., Fotiou A., Richardson C. Drug Use in the General Population of Greece over the Last 20 Years: Results from Nationwide Household Surveys // *European Addiction Research*. 2007. Vol. 13. P. 167-176.
7. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в российской Федерации. – Москва, 2009. – 119 с.
8. Вышинский К.В. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ среди молодежи в России и странах Европы // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием*. – М., 2009. – С. 230-231.
9. Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Краснятова Ю.А. Динамика наркотической ситуации и организационные основы реабилитации больных опийной наркоманией // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. – Томск, 2005. – С. 118-120.

10. Бохан Н.А., Мандель А.И., Трефилова Л.Л. Особенности наркологической ситуации в Томской области в 2000-2005 г.г. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – С. 54-55.
11. Брюн Е.А., Шамота А.З., Ванисова Н.Г., Валькова У.В. Основные показатели, характеризующие состояние наркологической службы и распространенность наркомании в Москве в 2000-2006 г.г. // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 4. – С. 115-128.
12. Иванов В.П. О наркоситуации в Российской Федерации: новые вызовы и угрозы // Материалы совещания главных наркологов и главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (15-19 сентября 2008 г.). – 2008. – С. 11-22.
13. Киржанова В.В. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологическими расстройствами в России в 2006-2007 г.г. // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2008. – № 6. – С. 53-66.
14. Кошкина Е.А. О работе наркологической службы в 2007 г. и основных тенденциях распространения наркологических заболеваний в Российской Федерации // Материалы совещания главных наркологов и главных детских наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (15-19 сентября 2008 г.). – 2008. – С. 47-59.
15. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // Ж. наркология. – М., 2009. – № 8. – С. 41-46.
16. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 годах (статистический сборник). – Москва, 2009. – 139 с.
17. Скворцова Е.С., Елчина И.С. Распространенность потребления наркотически действующих веществ среди городских подростков-школьников России в 2003-2004 г.г. // Ж. Психическое здоровье. – М., 2006. – № 10. – С. 3-7.
18. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Федулов А.П. Динамика распространенности употребления алкоголя среди учащихся Москвы по результатам анонимного анкетирования (1999, 2003, 2007 г.г.) // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 2. – С. 85-94.
19. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамота А.З., Киржанова В.В., Константинова Н.Я., Федулов А.П., Валькова У.В. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. Методология проведения исследования. Часть 1. // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 5. – С. 20-27.
20. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамота А.З., Киржанова В.В., Константинова Н.Я., Федулов А.П., Валькова У.В. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. Результаты исследования. Часть 2. // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 8. – С. 47-60.
21. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Павловская Н.И., Гуртовенко В.М., Паронян И.Д., Шамота А.З., Киржанова В.В., Константинова Н.Я., Федулов А.П., Валькова У.В. Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам в Российской Федерации. Результаты исследования. Часть 3. // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 9. – С. 34-41.
22. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и эпидемиологические параметры алкоголизма в Беларуси // Ж. Наркология. – М., 2008. – № 11. – С. 36-43.
23. Немцов А.В. Реальна ли оценка потребления алкоголя в Беларуси? (Комментарии к опубликованным статьям) // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 1. – С. 76-79.
24. Немцов А.В., Давыдов К.В., Разводовский Ю.Е. Сравнительный анализ алкогольной ситуации в Беларуси и России // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 1. – С. 52-60.
25. Разводовский Ю.Е. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска насильственной смерти // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 2. – С. 50-56.
26. Лелевич В.В., Винницкая А.Г., Лелевич С.В., Разводовский Ю.Е. Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси // Ж. Вопросы наркологии. – М., 2009. – № 1. – С. 67-75.
27. Лелевич В.В., Винницкая А.Г., Разводовский Ю.Е., Лелевич С.В. Эпидемиологические аспекты распространения наркотических и токсикоманических веществ в Республике Беларусь // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 239-241.
28. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине // Ж. Наркология. – Москва, 2005. – № 4. – С. 12-17.
29. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б., Дьяченко Л.И., Минко А.А. Динамика зависимости от психоактивных веществ в Украине и ее влияние на некоторые параметры наркологического диспансерного учета // Ж. Психическое здоровье. – М., 2007. – № 2. – С. 28-34.
30. Линский И.В., Минко А.И., Первомайский Э.Б., Дьяченко Л.И., Минко А.А. Актуальные тенденции развития зависимости от ПАВ в Украине // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. – Москва, 2007. – С. 61-62.
31. Салюк Т.А., Берлева А., Петренко Т., Шваб И.А. Оценка численности групп риска в Украине // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 188-189.

32. Кумпл Ф., Франке С. Предварительное содействие в сокращении спроса на наркотики: Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2002. – Т. II, № 3. – С. 19-54.
33. Космухамедова Ж. Наркоситуация в зоне “Ошского узла” // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 1. – С. 102-112.
34. Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Асанов Т.К. Эпидемиологические особенности инъекционной наркомании в Кыргызстане // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2003. – Т. IX, № 3. – С. 81-86.
35. UNODC. Тенденции спроса на лечение в Центральной Азии (2003-2005 г.г.) // Злоупотребление наркотиками в Центральной Азии. – 2006. – 44 с.
36. Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2005-2006 г.г. (статистический сборник). – Павлодар, 2007. – 82 с.
37. Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год». – Павлодар, 2008. – 99 с.
38. Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2006-2007 г.г. (статистический сборник). – Павлодар, 2008. – 85 с.
39. Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2008 год». – Павлодар, 2009. – 63 с.
40. Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2007-2008 г.г. (статистический сборник). – Павлодар, 2009. – 85 с.
41. Республика Казахстан. Наркоситуация в 2007 году. Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков» программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (КАДАП). – Астана, 2009. – 60 с.
42. Распространенность и особенности потребления психоактивных веществ среди учащихся городских школ РК. – Павлодар, 2009. – 73 с.

УДК 616-053.2:614.2

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОБЗОР)

К.О. Ильясова

Областной эндокринологический диспансер, г. Шымкент

ТҮЙІН

Өткізілген ғылыми жұмыстардың сараптамасы қоршаған ортаның антропогендік өзгерістері науқас балалардың бойына көпжақты кері әсерін айқындады. Аталған жұмыстар балалар денсаулығының тереңірек зерттелуі және олардың сауығуына әдістемелерді жетілдіру қажеттілігін негіздейді.

SUMMARY

Analysis of literature revealed a multifaceted role of anthropogenic environmental change in the growth of infant morbidity. These circumstances justify the need to better understand the health status of children, to develop approaches to their recovery.

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований и анализ статистических данных свидетельствуют о существенных негативных сдвигах в состоянии здоровья детского и подросткового населения. За последнее десятилетие по Республике Казахстан число детей-инвалидов выросло 2,7 раза количество хронических больных на более чем 32,7%. Доля детей 1 группы здоровья среди школьников не превышает 10%. Около 60% старшеклассников страдают хроническими заболеваниями у 10% выпускниц школ выявляется патология репродуктивной системы (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Негативные демографические процессы отражаются на статусе семьи и материнства (8,9,10). За последние 10 лет 1,2 раза увеличился уровень брачности, во столько раз возросла разводность. Около 11% детей рождаются вне брака. Менее 10% женщин, готовящихся стать матерями, признаются здоровыми (11, 12). Негативные процессы характеризуют репродуктивное здоровье мужской части населения (13). Доля нормальных родов за период 2000-2007гг. снизилась на 13,7%. Отмечается рост частоты бесплодия, анемии, токсикозов, инфекционно-воспалительных заболеваний у женщин (14,15).

Если 1997 году в Казахстане на 1000 женщин репродуктивного возраста зарегистрировано рождение 19,8 детей, то в 2000 году 23,7; 2007 году 25,2 детей. Уровень младенческой смертности после 1997 года не имел роста, но ее уровень и структура отмечаются от таковых в экономически благополучных странах (16,17). Ухудшение состояния здоровья новорожденных определяются ростом частоты сепсиса, гемолитической болезни, врожденных пороков, случаев внутриутробной инфекции и недоношенности (18, 19, 20). Последние 10 лет в Южных районах республики наблюдается снижение темпов физического развития и функциональных

показателей астенизация телосложения детей (21, 22, 23). За последние годы распространенность дефицита массы среди подростков выросла в 1,5 раза. Более чем у 25% подростков - школьников отмечается задержка полового развития, снизились средние показатели динамометрии и жизненной емкости легких у старшеклассников. Увеличение доли детей с нарушением физического развития повышает риск их заболеваемости.

Рост заболеваемости затрагивает практически все нозологические группы (23,24). В структуре болезней увеличилась доля хронической патологии, которая манифестирует в более раннем возрасте. Это касается хронических гастродуоденитов и язвенной болезни, хронических бронхитов и бронхиальной астмы (25, 26, 27, 28). Значительный рост произошел в группах болезней, имеющих наиболее тяжелый прогноз. Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями возросла за десятилетие на 74%, частота появления врожденных пороков развития за период 1991-97гг. в 1,5 раза (29,30). Эти факты указывают на рост «генетического груза» в популяции (31,32).

Негативные изменения наблюдаются в состоянии психического здоровья детей (75,180). У 80% школьников в городах определяются симптомы нервно-психических нарушений (33). Детская инвалидность по причине психических заболеваний выросла за 10-летие на 34%.

Практически во всех регионах (34, 35) Казахстана как и во всем мире (36, 37, 38, 39), на протяжении 2-3 десятилетий фиксируется устойчивый рост тиреоидной патологии, независимо от наличия эндемического гипойодоза. При этом зоб у детей формируется в более раннем возрасте, ступневаются половые различия в его распространенности (40,41). За период 1991-97гг. на 37% увеличилось число женщин вступающих в репродуктивный возраст с зобом, что является одной из причин, способствующих росту патологии беременности, родов и постнатального периода (42).

Оценка вклада различных факторов и формирование здоровья населения неоднозначна. Однако, общепризнанно, что на уровень развития здравоохранения приходится не более 10%. Наиболее же значение играют наследственность, образ жизни и состояние окружающей среды. Доля каждого из них не одинакова для различных территорий, возрастных групп и социумов (43). Эпидемиология детской заболеваемости наиболее точно и чувствительно отражает действие экзогенных факторов из-за большего охвата медицинскими осмотрами, меньшей подверженности вредным привычкам и профессиональным вредностям, меньшей перемещаемости (44).

Неполноценное питание детей (недостаток отдельных нутриентов или их дисбаланс) получили широчайшее распространение (45, 46, 47, 48). В рационе детей снизилось количество мяса и рыбы, морепродуктов в целом, молочных продуктов, фруктов и овощей. Выросла доля легкоусвояемых углеводов, возник дефицит белка, микроэлементов (в том числе железа), кальция и витаминов (49). Пищевой дефицит кальция является одной из причин роста частоты ювенильных остеопений. Обследование городских школьников показало наличие гиповитаминозов С, А, Е, И В2 у 30-95%. Около 70% детей грудного возраста получают искусственное вскармливание (50). Дефицит белка в питание детей до 3-х лет не только негативно влияние на их физическое развитие, но и препятствует нормальному психическому развитию. Подобное же последствие может иметь перенесенное в раннем детстве железодефицитное состояние (51). Недостаточное поступление с пищей эссенциальных элементов, таких как железо, кальций, селен и цинк приводит к усилению усвоения и токсичности свинца, калия, меди и других экологически значимых агентов. В сельских регионах снизилось потребление привозных продуктов, что способствует усилению эндемических гипомикроэлементов (52).

Следующим негативным фактором является непомерно возросшая информационная и психо-эмоциональная нагрузка, связанная как с процессом обучения, так и с нерациональным проведением досуга и внутрисемейными отношениями. Школа постепенно превращается из фактора, охраняющего здоровье и фактор его нарушений. Гиподинами, информационные перегрузки, не сбалансированный режим дня, выходя за рамки адаптивных возможностей детского организма вызывают неврозы, способствуют реализации психоневрологической и соматической патологии (53,54). Особенно страдают дети, обучающиеся в школах нового типа – лицеях, гимназиях, где практикуется увеличение учебной нагрузки (55, 56, 57). Вне школьной среды в семье участились случаи жесткого обращения, эмоциональной депривации.

Всесторонний негативный вклад в формирование психоневрологического и соматического здоровья детей вносит телевидение, занятия с компьютерами и видеоиграми (58, 59, 60). Плохие санитарно-гигиенические условия проживания, хронический стресс повышают напряженность нейроэндокринной системы, приводят к истощению ее функциональных резервов, что может обуславливать рост частоты патологии нервной и эндокринной систем (60, 61, 62, 63). Значительное распространение среди детей получили курение, наркомания и употребление спиртного.

В большинстве эпидемиологических исследований сравниваются показатели здоровья детей, проживающих в районах, отличающихся интенсивностью и гаммой антропогенных факторов. Естественные фоновые различия сравниваемых территорий редко учитываются и вообще изучаются, хотя знание их необходимо для правильной оценки роли привнесенных факторов (63). Кроме того, антропогенные наслоения на природные очаги порождают возникновение качественно новой очаговой болезни (64, 65, 66, 67). Среди природных факторов значение имеют климат, химический состав почв и воды. Из климатических

характеристик следует отметить температуру, влажность воздуха (роза ветров, препятствия вентиляции атмосферы) (68).

Эндемические заболевания распространены повсеместно, они затрагивают все системы и органы человека (69). Эндемический зоб представляет собой заболевание, в генезе которого одно из ведущих мест принадлежит биогеохимическим особенностям среды (70,71). Существует ряд географических закономерностей распространения зобной эндемии. Поймы рек, низины и склоны имеют более высокий риск из-за вымывания йода. Легкие и бедные гумусом серые лесные и, в особенности, дерново-подзолистые, аллювиальные, торфяные и болотные почвы способствуют эндемии. Черноземы практически исключают гипойодоз, в крайнем случае, возможна легкая эндемия при наличии других способствующих факторов на выщелоченных черноземах (72, 73). В условиях Черноземья зобные эндемии обусловлены иными, нежели гипойодоз дисмикроэлементозами (74).

Подобные указанные выше закономерности характеризуют содержание в почве и других химических элементов: металлов, селена, которыми богаты черноземы и бедны кислые, более легкие почвы (75, 76, 77, 78). Поймы рек и вообще ландшафты, имеющие высокий водоток являются зонами эндемического неблагополучия. Черноземы не только богаты эссенциальными элементами, но и хорошо связывают техногенные металлы, например, свинец.

Влияние низкого содержания микроэлементов в среде на особенности местной заболеваемости в условиях Казахстана мало изучено. Есть сведения о связи природного гипоселеноза с повышенной онкологической заболеваемостью (79, 80). Изменение природных ландшафтов в результате хозяйственной деятельности человека может приводить к снижению или повышению степени эндемичности, причем, в различные сроки. Описано исчезновение зобной эндемии через 25 лет после вырубке лесов (81). Негативное значение для биогеохимической циркуляции микроэлементов могут иметь истощение и закисление почв, недостаточное известкование и другие нарушения аграрных технологий.

В Казахстане более 50% территории эндемично по зобу. Многочисленные исследования доказывают, что даже легкая эндемия накладывает отпечаток на местную заболеваемость. У детей из эндемичных районов заболеваемость в целом выше в 1,5 раза. Легкий йододефицит в первой половине беременности отрицательно сказывается на развитии мозга плода. В зонах эндемии у детей ниже способность к обучению, ниже средний интеллектуальный уровень, ниже показатели физического развития, чаще встречаются отклонения в половом развитии (82). Среди женщин здесь более распространены нарушения репродуктивной функции, мертворождения, спонтанные аборты среди детей чаще встречаются врожденные пороки, нарушения иммунитета, выше заболеваемость болезнями крови, дыхательной нервной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, ЛОР – органов, выше пораженность детей кариесом (83, 84, 85). Отсутствие нарушений гормонального статуса при лабораторных исследованиях не отрицает наличия скрытой гипопункции. Гипотиреоз при этом может проявляться лишь в условиях повышенной нагрузки, делая организм более чувствительным к другим негативным факторам, сужая адаптивные рамки (86).

Недостаток йода – далеко не единственный фактор эндемического зоба. Описано множество регионов, где большая тяжесть зобной эндемии не соответствует легкому гипойодозу или поступление йода оптимально. Большинство подобных случаев связано с дисбалансом в окружающей среде металлов естественного или техногенного происхождения (87, 88, 89, 90).

Кобальт влияет на тиреогенез и в условиях его дефицита, особенно при избытке марганца, наблюдается эндемический зоб (91). Однако, в избытке кобальт ингибирует тиреопероксидазу, что также приводит к гипопункциональной гиперплазии (92, 93, 94, 95). Избыток хрома при низком поступлении йода стимулирует, а при высоком – угнетает функцию железа. Описаны хромовые эндемии в провинции с нормальной медианой йодурии (96). Эндемический зоб наблюдается в районах с высоким содержанием в среде марганца, с низким – меди, молибдена и железа (97, 98, 99, 100). Зоб может встречаться и при недостатке марганца в условиях нормойодоза, в свинцовых аномалиях.

Часто в эндемических по зобу районах почвы бедны кальцием, фосфором, калием и цинком. Предполагается, что значение может иметь содержание в воде и почве магния, лития и карбонатов (101, 102, 103). Из неметаллических химических факторов значение имеют избыток фтора, недостаток брома и бора, усугубляющие йододефицит. Селен принимает участие в тиреогенезе, и его недостаток может способствовать развитию зоба.

Водоснабжение из артезианских высоко-фторсодержащих горизонтов распространено в средней полосе. Европейской части РФ, в том числе и в Рязанской области (104, 105). При концентрации фтора в питьевой воде выше 2 мг/л половина населения поражено флюорозом, при концентрации выше 3мг/л – 90%. Широта патогенного влияния избытка фтора выходит за рамки опорно-двигательного аппарата и зубной ткани, затрагивая, прежде всего, желудочно-кишечный тракт и щитовидную железу (106). В условиях избыточного поступления фтора у детей повышена распространенность рахита, анемий, аллергических заболеваний, оксалатурии и другой почечной патологии, чаще выявляются функциональные органические нарушения пищеварительного тракта, эозинофилия. Учащение перечисленной патологии отмечено не только в эндемичных условиях, но и при проведении фторирования воды и продуктов с профилактической целью (107). Фтор легко вмешивается в физиологические процессы благодаря высокой всасываемости, высочайшей химической

активности и способности вытеснять из биологических соединений йод. Вместе с тем, степень влияния фтора в концентрации 1,5 –5 мг/л на внутренние органы, в том числе щитовидную железу разными исследователями трактуется неоднозначно. Во многих работах отмечается стимулирующее действие таких концентрации на ряд органов, в частности, щитовидную железу, кроветворение и др.

Химический состав питьевой воды в значительной степени влияет на спектр местной заболеваемости (108). Слишком мягкая вода содержит недостаточно эссенциальных элементов, что способствует гипертонии, патологии сердечно-сосудистой системы и пищеварительного тракта, нефритам. В таких регионах хуже здоровье новорожденных, чаще встречаются гемолитические желтухи, анемии, переломы, врожденные пороки (109, 110). При пользовании слишком жесткой воды учащаются уролитиаз, нефриты, болезни пищеварительного тракта, эндокринной системы и опорно-двигательного аппарата. Известны онкогенные эффекты, зависящие от состава воды. Если эндемическая заболеваемость имела последнее столетие тенденцию к сужению ареалов и смягчению тяжести, то антропогенное загрязнение окружающей среды давно приобрело угрожающие масштабы и продолжает нарастать.

Среди огромного количества химических агентов, имеющих экологическое значение, особую группу составляют тяжелые металлы, характеризующиеся стабильностью, миграционной и кумулятивной способностями. Почти все они в сравнительно низких дозах способны вызывать неблагоприятные, в том числе отдаленные эффекты. Распространенность металлов в природных объектах является важным фактором как природных, так и техногенных ландшафтов.

Техногенные соединения металлов в отличие от природных обладают большей способностью к миграции из-за лучшей растворимости (112). В процессе термической обработки руд, сжигания топлива и отходов металлы переходят в высокодисперсное состояние, легко вовлекаются в отдаленную и глобальную циркуляции, активно усваиваются зеленой массой растений. Работа тепловых электростанций является основным источником выбросов никеля, ванадия хрома, ртути и бериллия (113). Транспорт поставляет не менее 60% атмосферного свинца, значительную долю кадмия (114).

В районах интенсивного их применения отмечен рост частоты врожденных пороков, онкозаболеваний, неврозов, психопатий, ДЦП, болезней пищеварительной и мочевыделительной систем, анемий и ЛОР патологии у детей (115). Высоко чувствительна к действию пестицидов иммунная система, вследствие чего наблюдается учащение и утяжеление пневмоний, растет число случаев туберкулеза, аллергической патологии, бронхиальной астмы (116,117). Имеются наблюдения, свидетельствующие о нарушении физического и полового развития у детей, проживающих в условиях загрязнения пестицидами (118).

Проведенный анализ литературы выявил многогранную роль антропогенного изменения окружающей среды в росте детской заболеваемости. В современных условиях состояние здоровья детей формируется под влиянием комплекса динамичных техногенных и социально-экономических факторов. Природным особенностям среды обитания человека, имеющим также важнейшее значение для его здоровья, последнее десятилетие в медицинских исследованиях уделяется значительно меньшее внимание. Еще меньше изучаются возможности взаимодействия естественных и антропогенных факторов. Наиболее актуально значение такого взаимовлияния для аграрных районов. Однако, изучению состояния здоровья именно сельских детей посвящается наименьшее количество исследований, чем обусловлено отсутствие комплексных программ по их оздоровлению.

Указанные обстоятельства обосновывают необходимость более глубокого изучения состояния здоровья детей, проживающих в условиях сельской местности и факторов, его определяющих, с целью разработки подходов и их оздоровлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов Г.А. Йододефицитные заболевания. Диагностика, методы профилактики и лечения (обзор). Терапевтический архив – Москва. 1997 - №10. с. 1-3.
2. Касаткина Э.П. Йододефицитные заболевания у детей и подростков // Лечащий врач – Москва. 2000 №10 – с.14-18.
3. Ковальский В.В. Геохимическая среда и жизнь. Москва “Наука” – 1982. – 76с.
4. Ларионов Т.К. Биосубстраты человека в эколого-аналитическом мониторинге тяжелых металлов – Медицина труда и промышленная экология – Москва 2000. №4. с. 30-33.
5. Мамбеталин Е.С. Экскреция с мочой химических элементов в условиях техногенного загрязнения окружающей среды – гигиена и санитария – Москва. 1992. №5-6. – с.15-17.
6. Добровольский В.В. Тяжелые металлы: загрязнение окружающей среды и глобальная геохимия// сб. Докладов конференции “Тяжелые металлы в окружающей среде” – Москва. 1980. с. 3-12.
7. Попова В.А. Тиреоидная патология у населения, проживающего в районах с высокой техногенной нагрузкой. //Медицина труда и промышленная экология – Москва. – 1999. №10. с.4-7.
8. Bacharach L. Thyroiditis in children//Pediatr. Rev 6. – 1989. – p.184.
9. Civitareale D. Puzification and characterization of thyroid transcription factor 2// Biochemical journal – 1994. v.15. – p.981-985.
10. Demole V. Toxic effects on the thyroid, fluorides and human health//WHO Monograph – Geneva. 1970 – 261p.

11. Карабалин Н.С. Планирование семьи как ключевой аспект в системе охраны матери и ребенка //Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения: Материалы Международной конференции – Алматы, 2005. с.64-66.
12. Карсыбекова Н.М., Бекбосынов Т.К., Балгимбекова Ш.А. Особенности проведения статистической выборки для медико – демократической выборки для медико-демографического исследования в Казахстане //Сб: Здоровье населения Республики Казахстан. – Алматы. 1995. с. 230-233.
13. Шарманов А.Т., Балгимбеков Ш.А., Бекбосынов Т.К., Карсыбекова Н.М. Характеристика социально-гигиенических условия жизни семьи кормящих матерей в Казахстане. //Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением – 1996. -№4. –с.108-111.
14. Булешов М.А., Бектурганов Р.С., Мусабекова Л.Е. Сравнительная оценка динамики распространенности неспецифических заболеваний, легких у детей, подростков и взрослых //Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының хабаршысы. – Шымкент – 2005. №6. – с.150-153.
15. Шарманов Т.Ш., Аманкулова Ж.С., Катарбаев А.К., Сарбаев Б.Т., Бекмуратова А.Я. Тенденции планирования семьи //Вестник КазГМУ – 2001. №11. – с.11-15
16. Аманкулова Ж.С. Социально-экономические преобразования в Казахстане и рождаемость //Здоровье и болезнь, 2002 №1- с.30-34.
17. Аманкулова Ж.С. Методы исследования и оценки демографических процессов в Республике Казахстан //Методические рекомендации. – Астана 2003 –с. 18.
18. Аманкулова Ж.С. Результативность естественного движения населения Казахстана //Материалы международной научно-практической конференции “Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан” – Алматы, 2003. – с.14-15.
19. Баранов А.А.Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблем /А.А.Баранов, Л.А.Щеплягина //Рус.мед.журнал – 2000. - №18. – С.737-738.
20. Влияние экологических факторов на рождение детей с ВПР./Е.В.Афоница, Е.Н.Нечаева, О.Н.Стуколкин, В.К.Юрьев //Экология детства: социальные и медицинские проблемы: Материалы Всерос. Науч.конф. – С.П.б. – 1994 – С.44.
21. Войцехович Б.А. К вопросу о распространении врожденных пороков развития /Б.А.Войцехович, Л.Г.Тесленко //Пробл.соц.гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000 - №4. С.7-11.
22. Врожденные пороки развития у детей и загрязнение окружающей среды /Б.Я.Резник, И.П.Минков, М.Н.Кривенькая и др. //Педиатрия. –1991. - №12. с. 37-40
23. Загрязнение окружающей среды и врожденные пороки развития по материалам гигиенического мониторинга /Б.Я.Резник, И.Л.Минков, В.Я.Прудкин и др. //Гигиена и санитария. – 1992. - №7. – С. 6-8.
24. Бабарыкин Д.А. Обмен тяжелых металлов зависит от Д-витаминного статуса организма /Д.А.Бабарыкин, В.К.Бауман //Физиол.журнал им.Сеченова – 1994 -№7 – С.88-98.
25. Баранов А.А.Фундаментальные и прикладные исследования по проблемам роста и развития детей и подростков /А.А.Баранов, Л.А.Щеплягина //Рос.вест.перинатологии и педиатрии. – 2000 - №5. с.5.
26. Иммунный статус детей, проживающих в районах с интенсивным применением пестицидов / А.С.Козлюк, Л.А.Анисимова, И.Г.Шройт, А.Ф.Василос //Гигиена и санитария. – 1987. - №6. – С.26-28
27. Испаева Ж.Б. Влияние газязнения атмосферного воздуха на заболеваемость детей и полинозами в южном регионе Казахстана/Ж.Б.Испаева, И.К.Остапович //Гигиена и санитария. –1992. - №1- С.8-10.
28. Зиглер Э.Е. Причины и последствия дефицита железа у детей /Э.Е.Зиглер//Рос.педиатр.журнал – 1999. -№4. – С.9-11.
29. Ильченко И.Н. Методические подходы к оценке нервно-психического развития детей, проживающих
30. Антропогенные факторы окружающей среды и их роль в развитии острых респираторных заболеваний /М.В.Скачков, Н.Н.Верещагин, М.А.Скачкова и др. //Гигиена и санитария. – 1998. - №6. –С.11-13
31. Гичев Ю. Экологические и профилактические аспекты гепатологии /Ю.Гичев //Врач. – 1995. - №7. – С. 6-8
32. Анализ заболеваемости детского населения, проживающего в бассейне реки Прони /Е.А.Строев, В.Ф.Горбич, Ю.Е.Попов, Т.Д. Здольник //Медицинские и социально-гигиенические аспекты работоспособности и здоровья населения. Сб.науч.тр.РязГМУ, Рязань, 1994 –С.3-8.
33. Денисов Л.А. Гигиеническое значение геохимических особенностей Московского региона /Л.А.Денисов //Гигиена и санитария. – 200. №1 – С.18-21.
34. Власова М.В.Сравнительный анализ заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей, проживающих в “контрольных” и “загрязненных” радионуклидами районах Рязанской области /М.В.Власова, Г.П.Бледнова //Экопатология в педиатрии. Сб.науч.тр. –Рязань, 1995. – С. 26-30.
35. О влиянии пестицидов на здоровье детей /Т.П.Грязнова, В.Г.Медникова, А.П.Лукашев //Пестициды и здоровье: Сб.науч.тр. – Краснодар, 1989. – С.38-42.
36. Здоровье детей России (состояние и проблемы)/ Под ред.акад.РАМН проф. А.А.баранова. – М., -1999. – С. 273.
37. Effectiveness of hormonal treatment of goiter in adolescents from selected areas of the Upper Silesian Industrial Region /G.Jonderko , В.Koehler, С.Marcisz et al. //Pediatr Pol. – 1987. – 1987. – V.62, N10. – P. 687-692.

38. Reports by the Commission for the Quality of Nutrition and the Environment //Bull. Mem. Fcad.R. Med. Belg. – 1990. – V.145, N1 – 2 – P.126-131.
39. Robinson C.J. Induction of anti-nuclear antibodies by mercuric chloride in mice/ C.J.Robinson, F.F.Abraham, T.Balazs //Clin. Exp. Immunol. – 1984. – V.58. N2. – P.300-306.
40. Уланова Л.Н. Экологические аспекты гиперплазии щитовидной железы у детей /Л.Н.Уланова, Е.К. Сычева, В.Н.Немых //Материалы конгр.педиатров России.- М., 1995. – С.68.
41. Эндокринологические аспекты мониторинга и медицинской реабилитации населения контролируемых районов, пострадавших при аварии на ЧАЭС/ И.И.Дедов, Е.И.Марова, Г.А.Герасимов и др. //Пробл. Эндокринологии: 1994. №2. – С.4-8.
42. Вредные химические вещества. Углеводороды. Галогенпроизводные углеводородов /Под ред. В.А.Филова. – Л., -1989. – с.67.
43. Бубнов Д.Н. Гигиеническая оценка условий водоснабжения населения Рязанской области /Д.Н.Бубнов, В.Ф.Горбич, Е.И.Агапов и др. //Актуальные вопросы медицины и здравоохранения. – Рязань, 1995.- с.21-25.
44. Эпидемиологические и иммунологические показатели в оценке зобной эндемии в Оренбургской области /В.В.Утенина, А.И.Смолегин, Е.В.Попова и др. //Гигиена и санитария. – 1988. - №6. – С. 64-66
45. Дуган А.М. Генетическая активность некоторых металлов: индукция генных и хромосомных мутации /А.М.Дуган, В.В.Соколовский //Сб.науч.тр.РязМИ. – Рязань, 1983. – Т.80. – С.34-40.
46. Пивоваров Ю.П. Гигиеническая оценка воздействия электромагнитных полей на здоровье детей и подростков в процессе их обучения на компьютере /Ю.П.Пивоваров, И.Е.Чернозубов //Экологические и гигиенические проблемы педиатрии: Материалы конг.педиатров России. М., 1998.- С.41.
47. Rosen J.F. Primary prevention of childhood lead poisoning – the only solution /J.F. Rosen, P.Mushak //N.Engl. J.Med. – 2001. – V.344, N19. – P.1470.
48. Андрианов В.Л. Организация выявления поражений опорно-двигательного аппарата как одного из индикаторов загрязнения окружающей среды /В.Л.Андрианов, М.Г.Дудин, А.В.Овечкина //Педиатрия. – 1994. - №5. С.55-56.
49. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода /Айламазян //Рос.вестн.перинатологии и педиатрии. – 1999. -№3- с.6.
50. Айриян А.П Социально-экологическая очаговость болезней человека /А.П.Айриян //Сов.здравоохранение. – 1989. -№8. – С.11-17.
51. Книжников В.А. Кальций и фтор. Радиационно-гигиенические аспекты /В.А.Книжников. – М., 1975. С.77-100.
52. Османов И.М. Роль тяжелых металлов в формировании заболеваний органов мочевой системы /И.М.Османов //Рос.вест.перинатологии и педиатрии. – 1996. - №1. С.36-39.
53. Данышова С.С. Медико-социальные и организационно-управленческие аспекты оптимизации деятельности медицинской службы территории (на примере Рязанской области) /С.С.Данышова: Автореф.дис. канд.мед.наук. – Рязань, 2001. – С. 24.
54. Игнатова Н.С. Современное представление об экпатологии почек /Н.С. Игнатова, Э.М. Дегтярева //Материнство и детство. – 1992. - №12. – С. 39-42.
55. Израэль Е.Н.Психические нарушения при хронической марганцевой интоксикации /Е.Н.Израэль// Журнал.невропатологии психиатрии им. Корсакова.-1981.-Вып.2-С. 105-18.
56. Пляскина И.В. Здоровье детей, обучающихся в школах нового вида / И.В.Пляскина //Гигиена и санитария. – 2000. - №1. – С.62-64.
57. Янушанец О.И. Современная школа и проблемы здоровья подрастающего поколения /О.И.Янушанец //Экологические и гигиенические проблемы педиатрии. Материалы конгр. Педиатров России. – М., 1998. – С.55.
58. Гигиенические проблемы реформирования школьного образования /М.И. Степанова, Н.Н.Куинджи, А.Г.Ильин, З.И.Сазанюк //Гигиена и санитария –2000.- №1- с.40-43
59. Губернский Ю.Д.Перспективные направления гигиенических исследований урбанизированной жилой среды /Ю.Д.Губернский //Гигиена и санитария. – 2000. - №1. – С. 8-11
60. Медико-социальные проблемы эндемического зоба у детей /А.А.Баранов, Л.А.Щеплягина, Н.В.Болотова, Н.А.Курмачева и др. //Педиатрия. – 1994. №5. – С.18-21.
61. An epidemiological study of goiter in two rural communities of Varanasi /S.K/Ray, D.E.Reddy, P.Kaur et al //Indian J Public Health. – 1989. – V.33, N1. – P.9-14.
62. Scheuhammer F.V. The influence of manganese on the distribution of essential trace elements. II. The tissue distribution of manganese, magnesium, zinc, iron, and copper in rats after chronic manganese exposure /A.M. Scheuhammer, - M.G.Cherien //J. Toxicol. Environ Health. – 1983. –V.12, N2-3- P.361-370.
63. Рамад Ф. Основы прикладной экологии. Воздействие человека на биосферу /Ф.Рамад. – Л., 1981. – С.543.
64. Бобров Ю.А.Окружающая среда и здоровье населения России: Атлас/Ю.А.Бобров. – М., -1995. – С. 18-21.
65. Бочкова Н.И. Сравнительная характеристика заболеваемости органов дыхания у детей на территории с действием различных экофакторов /Н.И.Бочкова //Экопатология в педиатрии: Сб. Науч.тр.РязГМУ, РОКДЦД. – Рязаньб, -1995.-С.24-25.

66. Ермолов В.И. О неблагоприятном влиянии пестицидов на здоровье и репродуктивную функцию женщин села /В.И.Ермолов, Л.Я. Блуштейн, С.Ю.Воскресова //Пестициды и здоровье: Сб.науч.тр. – Краснодар, 1989. – С.82-85.
67. Здоровье матери и ребенка: Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 году //Здравоохранение Рос.Федерации. – 2000. - №5. – С.7 – 14, 36.
68. Шпаков Е.А. Проблемы санитарной охраны водоемов /Е.А.Шпаков. – Пермь, 1988. – С. 50-51.
69. Авцын А.П. Патология флюороза /А.П.Авцын, Жаворонков. – Новосибирск, 1981. –с. 333
70. Суворов Г.А. Микроклимат промышленных и гражданских зданий / Г.А.Суворов, Р.Ф.Афанасьева, Ю.Д.Губернский. – М., 1999. – С.5.
71. Cations and anions in drinking water as putative contributory factors to endemic goitre in Plateau State, Nigeria /S.C. Das, U.P. Isichei, J.O.Egbuta, A.I Banwo // Trop Geogr Med. – 1989 – V.41, N4. – P.346-352.
72. К нормированию меди в питьевой воде /В.Г.Надеенко, Е.А.Борзунова, И.П.Селенина и др. //Гигиена и санитария. – 1980. - №3. –С. 8-10.
73. Марченко Л.Ф. Сравнительная характеристика структуры заболеваемости детей и подростков проживающих в зонах радиационного воздействия в контрольных зонах /Л.Ф.Марченко, В.А.Ачейкин, В.В. Шахтарин //Медицинские аспекты влияния малых доз на организм детей и подростков. – М., Обнинск, 1992. – С. 22-25.
74. Органова Н.М. Гидрогеология Рязанской области /Н.М.Органова //Рязанская энциклопедия: Справочные материалы. – Рязань. – 1992. – Т.1. С.144, Т.2. – С.180-181.
75. Голубкина Н.А. Содержание селена в пшеничной и ржаной муке России, стран СНГ и Балтии /Н.А.Голубкина //Вопр.питания. – 1997. №3. – С. 17-20
76. Лебедькова С.Е. Эпидемиология не инфекционных заболеваний в детской популяции в условиях суммарной нагрузки факторов окружающей среды /С.Е.Лебедькова //Экопатология детства: социальные и медицинские проблемы: Материалы Всерос. Науч. Конф. – С.Пб., 1994. – С.77
77. Медико-биологические и санитарные нормы качества продовольственного сырья и пищевых продуктов СанПиН 42-123-4089-86. – М., 1986
78. Медико-демографические показатели здоровья населения. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации. – 2000. №3. С. 3-6.
79. Штанников Е.В. Изучение эмбриотоксического и тератогенного действия воды повышенной минерализации /Е.В.Штанников, А.Е.Сумовская, Г.Ю. Обьедкова //Гигиена и санитария. – 1985. №9. – С.19-20.
80. Эльпинер Л.И. Медико-экологические подходы к оценке роли водного фактора в среде обитания человека //Вест.АМН СССР. – 1989. №8. – С.18-26.
81. Кабата-Пендиас А. Микроэлементы в почвах и растениях /А.Кабата-Пендиас, Х.Пендиас. – М., 1989. – 342с.
82. Delange F. The role of goitrogenic factors distinct from iodine deficiency in the etiology of goiter /F. Delange //Ann Endocrinol (Paris). – 1988. – V.49, N4 – 5. – P. 302-305.
83. Балева Л.С. Принципы организации мониторинга состояния здоровья и окружающей среды на федеральном, региональном и местном уровнях /Л.С.Балева, Б.А.Кобринский //Экологические и гигиенические проблемы педиатрии: Материалы конгресса педиатров России. – М., 1998. – С.7.
84. Волков В.С. Гигиеническое значение диоксина в окружающей среде /В.С.Волков,В.М.Боев //Гигиена и санитария. –1998. - №3. – С.52-56
85. Ковальский В.В. Геохимическая экология – основа системы биогеохимического районирования /В.В.Ковальский// Сб.тр.ин-та краевой патологии – Алма-Ата, 1976. – Т.30. – С.5-30.
86. Струевич Е.А. Минеральный состав воды и здоровье населения /Е.А.Струевич, И.А.Будеева, В.К.Гужова. – Новосибирск, 1985. – С.47-51.
87. Ковальский В.В. Биогеохимическое районирование и геохимическая экология /В.В.Ковальский, Т.М.Удельнова, И.Е.Воротницкая. – М., 1985. – С.200с.
88. Сравнительная оценка физического развития школьников в рисо и зерносеющих районах Кубани в связи с применением пестицидов /С.С.Колычева,
89. Annex Table 4 Burden of disease in disability-adjusted life yearas (DALYs) bu cause, sex and mortality stratum in WHO Regionsa, estimates for 1990-1999 //http. //www. Who. Int. /whr /2000/en/excel /Annex Table 04.xls.
90. Calzolari E. Congenital malformations in 100 000 consecutive birth in Emilia Romagna Region Northern Italy: comparison with the EUROCAT data /Т. Calzolari //Eur.J. Epidemiol. – 1987/ - N3/ - P.423-430.
91. Хаитов Р.М. Экологическая иммунология /Р.М.Хаитов, Б.В.Пинегин,Х.И.Истамов. –М., 1995. – С.45.
92. Жолдакова З.И. Трансформация циклогексана при хлорировании воды /З.И.Жоллдакова, Е.Е.Полякова, А.Т.Лебедев //Гигиена и санитария. – 1998. - №5. С.8.
93. Марганец /ВОЗ, Женева, 1985. С.76.
94. Ellis M.R. Lightening the lead load in children /M.R.Ellis, K.Y.Kane //Am Fam Physician – 2000. – V62, N3. – P.545,559.
95. Mercury contamination incident /R. Mac Le hose, G. Pitt, S. Will, A. Jones et al. J.Public Health Med. – 2001. – V.23, N1. – P.2213.

96. Конь И.Я. Современные принципы питания детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах /И.Я. Конь //Экологические и гигиенические проблемы педиатрии: Материалы конгр. Педиатров России: - М., 1998. - С.31.
97. Румянцева Е.Г. Загрязнение окружающей среды и состояние иммунной системы у детей /Е.Г.Румянцева, Д.А.Дмитриев //Гигиена и санитария. - 1999. - №2. - С. 24-26.
98. Ухудшение психического здоровья детского населения как результат отдаленных последствий техногенных нагрузок на территории /В.Л.Филиппов, О.М.Астафьев, Л.Д.Богомолв и др. //Материалы Всерос.науч.конф. - С.Пб. -1994. - С.194.
99. Effect of occupational exposure to cobalt blue dyes on the thyroid volume and function of female plate painters /E. Prescott, B. Netterstrom, J. Faber et al// Scand. J. Work Environ Health. - 1992. - V.18, N2. - P.1041.
100. Chronic cobalt poisoning. Presentation of a clinical case of a clinical case cardiomyopathy /A.La Grutta , G.M. Amato, S. Vitaliti //Minerva Pediatr. - 1984. - V.36, N13-14. - P.691.
101. Manganese ion as a goitrogen in the female mouse /J.Kawada, M.Nishida, Y.Yoshimura, R.Yamashita //Endocrinol Jpn. - 1985. -V .32, N5.- P. 635-643.
102. The effect of chelation therapy with succimer on neuropsychological development in children exposed to lead. Treatment of Lead-Exposed Children-Trial Group / W.J.Rogan, K.N.Dietrich, J.N.Ware et al. //N.Engl. J.Med. - 2001 - V.344, N19. - 19. -P.1421-1426.
103. Паранько Н.М. Гигиеническая характеристика загрязнения тяжелыми металлами окружающей среды промышленного региона и иммунный статус детей /Н.М.Паранько, Н.И.Рублевская //Гигиена и санитария. - 1999. -№2. - С. 51-53.
104. Состояние зубной эндемии в Москве и Московской области /А.Н. Назаров, Н.М. Майорова, Н.Ю.Свириденков и др. //Проблемы эндокринологии. -1994. -№4. - С.11-13.
105. Рошин А.В.Токсикокинетика металлов и ее значение для профилактики заболеваний /А.В.Рошин, Э.К.Ордженикидзе //Гигиена труда и проф заболевания. - 1986. -№3. - С.1-6.
106. Важенин И.Г. Методические рекомендации по обследованию и картированию почвенного покрова по уровням загрязненности некоторыми промышленными выбросами /И.Г.Важенин. - М., -1987. - с.35.
107. Назарьев А.И. Распространение эндемического зоба среди жителей различных почвенных зон Рязаньской области /А.И.Назарьев //Науч. тр.РМИ. - Рязань, 1961. - С. 18-29.
108. Оценка суммарной мутагенной активности химических загрязнителей воды /В.С.Журков, В.В.Соколовский, Ю.А.Рахманин, Т.Е.Можаева //Стандарты и качество. - 1995. - №11. - С.31-32.
109. Поранько Н.М. Гигиенические характеристики загрязнения тяжелыми металлами окружающей среды промышленного региона и иммунный статус детей /Н.М.Поранько, Н.И.Рублевская // Гигиена и санитария. - 1999. - №2. - С.51-54.
110. Борисенко Н.Ф. Анализ здоровья сельского населения в регионах с различной интенсивностью применения пестицидов /Н.Ф.Борисенко, Н.И.Хижняк //Гигиена и санитария. - 1992. -№1. - С.47-49
111. Терпугова О.В. Эндемический зоб у детей в условиях современного города /О.В.Терпугова, В.Б.Поярков //Педиатрия. - 1996. - №3. -С.7-11.
112. Раппопорт Ж.Ж. Металлоаллергозы /Ж.Ж.Раппопорт. - Красноярски, 1984. - С.287.
113. Ладодо К.С. Лечебное питание при нарушении здоровья детей, обусловленного неблагоприятными экологическими факторами /К.С.Ладодо //Экологические и гигиенические проблемы педиатрии. Материалы конгр.педиатров России. - М., 1998. - С.34.
114. Фокеева В.В. Проблемы экопатологии в педиатрии / В.В.Фокеева, А.В.Оноприенко, А.С.Лапина //Мед.помощь. - 1995. №1. -С.12-15.
115. Ротшильд Е.В., Евдокимова А.К., Амгалан Ж. //Бюл.Моск. о-ва испытателей природы. Отделение биологии. - 1988.- Т.93, №2. - С.35.
116. Lechart M.F. Registries of Congenital Anomalies /V.F. Lechart, H.Dolk //EUROCAT. - 1993. - P.153-157.

УДК 616.89-008.441.33-082

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е.В. Ереженов

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г.Павлодар

ТҮЙІН

Мақалада, соңғы жылдары жарияланған, әдебиет деректерге шолу негізінде алғашқы наркологиялық көмектің негізгі компоненттеріне талдау жасалады. Наркологиялық көмектің алғашқы кезеңінің негізгі үш құрастырушысы қарастырылады: 1) аутич-жұмыс; 2) психологиялық әлеуметтік технологиялар; 3) биологиялық, оның ішінде орынбасушылық ртерапия. Жоғарыда аталған компоненттердің әр қайсысының және алғашқы наркологиялық көмектің құрылымында кешендік көрсетілуінің маңыздылығы атап көрсетілген.

SUMMARY

In the clause the analysis of the basic components of the primary narcological help on the basis of the review of the literary data published last years is spent. Three basic making stages of the primary narcological help are considered: 1) autrich-work; 2) psychosocial technologies; 3) biological, including replaceable therapy. The importance of each of the above-named components and their necessity complex presentation in the structure of the primary narcological help is emphasized.

1. Аутрич-работа и психосоциальные технологии в структуре первичной нарколоической помощи.

Наиболее традиционным и хорошо изученным компонентом первичной нарколоической помощи, предоставляемой потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), являются программы шприцевого обмена, к которым, в максимально усеченном варианте, и сводятся программы снижения вреда. Вместе с тем, адекватная реализация данного компонента, связанная с необходимостью полноценного охвата наиболее проблемного контингента наркозависимых, установления доверительного контакта и границ безопасности (т.е. всего того, что подразумевается под аутрич-работой), требует, как минимум, специальной подготовки персонала и четкой организации [1, 2, 3, 4, 5]. В настоящее время практикуются специальные схемы экспресс-подготовки аутрич-работников по сетевому принципу, которые, с одной стороны могут обеспечить необходимое количество таких работников. С другой – требуемое качество подготовки [6]. Многочисленные исследования, проведенные во многих странах мира, подтверждают эффективность данного компонента первичной нарколоической помощи в сфере профилактики распространения ВИЧ [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Почти обязательным компонентом первичной нарколоической помощи, предоставляемым ПИН и другим потребителям наркотиков, является дотестовое и послетестовое консультирование. А также – быстрая диагностика ВИЧ-статуса. По мнению многих авторов данный комплекс технологий является крайне востребуемой услугой среди ПИН, и обеспечивает охват зависимых необходимой профилактической помощью за счет включения мотивационного компонента [16, 17].

Таким же обязательным компонентом программ СВ является обучение безопасному поведению и профилактике передозировок [18].

Психотерапия на сегодняшний день является наименее представленным, и, в тоже время (с учетом перспектив развития этапа первичной нарколоической помощи), наиболее востребованным видом профильных услуг. С.В. Зиновьевым, А.Г. Сафоновым (2006) высказывается обоснованное мнение о том, что психотерапия должна иметь место на каждом этапе нарколоической помощи [19]. Движение к универсальной стратегической цели психотерапии – достижению высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость – начинается на ранних этапах оказания нарколоической помощи зависимым от ПАВ [20]. На первых этапах возможно установление терапевтического контакта и мотивация на участие в программах СВ [21]. При повторных психотерапевтических сессиях происходит формирование адекватных представлений о нарколоической болезни, здоровье и формирование конструктивных установок (комплаенса) на освобождение от зависимости [22]. В качестве мишеней для психотерапии на этапах первичной нарколоической помощи могут выступать: 1) депрессия; 2) низкая самооценка; 3) высокая двойная (наркозависимость, ВИЧ) самостигма; 4) чувство вины; 5) низкое качество жизни; 6) наличие многочисленных социальных проблем, связанных с отсутствием навыков уверенного поведения и поддержки [23].

Многие исследователи подчеркиваются важность и необходимость изучения и терапевтического воздействия на мотивационную сферу зависимых от ПАВ, особенно, на этапах первичной нарколоической помощи [24, 25, 26, 27, 28]. При этом подчеркивается необходимость использования в терапевтических целях как положительной (желание и установки на освобождение от зависимости), так и отрицательной (страх смерти, страх инфицирования ВИЧ) мотивации, а также - мотивации, исходящей из доминирующего патологического личностного статуса ПИН (мотивация на достижение комфортного состояния, используемая при заместительной терапии) [29, 30, 31, 32, 33]. В связи со всем сказанным с начала 90-х годов прошлого столетия во многих странах активно используется технология мотивационной терапии (называемая также собеседованием, консультированием, психотерапией) зависимых от ПАВ, разработанная W. Miller, S. Rollnick. Экспресс-вариант данной технологии – так называемое экспресс-мотивационное собеседование (МЕТ) – который успешно используется на этапах оказания первичной нарколоической помощи лицам со всеми разновидностями химической зависимости [34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43]. В последние годы растет интерес к данному виду терапии в странах СНГ. Разрабатываются модификации метода, применительно к детям, подросткам, конкретным этапам оказания специализированной помощи, а также в качестве фрагментов традиционных консультативных технологий, используемых специалистами нарколоического профиля [44, 45, 46].

Весьма существенным компонентом программ первичной нарколоической помощи является психологическое консультирование зависимых от ПАВ, их родных и близких. Доказано, что психологическое консультирование способствует удержанию химически зависимых лиц в терапевтических программах [47, 48]. Психологическое консультирование в комбинации с другими развивающими технологиями и фармакотерапией существенно повышает эффективность программ первичной нарколоической помощи [49, 50]. Степень

эффективности использования данной технологии зависит от позитивных рабочих отношений, складывающихся между психологом – консультантом и клиентами [51, 52, 53].

Обязательным компонентом первичной наркологической помощи являются технологии социальной работы, включая широкую социальную поддержку на уровне сообщества и специальные услуги по трудоустройству, оказанию помощи на дому, проведение специальных тренингов с зависимыми лицами и их родственниками [54, 55, 56]. При этом обращается внимание на необходимость учета гендерных различий в построении как общих моделей социальной работы с зависимыми от ПАВ [57, 58, 59, 60], так и при реализации конкретных социальных технологий на этапе первичной наркологической помощи [61, 62, 63].

2. Биологическая терапия в структуре первичной наркологической помощи.

Биологическая терапия на этапе первичной наркологической помощи используется, в основном, по двум направлениям: 1) терапия коморбидных расстройств (например АРВТ-терапия при наличии ВИЧ-позитивного статуса у ПИН); 2) симптоматическая терапия основных проявлений химической зависимости. При этом, безусловно, необходимо следование стандартам лечения психических расстройств, отраженных в документах ВОЗ. Реализация последнего подхода считается правилом, рутинной нормой и принципом причастности к мировому научному сообществу. Рекомендации по лечению той или иной патологии, отраженные в стандарте, являются фактом их неопровержимой доказанности в отношении эффективности и безопасности лечения.

В мировой практике для лечения химической, в основном опиоидной зависимости используют агонисты и антагонисты опиоидов. Эти же классы препаратов, по многочисленным данным, могут эффективно использоваться на этапе первичной наркологической помощи. При этом препараты – антагонисты опиоидов используются с целью профилактики передозировок [64, 65].

Сообщается о клинических испытаниях новых классов лекарственных препаратов, оказывающих влияние на патологическое влечение, использование которых перспективно на этапе первичной наркологической помощи [66].

2.1. Заместительная терапия на этапе первичной наркологической помощи

Согласно совместной позиции ВОЗ/УНППООН/ЮНЭЙДС заместительная и поддерживающая терапия – эффективный, безопасный и экономически оправданный метод лечения опиоидной зависимости [67]. Другая, альтернативная позиция, разделяемая многими специалистами – наркологами в странах СНГ, заключается в том, что лечение больных наркоманией должно быть направленным на полное прекращение употребления наркотиков, а не на замену одного наркотика другим [68]. Сторонниками последней точки зрения приводятся многочисленные доводы против использования заместительной, в частности, метадоновой терапии. Например, такие, как многочисленные подтверждения продолжения использования уличных наркотиков резидентами программ ЗТ, формирование более тяжелой метадонной зависимости, распространение метадона через нелегальные сети и др., с игнорированием или приуменьшением позитивного эффекта [69, 70, 71, 72, 73, 74]. По мнению R. Newman et. all (2008), A. Wodak (2008) противники заместительной терапии, не имея убедительных контраргументов, прибегают и к прямой подтасовке фактов, что не выдерживает никакой критики [75, 76].

Исследователями многих стран публикуются многочисленные данные, подтверждающие многоаспектную эффективность заместительной терапии [77, 78]. Так, например, показана возможность выхода в полную абстиненцию у 25-86% зависимых от опиоидов, через этап заместительной терапии. Такой высокий результат обеспечивается сочетанием ЗТ с использованием мотивационных и социальных технологий [79, 80, 81]. В публикациях последних лет преобладает точка зрения, согласно которой ЗТ, в том числе и на этапе первичной наркологической помощи, в обязательном порядке должна сочетаться с психосоциальными технологиями [82, 83, 84, 85]. Обращается внимание на то обстоятельство, что при сочетании ЗТ с мотивационными и другими психосоциальными технологиями у ВИЧ-инфицированных наркозависимых формируется адекватная приверженность к АРВТ [86, 87, 88, 89, 90].

В последние годы опубликовано значительное количество работ, связанных с использованием бупренорфина в рамках заместительной терапии зависимых от опиоидов. При этом большинство исследователей сходятся в мнении, что бупренорфин, будучи одновременно агонистом и частичным антагонистом опиоидов, является эффективным поддерживающим средством на этапе первичной наркологической помощи [91, 92, 93]. Бупренорфин эффективно используется во многих странах, таких как Франция, Швейцария, Англия, Австрия, Австралия [94, 95, 96, 97]. Преимущества в использовании бупренорфина связаны с тем, что его можно принимать через день или через 2 дня на 3-й день, пропорционально увеличивая дозировку [98, 99, 100]. При отнятии бупренорфина отмечаются существенно менее тяжелые, чем при использовании метадона, и вполне преодолимые абстинентные проявления [101]. Бупренорфин эффективен при формировании приверженности к АРВТ у ВИЧ-инфицированных наркозависимых [102].

Сообщается, также, о возможности использования диацетил-морфина (очищенного героина) при заместительной терапии. При этом основная ставка делается на достаточно стойкий эйфоризирующий эффект, чего не наблюдается при других вариантах ЗТ, и что служит поводом для параллельного употребления уличных наркотиков [103, 104]. В рамках многолетнего пилотного проекта, проводимого в Швейцарии, отмечаются положительные эффекты от ЗТ с использованием диацетил-морфина [105, 106, 107, 108, 109].

В последнее десятилетие наблюдаются отчетливые тенденции того, что заместительная терапия все более активно внедряется в тех регионах, где подобные технологии первичной наркологической помощи были долгое время под запретом – в Китайской Народной Республике, в Иране, на территории стран СНГ [110, 111, 112]. Рассматриваются условия и возможности использования ЗТ в Российской Федерации [113].

Выводы. Таким образом, основными компонентами первичной наркологической помощи являются: 1) аутич-работа; 2) психосоциальные технологии; 3) биологическая терапия. Исключительно важно чтобы вышеназванные компоненты использовались в комплексе, что и обеспечивает успешную реализацию этапа первичной наркологической помощи. В частности, оказывается возможным эффективная мотивация резидентов программ первичной наркологической помощи на прохождение полноценной амбулаторной и стационарной медико-социальной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wiebel W. (1996). Ethnographic contributions to AIDS intervention strategies. In T. Rhodes, & R. Hartnoll, AIDS, Drugs and Prevention: Perspectives on Individual and Community Action (pp. 186-200). London: Routledge.
2. Hurley S.F., Jolley D.J., Kaldor J.M. (1997). Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349, 1797-1800.
3. Coyle S.L., Needle R.H., Normand J. (1998). Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcomes data. *Public Health Reports*, 113 (Supplement 1), 19-30.
4. Deadhead R., Heckathorn D., Weakern D., (1998). Harnessing peer education networks as an instrument for AIDS prevention. *Public Health Reports*, 113 (Supplement 1), 42-57.
5. Des Jarlais D.C., Perils T., Friedman S.R., и соавт. (1998). Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991-1996. *American Journal of Public Health*, 88, 1801-1806.
6. Шульга Л.А., Смирнов П.Л. Модель «внедрение силами равных» как стратегия привлечения новых клиентов и улучшения услуг профилактики ВИЧ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 275-276.
7. Stimson G., Alldritt L., Dolan K., Donoghoe M. (1988). Preventing the spread of HIV in injecting drug users – the experience of syringe-exchange schemes in England and Scotland. *NIDA Research Monograph* 90, 302-310.
8. Lurie P., Reingold A.L., Bowser B., Chen D., Joley J., Guydish J., Kahn J.G., Lane S., Sorensen J. (1993). The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad, San Francisco, CA: University of California Press.
9. Keene J., Stimson G.V., Jones S., Parry-Langdon N. (1993). Evaluation of syringe-exchange for HIV prevention among injecting drug users in rural and urban areas of Wales. *Addiction* 88, 1063-1070.
10. Kaplan E.H., O'Keefe E. (1993). Let the needles do the talking! Evaluating the New Haven needle exchange. *Interfaces* 23, 7-26.
11. Kaplan E.H., Khoshnood K., Heimer R. (1994). A decline in HIV-infected needles returned to New Haven's needle exchange program: client shift or needle exchange? *American Journal of Public Health* 84, 1991-1994.
12. Hagan H., Jarlais D.C., Friedman S.R., Purchase D., Alter M.J. (1995). Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program. *American Journal of Public Health* 85, 1531-1537.
13. Des Jarlais D.C., Manner M., Paone D., Titus S., Shi Q., Perlis T., Jose B., Friedman S.R. (1996). HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet* 348, 988-991.
14. Hurley S.E., Jolley D.J., Kaldor J.M. (1997). Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV. *Lancet* 349, 1797-1800.
15. Holtgrave D.R., Pinkerton S.D., Jones T.S., Lurie P., Vlahov D. (1998). Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 18 (Suppl 1), S133-S138.
16. Исаков В.Н., Смирнов П.Л. Роль ДКТ в предоставлении комплексного пакета услуг для групп высокого риска // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 121.
17. Савченко Т.В., Дэвис Е.К. Расширение доступа к ДКТ // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 119.
18. Илюк Р.Д., Торбан М.Н., Крупицкий Е.М., Козлов А.П., Блинникова К.Н., Хаймер Р., Гроу Л., Грин Т. Медико-социальные аспекты передозировок при опийной наркомании / Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 159-161.
19. Зиновьев С.В., Сафонов А.Т. Этапность психотерапевтического ведения пациентов с сопутствующей аддиктивной патологией // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». – СПб, 2006. – С. 161-162.
20. Катков А.Л. Стратегия психотерапии зависимых от психоактивных веществ // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». – СПб, 2006. – С. 165-167.

21. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Психотерапия в комплексном лечении больных с алкогольной зависимостью // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». – СПб, 2006. – С. 159-160.
22. Голощапов И.В., Агibalова Т.В., Рычкова О.В. Новая модель комплаенс-психотерапии больных с зависимостью от алкоголя // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 140-141.
23. Владимирова Н.Г., Марашева А.А. Компонент психического здоровья в программах приверженности ВААРТ в Казахстане, Алматы // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 202-203.
24. Колпаков Я.В. Мотивация на лечение у женщин, зависимых от алкоголя // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 200-201.
25. Мусабекова Ж.К. Клинико-психологические особенности состояния отмены при опийной зависимости и персонология больного наркоманией // Автореферат дисс... к.м.н. – Томск, 2006. – 24 с.
26. Пронин С.В., Пронина Н.А., Пронин В.С., Степанова Ю.Г. Факторы, влияющие на структуру потребления различных психоактивных веществ наркотическими аддиктами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – С. 235-236.
27. Байкенов Е.Б. Мотивационная сфера наркозависимых // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2009. – Т. IX, № 1. – С. 101-108.
28. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика зависимости от ПАВ // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009. – С. 225-226.
29. Батракова Г.А. Роль социального сопровождения в формировании приверженности АРВ-терапии // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 200-201.
30. Бухтоярова Е.В. Изучение мотивации отказа от употребления ПАВ // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 22-24.
31. Горшкова И.Д. Поведенческие особенности ПИН по результатам качественного исследования // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 300.
32. Дмитриева С.В., Фролов С.А., Орлова М.О. Программа Фонда «Здоровая Россия» профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей ПАВ // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – С. 204-205.
33. Шадрин И.В. Астенические состояния и их коррекция в наркологической клинике // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 174-177.
34. Miller W. and Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing to Change Addictive Behaviour (New York, Guilford Press, 1991) – 516 p.
35. Prochaska J., Diclemente C., Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // American psychologist. – 1992. – Vol. 47. – P. 1102-1114.
36. Stephens R.S., Roffman R.A. and Simpson E.E. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model // Journal of Consulting and Clinical Psychology, No. 62, 1994, pp. 92-99.
37. Saunders B., Wilkinson C. and Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme // Addiction, No. 90, 1995, pp. 415-424.
38. Rollnick S., Mason P., Putler C. Health Behavior Change. — A Guide for practitioners; Churchill Livingstone, 1999. – 225 p.
39. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. - NIDA, 2000. - P. 99-106.
40. Stephens R.S., Roffman R.A. and Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // Journal of Consulting and Clinical Psychology, No. 68, 2000, pp. 898-908.
41. Copeland J. and others. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder // Journal of Substance Abuse Treatment, No. 21, 2001, pp. 55-64.
42. Copeland J., and others. A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis problems among young offenders // Drug and Alcohol Dependence, vol. 63, supplement 1, 2001, p. 32.
43. Miller W.R., Yahne C.E. and Tonigan J.S. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. // J Consult Clin Psychol. 2003; 71: 754-63.
44. Богданов С.И., Богданова С.С. Психологический статус больных наркоманией в ситуации обращения в стационар // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. – Томск, 2008. – С. 39-40.
45. Горячева Е.П., Соколова О.М., Энегельгард Ю., Ван Воунт П. Создание нового метода консультирования клиентов программ Снижения Вреда для их мотивации к лечению // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 123.
46. Гречаный С.В. Сравнительное изучение механизмов психологической защиты у подростков, страдающих зависимостью от ПАВ // Актуальные проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2009. – С. 95-97.

47. Hser Y.L. Drug treatment counselor practices and effectiveness: an examination of the literature and relevant issues in a multilevel framework // *Evaluation Review*, No. 19, 1995, pp. 389-408.
48. Fiorentine R. and Anglin D. More is better: counselling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment // *Journal of Substance Abuse Treatment*, No. 13, 1996, pp. 241-248.
49. McLellan A.T. and others. Psychosocial services in substance abuse treatment?: a dose-ranging study of psychosocial services // *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, № 15 (1993), pp. 1953-1959.
50. Fiorentine R., Anglin M.D. Does increasing the opportunity for counseling increase the effectiveness of outpatient drug treatment? // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 23, No. 3 (1997), pp. 369-382.
51. Lovejoy M. and others. Patients perspectives on the process of change in substance abuse treatment // *Journal Substance Abuse Treatment*, №. 12, 1995, pp. 269-282.
52. Simpson D.D. and others. Client engagement and change during drug abuse treatment // *Journal of Substance Abuse*, №. 7. 1995, pp. 117-134.
53. Котельникова Л.А. Социальная работа в системе лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием.* – М., 2009. – С. 164-165.
54. Плетч Ю., Мнацаканова С., Адом Г., Маола К., Маттэ Ж.-Ф. Уход на дому: Шаг к ресоциализации и реабилитации людей живущих с ВИЧ и пользователей инъекционных наркотиков // *Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года.* – Москва, 2009. – С. 302-303.
55. Friedman S.R., Neaigus A., Jose B., Curtis R., Goldstein M., Ildefonso G., и соавт. (1997). Sociometric risk networks and HIV risk. *American Journal of Public Health*, 87, 1289-1296.
56. Neaigus A. (1998). The network approach and interventions to prevent HIV among injection drug users. *Public Health Reports*, 113 (Supplement 1), 140-150.
57. Barnard M.A. Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks // *Addiction*, vol. 88, No. 6 (1993), pp. 805-812.
58. Powis B. The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared // *Substance Use and Misuse*, vol. 31, No. 5 (1996), pp. 529-543.
59. Roberts D.C.S., Phelan R. Gender differences in cocaine self-administration in rats: relevance to human drug-taking behavior // *Drug Addiction Research and the Health of Women*, Cora Lee Wetherington and Adele B. Roman, eds., NIH publication No. 98-4289 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, United States Department of Health and Human Services, 1998), pp. 165-172.
60. National Institute on Drug Abuse. Gender differences in drug abuse risks and treatment // *NIDA Notes*, vol. 15, No. 4 (2000).
61. Wright S., Klee H. Developing drug services for amphetamine users: taking account of gender-specific factors // *Journal of Substance Use*, vol. 5, No. 2 (2000), pp. 122-130.
62. Sherman S.C., Latkin C.A., Gielen A.C. Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender // *Substance Use and Misuse*, vol. 36, No. 14 (2001), pp. 2113-2136.
63. Downey L., Rosengren D.B., Donovan D.M. Gender, waitlists, and outcomes for public-sector drug treatment // *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, No. 1 (2003), pp. 19-28.
64. Менделевич В.Д. Сравнительные особенности стандартов лечения опиоидной зависимости в отечественной и мировой наркологии // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – М., 2008. – С. 95-99.
65. Гилберт Л., Эль-Бассел Н., Терликбаева А., Хасанова М.А., Амиров Б., Егеубаева С., Бриссон Э. Дальнейшее внедрение доказательного интегрированного вмешательства по профилактике передозировки среди пар, употребляющих инъекционные наркотики в Казахстане: проект «Возрождение» // *Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года.* – Москва, 2009. – Том 1. – С. 80-81.
66. Станишевская А.В., Векшина Н.Л., Камерницкий А.В., Весела И.В., Львова О.Я., Анохина И.П. Механизм влияния нового кортикостероидного соединения на влечение к наркотикам // *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием.* – М., 2009. – С. 19-20.
67. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Совместная позиция ВОЗ / УООННП / ЮНЕЙДС.
68. Краснов В.Н., Иванец Н.Н., Дмитриева Т.Б., Кононец А.А., Тиганов А.С. Нет мегадоновым программам в Российской Федерации // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи).* – Москва, 2008. – С. 220-225.
69. Мохначев С.О. Лечение методановой зависимости в Российской Федерации // *Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии.* – М., 2007. – С. 69-70.
70. Гофман А.Г. Иллюзии заместительной терапии наркомании // *На пути к профессиональной наркологии (диагностические очерки и статьи).* – М., 2008. – С. 277-282.
71. Надеждин А.В. К вопросу о «заместительной терапии» у больных героиновой наркоманией // *На пути к профессиональной наркологии (диагностические очерки и статьи).* – М., 2008. – С. 215-220.

72. Минальто М., Конечны Г., Лютаевич А. Программы заместительной терапии в Польше: действительность, качество, вызовы. Пример реализации программы адвокации // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 118.
73. Новопашин А. Метадон – наркотическая ловушка // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 5. – С. 87-90.
74. Рокутов С.В. К вопросу об употреблении нелегальных наркотиков клиентами программы заместительной терапии // Сб. тезисов Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 140-141.
75. Wodak A. Ответ на меморандум // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 234-237.
76. Newman R., Heimer R., Crofts N., Friedman S.R., Malinowska-Sempruch K., Maremani I., Mokri A., Stimson G. Ответ на меморандум // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 226-234.
77. Менделевич В.Д. Метадоновая зависимость от программа метадоновой поддерживающей терапии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи). – М., 2008. – С. 296-308.
78. Лесничая А.О., Гришаева И.В., Власенко Л.В. Опыт внедрения интегрированных услуг для ВИЧ-инфицированных и больных СПИД инъекционных потребителей наркотиков на базе Днепропетровского городского центра СПИД // Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 82-83.
79. Gossop M. and others. Outcomes after methadone maintenance reduction treatments: two year follow-up results from National Treatment Outcome Research Study, *Drug and Alcohol Dependence*, № 62, 2001, pp. 255-264.
80. Flynn P.M., Joe G.W., Broome K.M., Simpson D.D., Brown B.S. Recovery from opioid addiction in DATOS // *J. Subst Abuse Treat.* - 2003. – Vol. 25, № 3. – P. 177-186.
81. Kornor H., Waal H. From opioid maintenance to abstinence: a literature review // *Drug Alcohol Rev.* - 2005. – Vol. 24, № 3. - P. 267-274.
82. Woody G.E., Luborsky L, McLellan A.T., O'Brien C.P., Beck AT., Elaine J., Herman I., Hole A. Psychotherapy for opiate addicts // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 1983. - Vol. 40, № 6. - P. 639-645.
83. Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence // *Am. J. Psychiatry.* - 1989. - Vol. 144, № 5. - P. 590-596.
84. Mutasa H.C. Risk Factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an Outer London community // *J. Adv. Nurs.* - 2001. - Vol. 35, № 1. - P. 97-107.
85. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vocci S., Ferri M., Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2004. - № 4. - CD005031.
86. Maddux J.F., Desmond D.B. Methadone maintenance and recovery from opioid dependence // *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* - 1992. - Vol. 18, № 1. - P. 63-74.
87. Sees K.L, Delucchi K.L., Masson C., Rosen A., Clark H.W., Robillard H., Banys P., Hall S.M. Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial // *JAMA.* – 2000. – Vol. 283, № 10. – P. 1301-1310.
88. Stein M.D., et al. Use of antiretroviral therapies by HIV-infected persons receiving methadone, maintenance. *J Addict Dis.* 2000; 19(1): 85-94.
89. Stein M.D., et al. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected methadone patients: effect of ongoing illicit drug use. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse.* 2000; 26(2): 195-205.
90. Lucas G.M., et al. Directly administered antiretroviral therapy in an urban methadone maintenance clinic: a nonrandomized comparative study. *Clin Infect Dis.* 2004; 38 Suppl 5: S409-13.
91. Johnson R.E. and others. Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction // *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, No. 46, 1989, pp. 335-343.
92. Johnson R.E. and others. A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence // *Drug and Alcohol Dependence*, No. 40, 1995, pp. 17-25.
93. Jasinski D.R., Pevnick J.S. and Griffith J.D. Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine // *Archives of General Psychiatry.* No. 35, 1978, pp. 501-516.
94. Moatti J.P., Souville M. and Escaffre N. French general practitioners attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine // *Addiction*, No. 93, 1998, pp. 1567-1575.
95. Uehlinger C. and others. Comparison of buprenorphine and methadone in treatment of opioid dependence: Swiss multicenter study // *European Addiction Research*, vol. 4, Suppl. 1, 1998, pp. 13-18.
96. Fischer G., Gombas W. and Eder H. Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence // *Addiction*, No. 94, 1999, pp. 1337-1347.
97. Ward J., Hall W., Mattick R.P. Role of maintenance treatment in opioid dependence // *Lancet.* - 1999. - Vol. 353. - P. 221-226.
98. Fudala P.J., Jaffe J.H. and Dax E.M. Use of buprenorphine in the treatment of opioid addiction II: physiologic and behavioral effects of daily and alternate-day administration and abrupt withdrawal // *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, No. 47, 1990, pp. 525-534.

99. Ling W. and others. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial // *Addiction*, vol. 93, No. 4 (1998), pp. 475-486.
100. Petry N.M., Bickel W.K. and Badger G.J. A comparison of four buprenorphine dosing regimens in the treatment of opioid dependence // *Clinical and Pharmacological Therapeutics*, No. 66, 1999, pp. 306-314.
101. Pani P.P. and others. Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence // *Drug and Alcohol Dependence*, No. 60, 2000, pp. 39-50.
102. Moatti J.P., et al. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. *AIDS*. 2000; 14(2): 151-5.
103. Steffen T., Blättler R., Gutzwiller F., Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *European Journal of Public Health*. 2001; 11: 425-430.
104. van den Brink W., Hendriks V.M., Blanken P., Koeter M.W., van Zwieten B.J., van Ree J.M. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal*. 2003; 327(7410): 310.
105. Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A., Gutzwiller F. Medical prescription of narcotics: background and intermediate results of a Swiss national project. *European Addiction Research*. 1996; 2: 201-7.
106. Bammer G., Dobler-Mikola A., Fleming P.M., Strang J., Uchtenhagen A. The heroin prescribing debate: integrating science and politics. *Science*. 1999; 284(5418): 1277-8.
107. Sattel S.L., Aeschbach E. The Swiss heroin trials. Scientifically sound? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1999; 17(4): 331-5.
108. Rehm J., Gschwend P., Steffen T., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A., Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet*. 2001; 358(9291): 1417-23.
109. Dijkgraaf M.G., et al. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ*. 2005; (330): 1297.
110. Клименко Т.В., Козлов А.А., Шевцова Ю.Б., Аксенов П.Г. Опыт использования заместительной терапии в Китайской Народной Республике и в Гонконге. Сообщение 3 // *Ж. Наркология*. – М., 2009. – № 9. – С. 27-33.
111. Асанов Т.К., Парпиева А.Р. Анализ программы заместительной терапии в Кыргызской Республике // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 2. – С. 7-24.
112. Петренко И.И., Мосунова Н.А., Давлетгалиева Т.И., Суртаева С.К. Внедрение пилотного проекта опиоидной заместительной терапии в Казахстане // *Сб. тезисов Третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 28-30 октября 2009 года*. – Москва, 2009. – Том 1. – С. 139-140.
113. Менделевич В.Д. Место заместительной поддерживающей терапии в системе оказания наркологической помощи // *На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи)*. – М., 2008. – С. 176-184.

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ <i>Г.Т. Мырзабекова</i>	3
К ВОПРОСУ О СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЛЕПРЫ ПОЛОСТИ НОСА <i>С.С. Мауяева</i>	5
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОРРЕКЦИИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА КРОВИ <i>К.К. Есенғалиева, М.У. Анартаева, Д.Д. Курбанов</i>	8
АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯЛАРДЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ <i>М.Д. Дәулетова, А.К. Бекенова, М.А.Таджибаева, З.Ә.Юнусова, К.М. Мусаходжаева, Л.Т. Алимбекова, Д.С.Рахымбердиев</i>	11
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА <i>М.Д. Даулетова, М.А. Таджибаева, З.К. Жаримбетова, Л.Т. Алимбекова, Д.С.Рахымбердиев, Б.А.Тулепбергенова</i> .	12
ВЛИЯНИЕ МИКРОНУТРИЕНТОВ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ <i>Г.Е. Бектенова</i>	14
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ HUMANA ПРИ ДИАРЕЕ <i>М.М. Бердыкулова, А.Ш.Бақыева, Э.С.Шойынбай, Г.Д. Жабикенова, Г.К.Исабаева</i>	15
АНОМАЛИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ <i>Б.М. Сариева, Ж.П. Кенжебекова</i>	18
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ, АНАЛИЗ РОСТА РЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ NEISSERIA GONORRHOEAЕ, К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПО ЮКО ЗА 2007-2009 ГОДЫ <i>Г.Б. Нурмагамбетова, А.К. Дерипсалдинова, Е.Е.Щеглова, Л.А. Патсаева, К.Б. Карабасова</i>	19
ВИДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДИКАМИ <i>Г.Б.Нурмагамбетова, А.К. Дерипсалдинова, Е.Е.Щеглова, Л.А.Патсаева, Ж.У.Будесова, К.Б. Карабасова</i>	22
ПРИМЕНЕНИЕ МИФУНГАРА В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ <i>А.К. Дерипсалдинова, Л.А. Патсаева</i>	25
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭРИУС» В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ <i>А.К. Дерипсалдинова, Л.А. Патсаева</i>	27
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009 ГОД <i>А.К. Дерипсалдинова, Л.А. Патсаева</i>	29
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА И СРЕДОСТЕНИЯ <i>Б.М. Сариева</i>	32
ЭМОЦИИ В РАЗВИТИИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ <i>М.А. Таджибаева</i>	33
ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИЙ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА <i>К.А.Есенбеков</i>	35
ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>К.А. Есенбеков</i>	37

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>К.А. Есенбеков.....</i>	38
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>А.К. Карабеков, Е.Т. Дадамбаев, В.К.Махатова.....</i>	40
ОЦЕНКА ОБРАЩАЕМОСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>С.А.Калкабаева, Е.А.Жумабаев, М.У. Уймаутов, С.Е.Шулембаева, Ф.Ю.Султанов, А.С.Исмаилова.....</i>	41
ОТРАВЛЕНИЕ УГАРНЫМ ГАЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>С.А.Калкабаева, С.А.Керембаева, М.К.Досыбаева, Ж.У.Мендибаева, Э.Б.Ахмед, У.К.Доскул.....</i>	43
АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ <i>С.А.Калкабаева, Р.Р.Касьмова, У.К.Султанов, Э.Р.Алимбаева, Т.Н.Родионова, С.Е.Шулембаева.....</i>	45
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ КАРДИОГЕННОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>С.А.Калкабаева, А.С.Исмаилова, И.А.Пирматов, Г.Г.Рафикова, Е.А.Жумабаев, Р.Р.Касьмова.....</i>	46
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПОСТРАДАВШИХ ПОСЛЕ АВТОДОРОЖНЫХ ТРАВМ <i>С.А.Калкабаева, Ф.Ю.Султанов, А.С.Сатыбалдиева, У.К.Доскул, С.А.Керембаева.....</i>	48
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ <i>С.Н. Кульбаева, К.Ж.Кожжабаева, Н.А. Белгазиева.....</i>	50
АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ <i>З. К. Аренова.....</i>	52
ПРИБРЕТЕННАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ <i>М.А.Булеиов, З.К. Аренова.....</i>	53
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА <i>К.С.Достиярова, З.К.Аренова.....</i>	54
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА <i>С.О.Жексембаева, Д.Ж.Тайжанова, В.Н.Волкова, К.Ш.Шенеуова.....</i>	56
СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>С.О.Жексембаева, Д.Ж.Тайжанова, Т.Б.Сейтжанов, Л.Г. Мищукова.....</i>	58
К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ АУТОИММУННЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>П.Т. Доскараева, Х.К. Арапбаева, С.У. Базарбаева, А.С. Назаров, Г.У. Шардарбекова.....</i>	59
ТОНЗИЛЛОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ <i>П.Т. Доскараева, Г.Ж. Садырханова, С.У. Базарбаева, А.С. Назаров, Б.Н. Махамбетова.....</i>	61
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СТЕРОИДОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ <i>Б.А Аширов.....</i>	63
ОЦЕНКА ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТВОЛОВОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ <i>О.Д. Даирбеков, Н.А. Коспанов, С.Ж.Киргизбаев, В.А. Джакупов</i>	67
СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ <i>Т.Ф. Лопухова.....</i>	68

ЛЕЧЕБНАЯ БРОНХОСКОПИЯ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>О.Д. Даирбеков, Л.П.Пюрова.....</i>	71
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>О.Д.Даирбеков, Л.П.Пюрова.....</i>	73
ДИАГНОСТИКА АПЛАЗИИ ДОЛИ ЛЕГКОГО <i>О.Д.Даирбеков, М.М.Сундетов.....</i>	77
ДОБАВОЧНАЯ ДОЛЯ ЛЕГКОГО <i>О. Д. Даирбеков, М.М. Сундетов.....</i>	79
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТА В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>К.О.Ильясова.....</i>	81
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ <i>О.Д. Дайырбеков, Т.Ш. Еимуратов.....</i>	84
МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕВОГО ЛЕГКОГО И ПЕЧЕНИ <i>О.Д. Дайырбеков, Т.Ш. Еимуратов.....</i>	88
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА О РЕАЛИЗАЦИИ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ, И О ВОЗМОЖНОСТЯХ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ В ЮКГФА <i>Б.Д. Сексенбаев.....</i>	91
ТӘЖІРІБЕЛІК ЖАНУАРЛАРДЫҢ ФОСФОРҒА ДАРАЛЫҚ СЕЗІМТАЛДЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ <i>Д. А. Әділбекова, Л.Н.Орманова, Н.Т.Сейдуалиева.....</i>	94
ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ <i>М.А. Булеишов, Ж.К. Кудабаяева.....</i>	96
СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ <i>М.А. Булеишов, Ж.К. Кудабаяева.....</i>	99
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТНОДЕМОГРАФИИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Б.С. Малгаждарова, М.К. Темурян, Н.М.Суйндыкова, А.А.Ауельбаева, С.И. Журабекова.....</i>	101
РОЛЬ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В СНИЖЕНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>Е.У. Рахимбаев.....</i>	103
ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРОВЕДЕНИЕ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН <i>А.Е. Туртаева, А.Д. Каркабаева, Г.М. Усербаева, Г.Б. Жалмурзаева, Ж.А. Битемирова.....</i>	106
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ СБАЛАНСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ <i>Я.Г. Чуриева, К.Е. Ахмадиева, Г.К.Жакыманова</i>	107
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА <i>Г.П. Касымова, З.Д. Аманжолова.....</i>	111
ПОКАЗАТЕЛИ ИПШУ У БЕРЕМЕННЫХ И ТАКТИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ <i>З.Д. Аманжолова.....</i>	113

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН <i>З.Д. Аманжолова.....</i>	114
ОЦЕНКА РОЛИ ПАЦИЕНТА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОСТОЯНИЯ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ <i>М.А.Булешов, К.Е. Ахмадиева, С.Н.Кульбаева, А.М.Омарова, Я.Г. Чуриева.....</i>	117
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ -ИНТЕРНОВ <i>Н. К.Тузельбаев.....</i>	120
ӨНДІРІСТІК ОРТА МЕН БРОНХ-ӨКПЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ АРАҚАТЫНАСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ <i>Г. М.Датқаева,Н.К.Тузельбаев,Ш.А.Шаренова,С.М.Айдарбекова.....</i>	122
КЕҢІРДЕК-ҰЯШЫҚ ШАЙЫНДЫСЫНДАҒЫ АНТИОКСИДАНТТЫҚ ЖҮЙЕНІҢ РАДИАЦИЯҒА СЕЗІМТАЛДЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ӨЗГЕРУІ <i>У.Ж.Садырханова.....</i>	124
СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХОЛЕЦИСТИТОМ <i>Г.Д. Сексенбаева.....</i>	127
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН <i>М.А.Булешов, К.А. Султанбеков.....</i>	129
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА БОЛЕЗНЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ СТРАНЫ <i>К.А. Султанбеков.....</i>	131
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ЧУМЫ <i>Р. Сайлаубекұлы, Т.Т. Серикбаева.....</i>	134
РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ <i>Т.К. Рахытбеков, Л.К. Каражанова, К.Ж. Байльдинова</i>	137
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ВИБРИОНОВ ХОЛЕРЫ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Р. Сайлаубекұлы.....</i>	140
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ПО ЧУМЕ В ЗАПАДНОЙ БЕТПАК ДАЛЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Р.Сайлаубекұлы.....</i>	143
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИИ <i>Е.В.Ережепов.....</i>	145
ФАРМАЦИЯ, ФАРМАКОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
О МАРКЕНТИГОВОЙ ПРОГРАММЕ ПО УСТРАНЕНИЮ ЙОДОДЕФИЦИТА В ЮКО <i>К.Д. Шертаева, О.В.Блинова, А.Е.Бухарбаева, Р.Е.Ботабаева, М.М.Сапакбай.....</i>	148
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ МОВАЛИСА И МИДОКАЛМА ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМАХ <i>А.К. Аманкулова.....</i>	150
ИНСУЛЬТПЕН АУЫРҒАН АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА ФИЗИОТЕНЗДІ ҚОЛДАНУ <i>А.Қ. Аманқұлова.....</i>	150
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУПРАКСА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Ж.Ш. Садуақасова.....</i>	151

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАВАМ (АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>С.У. Базарбаева</i>	153
ПРИМЕНЕНИЕ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА <i>Ж. У. Есжанова</i>	155
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФЕПИМА В ЛЕЧЕНИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ <i>Ж.У. Есжанова</i>	156
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>С.У. Базарбаева</i>	158
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕМЕЙСТВА АСТРОВЫХ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ РАЗНЫХ СТРАН <i>Ж.С. Токсанбаева, Г.А. Мухамеджанова</i>	159
ОБ ЭТИКЕ И ДЕОНТОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТОВ И ПРОВИЗОРОВ <i>Ж.У. Гулимбетова</i>	161
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МОВАЛИС» У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ <i>А.К. Бекенова</i>	163
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «КАРДИЛОПИНА» В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>А.К. Бекенова</i>	164
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ <i>М.А. Моренко</i>	166
О Б З О Р Ы	
ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ <i>Д.Е. Жайсакова, Б.А.Неменко, С.Ж.Карымсакова, А.А. Шакаралиев</i>	170
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ <i>В.К. Махатова</i>	173
ОЦЕНКА ВРЕДА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ И ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПОЛИТИКИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) <i>Н.Б. Ережепов</i>	176
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>М.А. Моренко</i>	180
СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О МАСШТАБАХ И ТЕНДЕНЦИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕЛЕГАЛЬНОГО НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ <i>Н.Б. Ережепов</i>	185
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОБЗОР) <i>К.О. Ильясова</i>	190
ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Е.В. Ережепов</i>	197

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

1. Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, не более 30 строк на странице, с полуторным (1,5) интервалом между строками. Times New Roman Times New Roman KZ -12 кегль, поля сверху и снизу 2 см., слева 4 см., справа 2см.
2. Статья может содержать до 6 страниц машинописи, список использованной литературы (библиография), резюме на трех языках (на русском, английском и казахском, если статья на казахском языке; если статья на русском языке — резюме составляется на казахском, английском и русском языках; если статья на английском языке - резюме, соответственно, на казахском, русском и английском языках). Резюме должно быть составлено из нескольких предложений, отражающих суть проблемы, изложенной в статье. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.
3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения на официальном бланке (или заверенное печатью).
4. Вверху первой страницы статьи пишутся: УДК, инициалы и фамилии авторов, название статьи, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть подпись каждого автора с указанием должности, ученой степени, ученого звания (фамилии, имени, отчества, адреса и телефона).
5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на новой дискете (без вирусов и повреждений).
6. Фотографии, диаграммы, рисунки, сканируются и вносятся в текст на дискете по ходу статьи.
7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых не допускается. Меры даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.
8. Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках.
9. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.
10. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования не допускаются.

За дополнительной информацией и по всем интересующим вопросам обращаться по телефону 40-22-08, 40-82-22 (внутр.113).

E-mail: UKGMA_Vestnic@mail.ru

E-Mail: medacadem@rambler.ru
<http://www.ukgma.kz>