

ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (49), 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 57 экз., объем 15,6 п.л.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор медицинских наук, профессор

Заместитель главного редактора

Югай Н.В., кандидат медицинских наук, доцент

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

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

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК: 548:57,083,12:618.15

КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАЗНЫХ БИОТОПОВ МАТЕРЕЙ

*Б.Т. Сейтханова, К.О. Шарипов, Н.З. Шапамбаев**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Казахский национальный университет им.Асфендиярова, г.Алматы*

ТҮЙІН

Мақалада жүкті әйелдердің әр түрлі биотоптарынан бөлінген микроорганизмдердің кристаллографиялық қасиеттері зерттелген. Тексерілген зат қынаптан және ішектен алынған жекешеленген культуралар. Кристаллография әдісі жұқпалы созылмалы үрдістің дамуын және емнің нәтижесін бақылауға практикада жәрдем береді.

SUMMARY

Crystallographic properties of the microorganisms of the selected different biotypes of mothers were studied by us. The cultures isolated from vagina and intestines of women were the material for examination. The usage of crystallography in practice will allow to trace the course of infection process and effectiveness of its treatment.

Известно, что мир микроорганизмов чрезвычайно широк. Они оказывают прямое и разнообразное влияние на окружающую человека среду и на него самого. Поэтому, чтобы успешно защищаться от патогенных микробов и эффективно использовать полезные для человека свойства микроорганизмов, необходимо быстро и точно их дифференцировать и идентифицировать.[2,3]. В настоящее время досконально изучены и широко используются в таксономии микроорганизмов их физиологические, биохимические и иммуногенные свойства. Однако, часто этого бывает недостаточно, в таких случаях могут потребоваться дополнительные весьма сложные аналитические процедуры, такие как электрофорез клеточных белков в полиакриламидном геле, анализ состава липидов, гибридизация нуклеиновых кислот, метод генетических зондов и другие.[1,4]

Вместе с тем достоверная идентификация многих родов и видов микроорганизмов, в том числе и патогенных (учитывая наличие у них многочисленных мутаций), не может быть основана на постановке только одного теста, а основывается, как правило, на целом их комплексе. Все это свидетельствует о том что, несмотря на многолетнее изучение различных способов идентификации микроорганизмов, перечисленные выше методы, не могут, полностью удовлетворить микробиологов. Отсюда возникает потребность в выявлении существенно новых свойств микроорганизмов, определение которых характеризовалось бы простотой, стабильностью и специфичностью, достаточной для достоверной их идентификации. Проведя поисковые исследования в этом направлении, проф.Л.Г. Баженов (1994) установил, что культуры микроорганизмов при определенных условиях их высушивания образуют комплексы кристаллов кристаллограммы (их фото- и компьютерные изображения называют кристаллическими образами).

Кристаллографический метод является принципиально новым методом идентификации микроорганизмов, отличающимся доступностью и высокой воспроизводимостью. Ранее работами автора метода профессора Л.Г. Баженова установлено наличие специфических особенностей у кристаллограмм *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Candida spp.*, *Bacillus subtilis*, *Helicobacter pylori* и других микроорганизмов. Использование данного метода позволяет практически с помощью одного только теста достоверно идентифицировать перечисленные микроорганизмы, тогда как при традиционной идентификации необходима постановка от 5 до 20 и более тестов.

Материалы и методы. Нами предпринята попытка использования данного метода для идентификации микроорганизмов, выделенных из разных биотопов женщин. Материалом для исследований послужили культуры, изолированные из влагалища, кишечника женщин-матерей. При их выделении и предварительной идентификации использовали традиционные методы, а также описанный выше кристаллографический метод идентификации микроорганизмов. Изучение кристаллогенных свойств исследуемых культур выполняли следующим образом: из суточной культуры, выращенной на скошенном мясо-пептонном агаре, готовили густую микробную взвесь в стерильном физиологическом растворе (10-25 млрд. микробных тел/мл). Затем на дно пластиковой чашки Петри помещали каплю микробной взвеси и равномерно распределяли ее кончиком пипетки в виде овала размером примерно 1,5x1,0 см. Чашку помещали в эксикатор с силикагелем, закрывали эксикатор и инкубировали его в термостате при 37⁰С в течение 18-24 часов до полного высыхания капель и образования на их месте кристаллического налета (кристаллограмма). Полученные кристаллограммы изучали визуально и с помощью стереоскопического микроскопа, затем фотографировали и переносили в банк кристаллограмм в компьютере. Все исследования повторяли с разными концентрациями микробной взвеси в трех сериях. Для контроля использовали кристаллограммы условно патогенных микроорганизмов (*E. coli* R, *Ps. aeruginosa* 68, *S. albicans* 723).

Результаты и обсуждение. На рисунке 5.1 представлены кристаллограммы некоторых культур микроорганизмов, выделенных из влагалища - матерей. Как видно из данного рисунка, кристаллограммы двух штаммов *Acinetobacter calcoaceticus* 74 и 75 практически идентичны и имели следующие особенности. Центры кристаллограмм представляли собой мелкие кристаллы, от углов которых отходили лучи, а от них в свою очередь параллельно располагались тонкие дендриты (отростки). Кристаллограмма *E.coli* 77 существенно отличалась от кристаллограмм *A. calcoaceticus*, в частности, ее кристаллы были значительно крупнее, обладали неровными краями, часто были сдвоенными. Дендриты чаще всего не были связанными с кристаллами и имели решетчатый рисунок. Кристаллограмма физраствора (контроль) представляла собой россыпь кристаллов среднего размера, при этом дендриты отсутствовали.

Таким образом, кристаллограммы разных микроорганизмов значительно отличались друг от друга и от контроля (кристаллограмма физраствора), тогда как кристаллограммы микроорганизмов, относящиеся к одному виду, были практически идентичны.

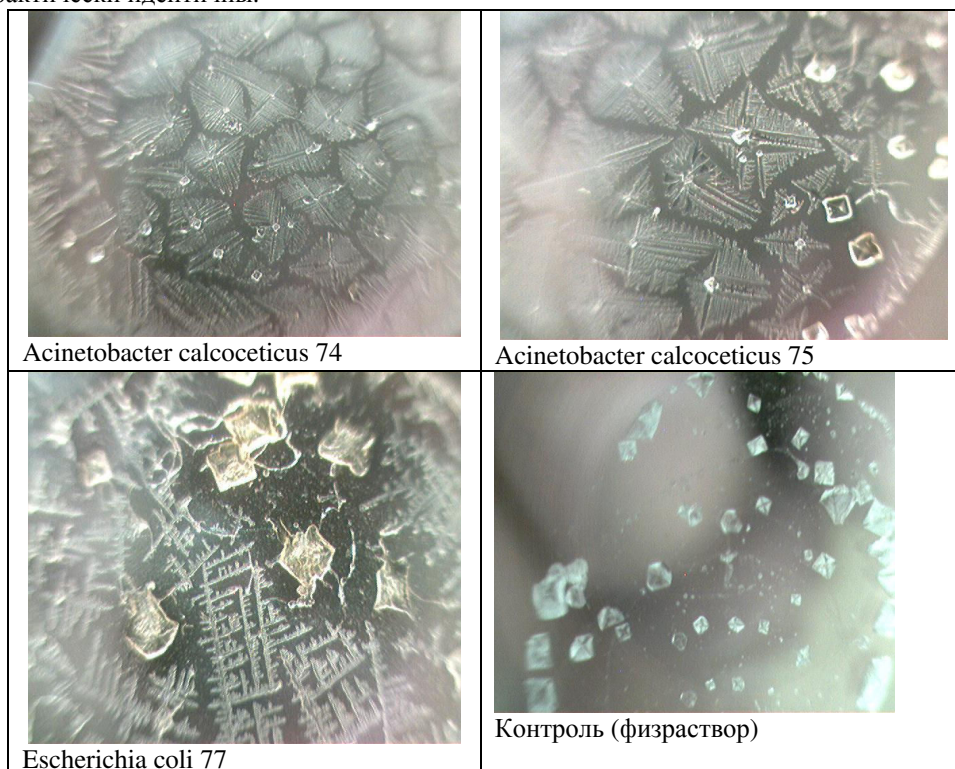
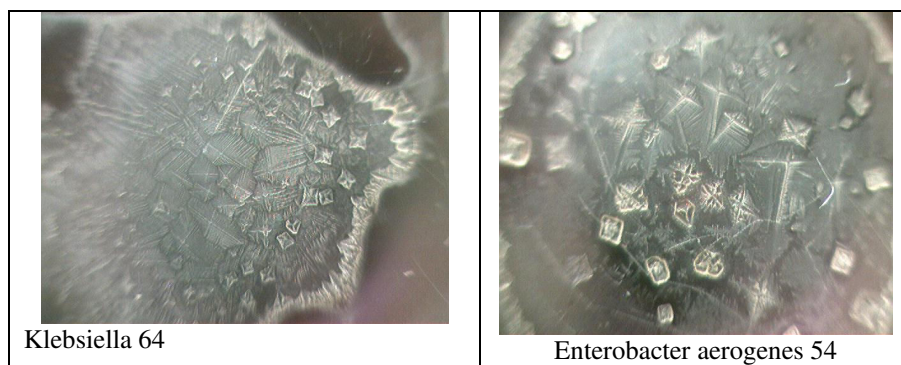


Рис. 5.1. Кристаллограммы культур, выделенных из влагалища матерей

На рисунке 5.2 даны кристаллограммы культур, выделенных из кишечника матерей. Изучены кристаллограммы штаммов *Klebsiella*, *Enterobacter aerogenes* и *E. coli*. Кристаллограмма культуры *Klebsiella* 64 имела следующие особенности: достаточно правильные четырехгранные кристаллы среднего размера и кристаллические поля, состоящие из тонких параллельных дендритов. Кристаллограмма *Enterobacter aerogenes* 54: кристаллы более крупные с крестовидными гребнями. Кристаллограммы 2-х штаммов *E. coli* 55 и 56 были похожи на кристаллограмму *E.coli* 77, выделенного из влагалища. Они также содержали достаточно крупные кристаллы с неровными краями, многие из которых были сдвоенными.



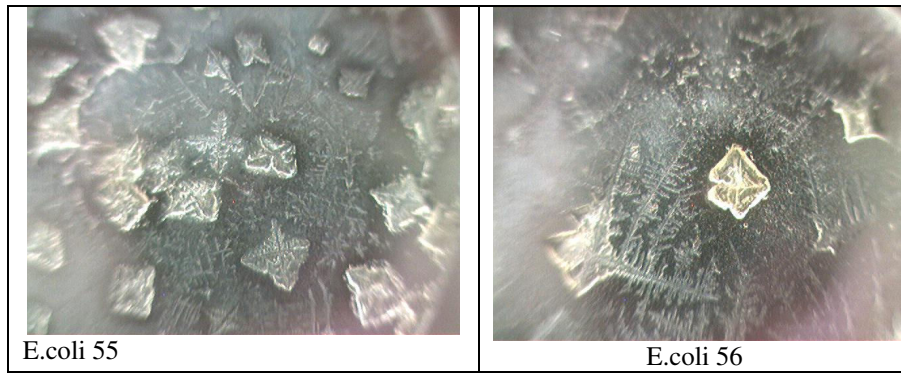


Рис.5.2. Кристаллограммы культур, выделенных из кишечника матерей.

На рисунке 5.2 даны кристаллограммы культур, выделенных из кишечника матерей. Изучены кристаллограммы штаммов *Klebsiella*, *Enterobacter aerogenes* и *E. coli*. Кристаллограмма культуры *Klebsiella* 64 имела следующие особенности: достаточно правильные четырехгранные кристаллы среднего размера и кристаллические поля, состоящие из тонких параллельных дендритов. Кристаллограмма *Enterobacter aerogenes* 54: кристаллы более крупные с крестовидными гребнями. Кристаллограммы 2-х штаммов *E. coli* 55 и 56 были похожи на кристаллограмму *E.coli* 77, выделенного из влагалища. Они также содержали достаточно крупные кристаллы с неровными краями, многие из которых были сдвоенными.

Заключение. Анализ представленных результатов, показывает, что кристаллограммы штаммов разных видов микроорганизмов существенно отличались друг от друга. Таким образом, установлена принципиальная возможность использования кристаллографического метода для идентификации микроорганизмов нормальных биотопов. Выявлено, что эти микроорганизмы характеризуются специфическими кристаллогенными свойствами, что позволяет использовать кристаллографический метод для их идентификации и дифференциации. Применение кристаллографического метода дает возможность существенно ускорить и упростить идентификацию и дифференциацию микроорганизмов. Применение кристаллографии в практике врача акушера-гинеколога в сочетании с клиническим и бактериоскопическими методами позволяет получать целостные представление о состоянии вагинальной экосистемы, проводить дифференциальную диагностику вагиноза и вагинита, отслеживать течение инфекционного процесса и эффективность его лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Johnson J., Owens K., Qajewski A. Bacterial characteristics in relation of clinical source of *Escherichia coli* isolates from women with acute cystitis or pyelonephritis and uninfected women // *J. of Clinical Microbiology*. – 2005. – N 12. – V. 43. – P.6064-6072.
2. Hogan V.K., Culhane J.F., Hitti J., et al. Relative performance of three methods for diagnosing bacterial vaginosis during pregnancy. *Matern Child Health J.* 2007 Sep 15.
3. Олина А.А. Применение метода кристаллографии для изучения влагалищной жидкости / А.А. Олина, Т.И. Карпунина // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2008. – Т. XV. – №4. – С. 116–117.
4. Олина, А.А. Применение метода кристаллографии для изучения влагалищной жидкости при неспецифических инфекционных заболеваниях влагалища / А.А. Олина, Т.И. Карпунина, Н.В. Чемуриева // *Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: материалы Всерос. науч.-практ. конф.* – Чита, 2008. – С. 87–88.

УДК. 612.354.2

МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ δ -АМИНОЛЕВУЛИНОВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ

К. К. Ибрагимов, Б. К. Жумабаева, К.О. Шарипов

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Сарысусский ЦРБ г. Тараз*

ТҮЙІН

Бұл жұмыста δ -АЛК және креатининді мадификациялау әдісімен анықтау ұсынылған. Бұл әдістің негізгі ерекшелігі технологияны унификациялау және кестені қолданбау.

SUMMARY

This work offers the modification of all methods at estimating of δ -ALK and kreatinine. Advantage of this method is a unification of techology and exception of the tables' using.

Введение. Основным требованием, предъявляемым к промышленным предприятиям, является охрана здоровья людей и экологическая чистота. Но, к сожалению, современный технологический процесс получения

токсических веществ все еще сопровождается выделением в производственную и окружающую среду токсических химических соединений, отрицательно влияющих на здоровье работающих на этом предприятии и населения, проживающего в этих регионах. В этом аспекте изучение состояния здоровья работников этих производств и ранняя диагностика заболевания - неопределимо. В последние годы на предприятиях значительно уменьшилось число профессиональных отравлений, в том числе свинцом, но эта проблема еще актуальна. В связи с этим особо важное значение приобретает ранняя диагностика заболевания [1]. Многочисленные клинко-экспериментальные исследования выявили ряд нарушений порфиринового обмена, а также установлено, что под влиянием свинца увеличивается экскреция с мочой предшественника порфиринов: δ -аминолевулиновой кислоты (δ -АЛК) [2]. Повышение δ -АЛК в моче является наиболее ранним признаком воздействия тяжелого металла свинца на организм. Существуют известные, широко применяемые методики определения δ -АЛК в моче [3], [4]

Целью исследования является за счет использования больших возможностей современной техники и технологии добиться за короткое время и при использовании малых и легкодоступных объемов биологических проб, с достаточной точностью получать информацию, необходимую для установления степени воздействия свинца, оценить диагностику интоксикации и эффективность лечения.

Материалы и методы. Исследовали мочу у 15 работников ЗАО "Южполиметалл" на δ -аминолевулиновую кислоту, имеющих горячий стаж 8-10 лет по методике: [4] и предлагаемой нами.

Методика [4] "Определение креатинина". К 0,5 мл мочи приливаем 3 мл пикриновой кислоты, добавляем 0,2 мл 10% NaOH оставляем 15' при комнатной температуре, после этого добавляем дистиллированной воды до 100 мл. Через 10 мин. на ФЭК-ке при длине волны 540 нм. смотрим показатель экстензий. Контрольный раствор готовится также только без мочи. Опыт против контроля. Результат смотрим по универсальной таблице. Определение δ АЛК. К 1 мл мочи приливаем 9 мл активированного угля встряхиваем и центрифугируем 1000 об/мин. Наливаем в опыт и контроль 2 мл центрифугата и в опыт наливаем 0,04 мл эфира, кипятим 20 мин. охлаждаем и наливаем 20 мл. реактива Эрлиха, через 15 мин. смотрим при длине волны 540 нм. Опыт против контроля. Смотрим результат по универсальной таблице и делим на значение креатинина. Содержание δ -АЛК в моче находим по формуле:

$$\text{НАЛК} = \frac{\text{мк.моль}}{\text{г.креат}} ;$$

Предлагаемая методика: "Определение креатинина". К 0,1 мл мочи приливаем 0,5 мл пикриновой кислоты, добавляем 0,05 мл 10% NaOH оставляем на 5 мин. при комнатной температуре, после этого добавляем дистиллированной воды до 10 мл. Через 10 мин. на спектрофотометре РД-303 находим значение креатинина.

Определение δ -АЛК в моче: К 0,1 мл мочи приливаем 9 мл Реактива1, встряхиваем и центрифугируем 10 мин. при 3000 об/мин. Наливаем в опытную и контрольную пробу 0,2 мл. центрифугата и через 10 мин. при длине волны 540 нм. находим показатель экстензий, который делим на значение креатинина. Получаем концентрацию δ -АЛК в опытной пробе. В норме мочи δ -АЛК: 20-25 мк.моль/г.креат.

Вывод. Таким образом, применение в практике современной техники и технологии дает возможность за короткое время при использовании малых и легкодоступных объемов биологических проб с достаточной точностью получать информацию, необходимую для установления степени воздействия свинца, оценить эффективность профилактики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтынбеков Б.К., Булешов М.А., Торгаутов Б.К., и др. Количественная оценка формирующего влияния производственных факторов на показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающих Шымкентского АО "Коргасын" // Наука и образование Южного Казахстана.-1999-№6(13)-Т.2.-С.190-200
2. Naeger-azonsen B.Scand.// Clin Lab. Invest.-1960.-12/ suppe 47.P.1-128
- 3.Павловское Н.А. Оценка методик определения δ -аминоливулиновой кислоты в эритроците крови. // Лабораторное дело 1981.-№2-С.86-89
4. Семенова Л.С., Павловская Н.А. Сравнительная оценка методик определения δ -аминоливулиновой кислоты в моче.// Гигиена Труда.-1982.-№1.-С36-39

УДК: 543. 635.2+547.7

КӨМІРСУЛАРДАН КЕЙБІР БИОЛОГИЯЛЫҚ МАҢЫЗДЫ ГЕТЕРОЦИКЛДІ ҚОСЫЛЫСТАРДЫ СИНТЕЗДЕУ ЖӘНЕ ФОСФОРИЛДЕУ

А. Юлдашев, З.Ю.Аблаева, А.Б. Ордабекова, К.К. Мамбетқұлова
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

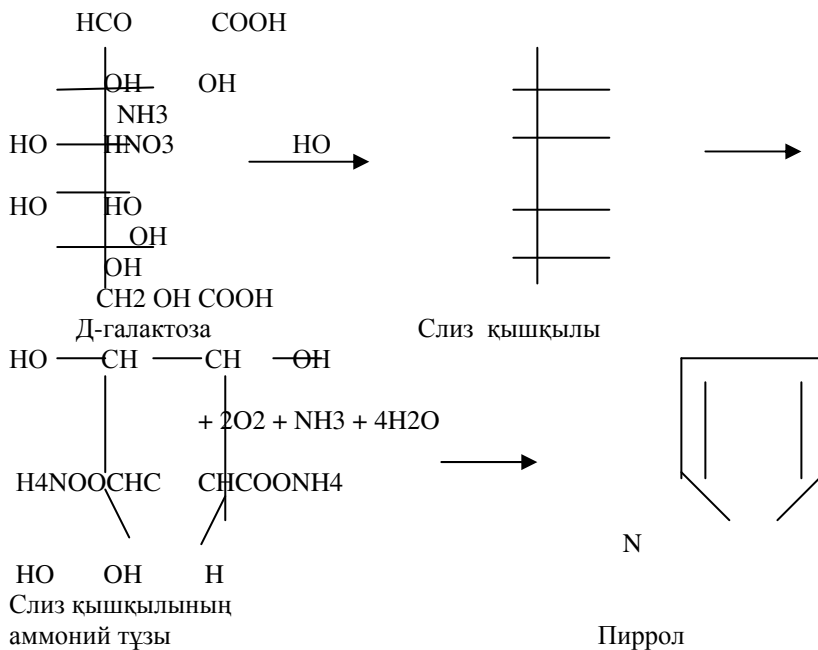
В данной статье рассматриваются возможности синтеза пятичленных гетероциклов: пиррола и имидазола из D-галактозы, а также вопросы синтеза фурфурола из пентозанов с последующим его фосфорилированием.

SUMMARY

In this article considered the possibilities of the five-membered heterocycles synthesis pyrrole and imidazole from D- galactose an the furfural sunthesis with following its phosphorylation.

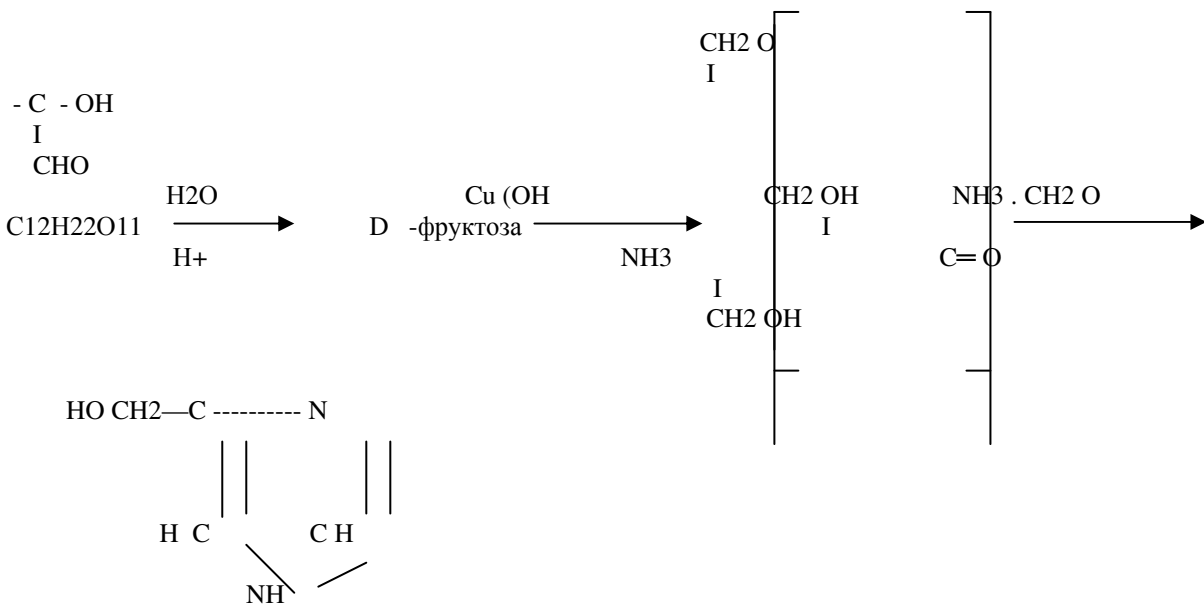
Тірі жасушаларда жүретін биохимиялық процесстердің негізгі компоненттері: ақуыздар, көмірсулар, липидтер, нуклеин қышқылдары, түрлі биореттеушілер, дәрумендер, гормондар болып табылады. Осылардың ішінен біз көмірсулардың қасиеттері, олардың организмдегі зат алмасуындағы рөлін қарастырамыз. Көмірсулар табиғатта кеңінен таралған органикалық қосылыстар болып табылады. Көмірсулар қасиеті жағынан әр түрлі және түрлі құрылымдық пішімде болады. Олардың ішінде үлкен, кіші молекулалы, кристаллды және борсылдақ, суда жақсы еритін, ерімейтін, гидролизденетін, тотығу процессіне оңай түсетін қосылыстар көптеп кездеседі. Әр түрлі химиялық қасиеттері бар көмірсулардың жалпы организмде тіршілік процесі үшін, әсіресе жануарлармен өсімдіктердің тінін құруда рөлі өте күшті. Көмірсулардан организмде өте маңызды қызметтер атқаратын гетероциклдік қосылыстарды синтездеп алуға болады. Мақаламыздың негізгі мақсаты болып табиғи көмірсулардан немесе олардың туындыларынан бес мүшелі бір және екі гетероатомды гетероциклді органикалық қосылыстарды: пирролды, имидазолды, фурфуролды синтездеу, сондай-ақ, фурфуролды фосфорилдеу мәселесі қарастырылған.

Зерттеу әдістері: Пирролды моносахарид D- галактозадан алынған слиз қышқылының аммоний тұзы арқылы синтездедік [1,2,3]. Оны синтездеу реакциясы төмендегідей болады:



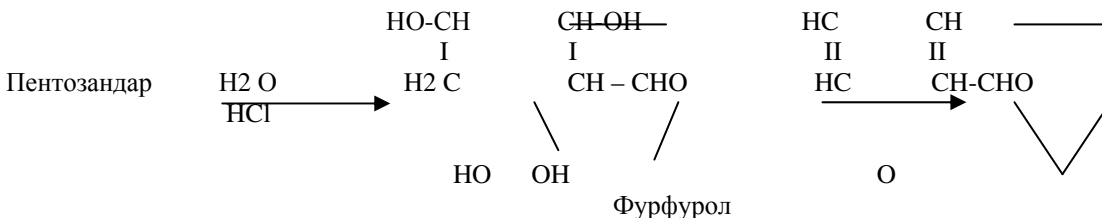
Жұмыстың барысы: Реакция жүргізілетін айдалатын колбаға 50 г слиз қышқылының аммоний тұзын, 50 мл глицерин және аммиак газін жіберген түрде араластырып, құм моншасында 2700 С қа дейін қыздырады. Содан кейін аммиак жіберуді тоқтатып, температураны 320-3300С қа дейін жоғарылатады. Реакциялық араласпада пирролдың түзілуі 1700 С та басталған еді. Пирролдың ең көп мөлшері 180-2100С аралығында түзіледі, қалған пирролдың мөлшері 2800С қа шейін түзіле береді. Бөлінген дистиллат 2 қабатта болады: жоғарғы қабатында барлығы таза пиррол; төменгі қабатында су және аммоний карбонатының араласпасы болады. Дистиллатты бөлуші сүзгіш арқылы бөліп алып, сулы ерітіндіні эфирмен экстракциялайды, эфирлі экстрактты органикалық затпен қосып, натрий гидроксидімен құрғатандырылады, ерітушіні су моншасында айдайды, қалдықты Вюрц колбасына өткізіп, оны айдайды да, 127-1310С тағы дистиллатты жинайды. Реакцияның өнімі 5,2-6,8 г. (35-45%) болады, яғни пиррол екен, себебі, таза пирролдың қайнау температурасы 1310С қа тең екендігі әдебиеттердегі мәліметтерден белгілі [4].

Хлоргидрат 4-(5)-оксиметилимидазол (1,2)



4-(5) – оксиметилимидазол (1,2)

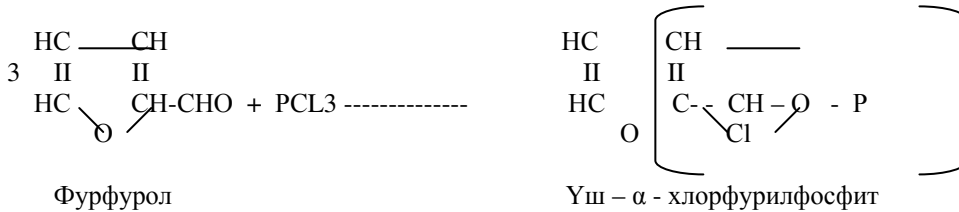
Жұмыстың барысы: Реакция жүргізілетін колбаға 180 г рафинаттанған (тазартылған) сахарозаны 1 л суда ерітіп, оған 10 мл концентрлі күкірт қышқылын қосып, ерітіндіні 600 С температурада 4 сағат су моншасында ұстап тұрады. Алынған яғни инвертирленген қант ерітіндісіне 300г негізделген мыс карбонатын қосады, (1л 25%-ті аммиак ерітіндісі, 150 мл 28%-ті формалин және 300 мл су). Қоспаны қайнағанға дейін қыздырады да, оны су насосына жалғастырып оған 1 сағат 2-3 л/мин жылдамдықпен ауа газын өткізеді. Көрсетілген мерзім өткеннен кейін, тұнбаға түскен мыс комплексін 4 (5) оксиметилимидазолді филтрлеп, 5% -ті аммиактың сулы ерітіндісімен жуылады. Ылғал комплексті механикалық араластырғыш көмегімен 1250 мл сұйылтылған тұз қышқылымен (1:4) араластырады. Нәтижеде суспензия пайда болады. Суспензияны 550С-қа дейін қыздырып, баяу түрде тамшымалы сүзгіш арқылы натрий сульфит (d=1,115) немесе аммоний сульфитті (d=1,033) ерітіндісін тұнбаға мыс толық тускенге дейін қосады. Мыс сульфидін бөлектеп алғаннан соң, филтратты қайнағанға дейін қыздырып, ол қайнағаннан кейін оған 75 г пикрин қышқылын қосады. Ерітіндіні бөлме температурасына келгенше салқындатып, түзілген пикратты филтрлейді, сумен жуады және оны ашық ауада құрғатады. Пикраттын, яғни 4-(5)-оксиметилимидазолдың өнімі 110-120 г (65-70% теория есебінен) құрайды, балку температурасы 204-2050 С. Оксиметилимидазолдың хлоргидратын бөлектеп алу үшін, 115 г негізді пикратқа 115 мл концентрлі тұз қышқылын 250 мл су және 500 мл бензол араласпасын қайтымды суытқыш арқылы су моншасында 10-15 мин аралығында қайнатады. Одан соң реакция араласпасын салқындатып, араласпадан бензол қабатын бөліп алады, сулы ерітіндіні бензолмен экстракциялайды, қалғанын су моншасында құрғақ зат қалғанға дейін су насосы көмегімен құрғатады. Нәтижесінде 42 г кристалданатын 4 -(5)-оксиметилимидазолдың тұзы (85% теория есебінде) алынды. Оның балку температурасы 1070С болып әдебиеттерде көрсетілген температураға сәйкес келеді [5, 6]. Жұмыстың екінші бөлігінде пентозандардың фурфуролға өтуін [3,4] және оның фосфорилденуін қарастырамыз, себебі өндірісте фосфорилденген қосылыстардан түрлі құнды комплексондарды синтездеуге болатындығы әдебиеттерден белгілі [7].



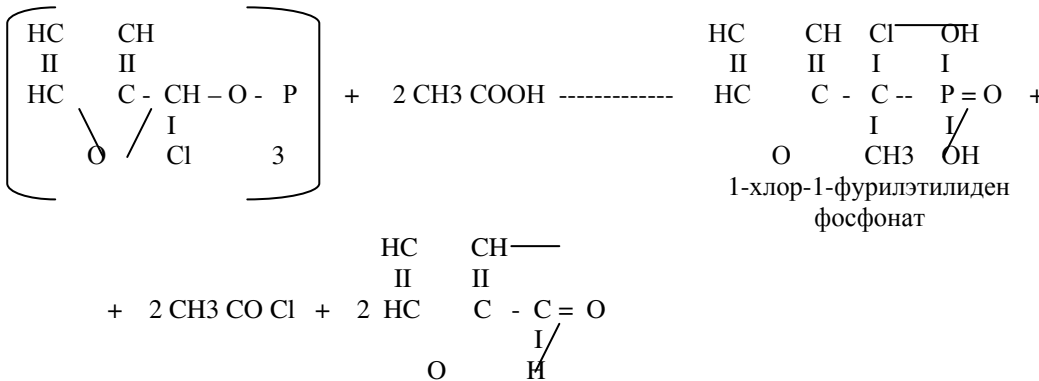
Жұмыстың барысы 1л көлеміндегі Вюрц колбасына 300 г кебекті күкірт қышқылымен (150мл концентрлі H2SO4 және 800 мл су) араластырады. Қоспаны жай қыздырып, одан 900мл (дистиллат) сұйықтықты бөліп алады. Дистилатты содамен бейтараптап, оны 250 г ас тұзымен ерітіндісінде ерітеді. Ерітіндіден одан 300 мл. фурфуролдың сулы ерітіндісін бөліп алғаннан кейін, оны ас тұзымен қанықтырып екі рет эфирмен экстракциялайды. Эфирмен бөлінген затты сусыздандырылған натрий сульфатпен (Na2SO4) құрғатады, эфирді су моншасы арқылы ұшырады, қалған затты 25-50 мл көлемдегі Вюрц колбасына құяды да, оны ауа тоңазытқыш арқылы 155-1620С айдайды. Осы фракциядағы сұйықтықта фурфурол бар екендігін біле

тұрып, одан 160-1620 С фракциясын, яғни фурфуролды жинайды. Реакцияның өнімі: 5-7 г алынған өнімді қайта айдағанда 160-1620С-тағы фракция фурфурол екендігін Москва университетінің профессоры Ю.К. Юрьевтің зерттеген жұмыстарының нәтижелерімен салыстырып қарауға болады [4].

Үш хлорфурилфосфит және хлорфурилэтилиден фосфонаттың синтезі. Жұмыстың барысы: Тазаланған (т.қайн.160-1620 С) фурфуролға 2мл сірке қышқылының қатысында фосфор үш хлоридін әрекеттестіріп, үш α - хлорфурилфосфитін синтездейді. Алынған үш α -хлорфурилфосфитке сірке қышқылды әрекеттестіріп, 1-хлор-1-фурилэтилиденфосфон қышқылының эфирін синтездейді. Реакцияның осындай түрде жүруі Арбузовтың қайта топтану теориясына негізделінеді, яғни :



Синтезделінген үш- α -хлорфурилфосфитке 2моль мұздалған сірке қышқылды әсер еткізіп (бөлме температурасында) тұмбаға түскен қосылысты алдымен бензолмен, сосын хлороформмен шаяды, кейін оны құрғатады. Реакция нәтижесінде түзілген заттың химиялық формуласын төмендегі схемадан көруге болады :



Синтезделген қосылыстың 1-хлор-1-фурилэтилиден фосфонат екендігін оның элементтік құрамы және физика-химиялық қасиеттерінің әдебиеттегі мәліметтермен сәйкес келуімен дәлелденді [7]. Олардың комплексондық қасиеттерін келесі жұмыстарымызға жоспарланады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Хотинский Е.С. Вет. 1909, 42 , 2506.
2. Дорофеенко Г. Н. Методы получения химических реактивов и препаратов. Вып.2 ВНИИ химических реактивов и особо чистых веществ, 1961. 13.
3. Жданов Ю. А. и др. Практикум по химии углеводов, Росвузиздат,1963, 101.
4. Юрьев Ю. К. ЖОХ, 1937, 7 265, 485.
5. Кулев Л. П. Онищук А. Е. Труды химико-металлургического института Зап. Сиб. Ф АН СССР, 1949 , 1. 77.
6. Онищук А. Е. Никифорова О..К. ЖПХ, 1956. 29 789.
7. Кариева Г. А. Кандидатская диссертация , Алматы, 1990 г.

УДК 61:340.6

УСТАНОВЛЕНИЕ КАТЕГОРИИ ВЫДЕЛИТЕЛЬСТВА У ЛИЦ О (1) ГРУППЫ ПО СЛЮНЕ РЕАКЦИЕЙ АБСОРБЦИИ-ЭЛЮЦИИ

Д.Б.Умарова

Жамбылский филиал РККП «ЦСМ» МЗ РК,г.Тараз

ТҮЙІН

Төмендегі көрсетілген әдістеменің маңызы бөліп шығарушы және бөліп шығармаушының айырмашылығы сандық өлшеммен шектелмейді. Сандық ерекшеліктері болады: бөліп шығарушының антигендері бөлінген сұйықтық бөлікте еріген түрде болады, ал бөліп шығармаушының антигендері бұндай қасиеттерге ие болмайды. Бөліп шығармаушылардың антигендері морфологиялық элементтері бар тұнбада ғана анықталады, ал тұнба бетінен анықталмайды. Бөліп шығарушылардың антигендері сұйықтық бетінен де және тұнбадан да анықталады.

SUMMARY

The matter of the method is that the difference between the extractors and the unextractors are not only limited by the quantitative criterion. There are some qualitative differences: the extractor antigens are absorbed into the liquid part while the unextractor antigens are not. The unextractor antigens draw out only the sediment which consists of the morphological elements and do not draw out the supernatant fluid. The extractor antigens draw out both in the supernatant fluid and in the sediment.

При исследовании выделений человека категория выделительства является одним из важнейших критериев, используемых при решении вопроса о возможной принадлежности этих объектов конкретному лицу. В настоящее время категория выделительства устанавливается реакцией абсорбции-ингибиции. Однако для ее проведения требуется относительно значительное количество материала, а кроме этого, до сих пор нет единого мнения о том, какую категорию выделительства характеризуют 3-4 степени поглощения. Целью нашей работы явилась разработка методики определения категории выделительства на основе реакции абсорбции – элюции с использованием минимального количества объекта исследования. Раньше в отделении для выявления антигена Н в крови, установления категории выделительства по слюне у лиц О (1) группы использовался растительный реагент - бузина сорта Тигран. Однако, последние годы поступление бузины из ЦСМ прекратилось, а старые запасы ее закончились. Мы стали получать новый реагент — цоликлоны. Но количественная реакция абсорбции с цоликлонами анти-Н, в частности, для установления категории выделительства получалась плохо. Может быть, сказывалось то, что при постановке количественной реакции абсорбции с цоликлонами мы не учитывали какие-то особенности, хотя перечитали всю имеющуюся в отделении литературу по МКАТ. Даже обращались с этим вопросом по электронной почте в ЦСМ г. Москвы, но ответа не дождалась.

Тогда мы стали перечитывать старые номера журнала «Судебно-медицинская экспертиза» в надежде найти что-нибудь интересное по данному вопросу. И в журнале №2 за 1984 год обратили внимание на статью Л.О. Барсегянц «Установление категории выделительства по слюне реакцией абсорбции-элюции». Суть этой методики заключается в том, что разница между выделителями и невыделителями не ограничивается только количественным критерием. Существуют и качественные различия: антигены выделителей растворены в жидкой части выделений, а антигены невыделителей таким свойством не обладают. Авторы исследовали как жидкую слюну, так и ее пятна. Нас, в первую очередь, заинтересовала эта методика применительно для пятен слюны, так как мы работаем именно с ними. Из пятен слюны, высушенной на марле, брали нитку длиной 0,5-1 см, расщепляли и помещали в пробирку, заливали физиологическим раствором. Экстрагирование в течение 2-х часов в холодильнике при +4°C. Затем нитку удаляли и содержимое пробирки центрифугировали в течение 20-30 минут при 2000-3000 об/мин. Надосадочную жидкость проверяли на наличие в ней клеточных элементов. Если не все клеточные элементы оседали на дно пробирки, то центрифугирование продолжали до их полного отсутствия. Затем надосадочную жидкость отделяли от осадка и, по отдельности, наносили по 1 капле на предметные стекла, высушивали, после чего наносили повторно и т.д. Препараты фиксировали этанолом в течение 30 минут, наносили на них слой 10% раствора альбумина (для лучшего выявления антигена Н выделений) и высушивали при комнатной температуре. К высушенным объектам добавляли по две капли гетероиммунных сывороток анти-Н или цоликлонов анти-Наб, анти-Н кра. Препараты помещали во влажные камеры и оставляли на 2 часа (с цоликлонами) или 18 часов (с гетероиммунными сыворотками) в холодильнике при +4 С. Затем 5-кратно отмывали охлажденным физиологическим раствором: наносили на предметные стекла физиологический раствор, который меняли каждые 1,5 минуты на новый. Элюция - в 0,1% взвесь отмываемых эритроцитов группы О (1) при +56°C в течение 30 минут с последующим 1,5-часовым выдерживанием объектов при комнатной температуре. Перед учетом добавляли 1 каплю физиологического раствора.

У невыделителей антигены выявляются только в осадке, где содержатся морфологические элементы, и не выявляются в надосадочной жидкости. У выделителей антигены устанавливаются как в надосадочной жидкости, так и в осадке. Это подтверждает предположение, что антигены выделителей и невыделителей качественно различаются по степени растворимости. Данная опробованная методика нам очень понравилась. Тем более, что она простая, нетрудоемкая, не требует каких-то особых реагентов и не занимающая много времени. Данной методикой мы устанавливаем категорию выделительства по слюне у лиц О (1) группы в течение 9-ти месяцев. Проведенные исследования показали, что с помощью реакции абсорбции - элюции можно устанавливать категорию выделительства, как в жидкой слюне, так и в пятнах слюны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал «Судебно-медицинская экспертиза» 1984г.
2. Основы судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств. Москва «Медицина» 1975 г.
3. Организация и производство медицинских судебных экспертиз. Минск УП «Светоч» 2004 г.

УДК 616.24-002.2-007.272-085.276

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ПЕРИФЕРИЯЛЫҚ ҚАНЫНДАҒЫ ЛИМФОЦИТТЕР МЕН ГРАНУЛОЦИТТЕР АПОПТОЗЫ ӨЗГЕРІСТЕРІН КОМПЛЕКСТІ ТЕРАПИЯҒА «ЭНЕРГОЙОД» ЖӘНЕ «ТРАНСФЕР ФАКТОР» ҚОСУ АРҚЫЛЫ ЗЕРТТЕУ*С.Е.Абдраимова**Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академия, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

В статье раскрывается возможность нормализации показателей апоптоза лимфоцитов и гранулоцитов периферической крови пациентов с ХОБЛ в результате применения в качестве иммуномодуляторов биологически активных добавок к пище «Энергойод» и «Трансфер Фактор».

SUMMARY

In this article is revealed the possibility of the indexes' normalization of mononuclear and granulocyte apoptosis of peripheral blood at patients with chronic obstructive lung disease as a result of using of «Energoiod» and «Transfer Factor» quality of immunomodulators..

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) кең тараған аурулардың бірі. Бұл аурудың жиілігі өсіп келе жатыр, сондықтан эпидемиологиялық жағдайдың нашарлауына және науқастардың өміне жіберілетін экономикалық шығынның да өсуіне байланысты осы ауру емінде қолданылатын жаңа әдістер мен дәрі-дәрмектерді іздеу қазіргі таңда өзекті мәселе болып тұр. Соңғы жылдардың зерттеулері өкпенің созылмалы обструктивті ауруының патогенінде жасушааралық қатынастардың негізгі роль атқаратынын көрсетіп тұр. Қабыну ағымының созылмалы болуы нейтрофилдер мен лимфоциттерге байланысты. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруына Т-лимфоциттер жалпы санының төмендеуі, Т-жасушаларының тепе-теңдігінің дисбалансы және олардың функционалды белсенділігінің бұзылуы, нейтрофилдердің гиперреактивтілігі мен антибактериалды қызметінің төмендеуі тән.

Қазіргі таңда апоптоз, немесе жасушаларың бағдарламаланған өлімі мәселесіне көп назар аударылады. Кейбір авторлар өкпенің созылмалы обструктивті ауруындағы қабынудың пролонгациясы Т-лимфоциттердің тұрақтылығының жоғарылауы және олардың апоптозға қабылетінің жойылуына байланысты деп ойлайды. Бірақ альтернативті ойлар да бар: өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен науқастардағы белсендірілген мононуклеарлардың апоптозға сезімталдығы жоғары, сондықтан перифериялық қанда функционалдық мүмкіншіліктері төмен әлсіз дифференцирленген Т-лимфоциттердің көбеюі байқалады. Жұмыстың есебі болып ӨСОА-мен науқастардың перифериялық қанындағы лимфоциттер және мононуклеарлық, полиморфты-ядролық лейкоциттердің бегінде CD95-антигендік детерминантаның экспрессиясын зерттеу келді.

Материал мен әдістер. Зерттеуге 30 өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауыратын науқас алынды. Науқастар ішінде 21 ер адам және 9 әйел болды. Науқастардағы аурудың ұзақтылығы 5-30 жыл аралығында болды, көбінесе (59%) аурудың ұзақтылығы 10 жылдан астам болды. Науқастар өршу кезінде емінде базистік терапия ретінде антибактериалды дәрілер, муко- және бронхолитиктер, өршудің ауыр дәрежесінде глюкокортикостероидтар (ГКС) қолданылды. Ремиссия кезінде науқастар ингаляциялық селективті β_2 -агонисттер не холинолитиктер қабылдады. Науқастар екі топтарға бөлінді (n=15): 1-ші топта – науқастар базистік емге қоса «Энергойод» 1 ас қасықпен 150,0 мл қайнатылған суға араластырып күніне 2 рет және «Трансфер Фактор» 1 капсуладан күніне 3 рет қабылдады, 2-ші топта – науқастар базистік ем қабылдады.

Нәтиже мен талқылау. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өршу кезінде науқастар қанында CD95+- лимфоциттердің санының орташа 2 есе жоғарылауы ($50,5\% \pm 3,5$) байқалды. Ремиссия кезінде CD95+- лимфоциттердің саны қалыпты көрсеткіштерден жоғары ($48,4\% \pm 1,4$) және аурудың ауырлық дәрежесіне теріс пропорционалды болды. Бұл мәлімет ремиссия кезінде лимфоциттердің белсенділігіне ықпал ететін және олардың Fas-тәуелді апоптозға дайындығын жоғарылайтын шамадан тыс не созылмалы антигенді стимуляция бар екендігін көрсетеді. Осымен бірге ауыр дәрежедегі науқастарда лимфоциттердің белсенділігі төмен ($44,5\% \pm 7,8$) болды. CD95+- лимфоциттердің динамикасын бағалай отырып, дәстүрлі ем қабылдаған науқастарда CD95+- лимфоциттердің деңгейі айтарлықтай өзгермегенін айтуға болады. Өршудің ауыр дәрежесінде глюкокортикостероидтар қабылдаған науқастарда CD95+- лимфоциттердің төмендеуі байқалды, мүмкін препараттың лимфоцитолитикалық әсерінен. Ал өршу кезінде қолданылған «Энергойод» және «Трансфер Фактор» қосылған комплексті терапия басында науқастарда CD95+ деңгейінің төмендеуі байқалды. Дәл осындай апоптоз рецепторлары экспрессиясының динамикасы ремиссия кезінде де байқалды.

Лимфоциттердің апоптозына түрлі емдік бағдарламалардың әсерін зерттегенде антибактериалды терапияны қолдану апоптоздық жасушалардың пайыздық мөлшерінің төмендеуін көрсетті. Жүелік ГКС-ді қабылдау гиподиплоидты лимфоциттердің санының жоғарылақна алып келді. Яғни, бұл ГКС-ді қолдану цитокиндердің продукциясын төмендетеді деген мәліметті дәлелдейді.

Иммуномодуляторлар ретінде «Энергойод» және «Трансфер Фактор» қоспаларымен бірге комплексті терапия гранулоциттердің апоптоздық өлімін тездетті, бірақ белсендірілген апоптозға әсерін тигізбеді. Ремиссия кезінде иммунды-модулирлеуші терапия гиподиплоидты гранулоциттердің санына әсер етпеді.

Апоптоз иммундық жүйе мен бүкіл ағза гомеостазының бақылауында аса маңызды роль атқарады. Егер өршу кезінде жіті қабынуға тән лейкоциттер мен нейтрофилдер санының жоғарылау жағдайда апоптоздың тездетуі қабыну үрдістің уақытылы аяқталуына керек болса, ремиссия кезінде антигениндуцирленген апоптоздың тездетуі иммундық жауаптың супрессиясына әкелуі мүмкін. Иммунды-компетентті жасушалардың апоптозды өлімінің тездетуі не баяулауына бақылауды қамтамас ету өкпенің созылмалы ауруының негізгі мәселесі - қабынудың созылуы және осыған байланысты аурудың прогрессирленуі шешілуіне ықпал етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2006.
2. Дамдинов Б.Ц. Реактивность нейтрофилов периферической крови и ткани при хронических бронхитах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2002.
3. Коновалова Е.Н. Апоптоз и межклеточные взаимодействия при бронхиальной астме и хроническом обструктивном бронхите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток 2001.
4. Цой И.Г., Синявский Ю.А. Роль факторов питания в комплексном лечении различных видов патологии. – Алматы: Алаш, 2006.

УДК 616.24-002.2-086:604.642.32

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТАРПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.Е. Абдраимова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада созылмалы аурулардың комплекстік емінде қолданатын алиментарлық факторлардың иммундық-коррегірлеуші әсерлері анықталды.

SUMMARY

The article reveals immunocorrectional properties of alimentary factors in the complex therapy at chronic disease.

Методы алиментарной поддержки этиопатогенетического лечения при различных неинфекционных и инфекционных заболеваний, направлены в первую, на устранение изменений клеточных и гуморальных факторов иммунитета, а также неспецифической резистентности организма, относящиеся к важнейшим адаптационно-приспособительным системам организма [1]. Именно поэтому подавляющее большинство биологически активных добавок к пище и функциональных продуктов питания претендует на иммунокорригирующие свойства, обеспечивающие возможность их обоснованного использования в качестве универсальных средств алиментарной поддержки этиопатогенетических профилактики и лечения при широком круге заболеваний и патологических состояний.

В настоящее время имеется достаточный опыт успешного применения в качестве дополнительного метода лечения при самых различных видах инфекционной и неинфекционной патологии биологически активных добавок к пище, разработанных на основе органических форм йода, представляющих соединения йода с полисахаридами (декстраном, декстрином, крахмалом), в частности «Энергойод». В этом препарате разовая дозировка йода может превышать в несколько десятки раз рекомендуемый уровень потребления для металлического йода. Вместе с тем, многочисленными результатами экспериментальных исследований и клинических наблюдений, а так же, по данным громадного количества зарубежных источников, соответствующие дозировки этих форм йода представляют собой вещество среднего класса токсичности и не вызывают никаких патологических изменений в куриных эмбрионах, организме млекопитающих и человека. При этом необходимо помнить, что настоящие добавки предусматривают не восполнение дефицита йода, необходимого для нормального функционирования щитовидной железы, а назначаются в целях реализации своих антиоксидантных, мембраностабилизирующих, антиоксидантных и иммунокорригирующих свойств [2].

Помимо выраженного прямого бактерицидного действия, прием данных органических соединений йода сопровождается четкой коррекцией имеющих место нарушений со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунитета, факторов неспецифической резистентности организма, а также нормализацией угнетенной активности ферментов антиоксидантной системы. Также отмечается усиление микроциркуляторных и репаративных процессов в пораженных тканях. В качестве наиболее физиологичных и универсальных средств алиментарной иммунокоррекции следует отнести низкомолекулярные пептиды, обладающими регуляторными свойствами в отношении многих клеток и систем организма, и в частности «Трансфер фактор». Настоящая группа биологически активных добавок к пище относится к иммуномодуляторам прямого действия, что неоднократно было показано в специальных модельных экспериментах на иммунокомпетентных клетках [3].

Выше указанные свойства биологически активных добавок к пище были подтверждены при их назначении больным хроническими формами вирусного гепатита, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, отдельными формами рака, хронической обструктивной болезнью легких, инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, ожоговой болезнью, при этом практически не было установлено обусловленных ими каких-либо выраженных побочных эффектов со стороны различных органов и систем. При всех изученных видах патологии удалось установить достоверное повышение эффективности стандартных протоколов лечения по динамике клинико-лабораторных, инструментальных, рентгенологических и в ряде случаев морфологических данных. На фоне приема биологически активных добавок к пище также отмечалось более быстрое восстановление имевших место функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и гепато-билиарной систем, органов желудочно-кишечного тракта, функции почек, неврологических расстройств, повышение общего тонуса. В случае инфекционно-воспалительных процессов иммуномодифицирующий эффект чаще всего проявлялся в усилении положительной динамики исходно измененных количественно-функциональных параметров клеточного и гуморального звеньев иммунитета: со стороны общего пула Т-лимфоцитов (CD3+), их хелперно-индукторной субпопуляции (CD4+), клеток, экспрессирующих рецепторы к ИЛ-1 (CD25+), натуральных киллеров (CD16+), Т-лимфоцитов с супрессорно-цитотоксическим фенотипом (CD8+), В-клеток (CD72+). Параллельно регистрировалось усиление функциональной активности Т-лимфоцитов, особенно в плане секреции лимфокинов, стимулирующих экспрессию иммуноглобулиновых и комплементарных рецепторов нейтрофильных лейкоцитов, их кислород-зависимый метаболизм, т.е. имело место восстановление способности иммунокомпетентных клеток к гуморальному взаимодействию. Со стороны макрофагов регистрировалось нарастание функционального резерва системы, снижение числа парадоксальных реакций в ответ на дополнительную активизацию и частоты так называемого феномена «антигениндуцированной» ингибиции фагоцитарной активности. Антиоксидантный эффект характеризовался снижением высоких уровней диеновых конъюгатов и малонового диальдегида в сыворотках крови, восстановлением сниженной активности основных ферментов антиоксидантной защиты (супероксиддисмутазы и каталазы). Прием данных биологически активных добавок также оказывал протективный эффект (прямой и опосредованный) в плане риска развития антибиотикоиндуцированного дисбактериоза толстого кишечника при инфекционно-воспалительных заболеваниях и термических травмах.

Полученные нами данные свидетельствуют о широких возможностях целенаправленного использования алиментарной иммунокоррекции в качестве патогенетически обоснованного метода нутритивной поддержки стандартных протоколов лечения при самых различных заболеваниях и патологических состояниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Синявский Ю.А., Цой И.Г. Лечебно-профилактические продукты питания.- Алматы: БАСПА, 2000.
2. Цой И.Г., Синявский Ю.А. Роль факторов питания в комплексном лечении различных видов патологии.- Алматы: Алаш, 2006.
3. Сейдахметова З.Ж., Ташенова Г.К. Резистентность мембран эритроцитов лактирующих крыс при повторном плавательном стрессе и ее коррекция препаратом бальзам «Возрождение» //Биологические науки Казахстан, 2006.

УДК 611.383:611.428:546:76

МИКРОАНАТОМИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ И КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ МЯКОТНЫХ ТЯЖЕЙ БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СОЕДИНЕНИЙ ХРОМА

К.Е. Жарилкасинов

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им.Марата Оспанова г.Актобе

ТҮЙІН

Егеуқұйрықтарды пероральды бір ай 1 ПДК мөлшерінде хром қосындыларымен уланғанда және бір айдан кейін қайталап (2 ПДК, 4 ПДК) аз мөлшерде енгізгенде, шажырқай лимфа түйіндерінің жұмсақ белдеулеріндегі плазмоцитарлық жасушалар қатарының пролиферациясын және дифференцировкасын алсіретеді.

SUMMARY

The rats were exposed to influence of chrome on the following scheme: daily to introduce the biochromat potassium in dose of 1 MCL during a month; after the course a month was conducted the recurring cycle on scheme of the first and second series.

Актуальность: Возрастающий интерес к лимфологии и иммунологии требует освещения новых сторон действия экологических факторов, оказывающих прессинг на организм человека. Одной из больших групп таких факторов являются соли тяжелых металлов. Среди них соединения хрома занимают значительное место в мировом производстве и использовании в народном хозяйстве. Сведения о воздействии соединений хрома на иммунную систему неоднозначны, касаются в основном больших доз [1,2,3,4] и не дают полной морфологической характеристики лимфоидных органов, хотя наиболее заметный эффект от средовых факторов может быть зафиксирован в лимфатических узлах, как органах периферического иммунитета [5].

Цель исследования - изучение отдаленных эффектов воздействия малых доз бихромата калия на структуру и клеточный состав мягкотных тяжей брыжеечного лимфатического узла в зависимости и повторяемости воздействия.

Материалы и методы исследования: В работе использовали 130 белых беспородных крыс-самцов, в возрасте 2-3 месяцев, массой тела 180-200 г. Экспериментальная модель хронического отравления создавалась путем ежедневного перорального введения эмульсии бихромата калия на растительном масле с помощью металлического зонда в течение месяца. В первой серии опытов доза составила на каждое животное 2 ПДК, во второй серии – 4 ПДК. Животных подвергали воздействию хрома по следующей схеме: в течение месяца ежедневно вводили бихромат калия в дозе 1 ПДК; через месяц указанного курса проводили повторный цикл воздействия бихромата калия по схеме первой и второй серии. Для контроля были сформированы группы: «норма» - животные получали в течение месяца только растительное масло, и «контроль» - получавшие в течение месяца бихромат калия в дозе 1 ПДК. У декапитированных животных после первичных и повторных циклов отравления брали по одному брыжеечному лимфатическому узлу через 1, 7, 14 и 30 суток. Обработку образцов для светооптической микроскопии проводили традиционно. Морфометрические исследования выполняли согласно существующим рекомендациям [6].

Результаты исследования и их обсуждение. Под воздействием длительного хронического отравления бихромата калия заметно преобразуется микроанатомическая организация печеночного лимфоузла. Это свидетельствует о значительном участии в ответной реакции всех зон лимфоидной паренхимы. Наиболее выраженные изменения наблюдаются со стороны мягкотных тяжей, где находится В-зависимая зона. Непосредственно после прекращения первичного воздействия хрома в дозе 2 ПДК отмечается увеличение абсолютной площади сечения мягкотных тяжей на 30,6% по сравнению с нормой. К 7 суткам исследования этот показатель возрастает в 1,8 раза. Последнее наблюдается на фоне увеличения общего объема лимфатического узла и резкого снижения численной плотности клеток, что указывает на отек данной зоны лимфоидной паренхимы. Через 14 суток мягкотные тяжи восстанавливают указанные показатели, несмотря на увеличенный объем самого лимфоузла. Противоположные изменения отмечается со стороны площади сечения мягкотных тяжей после курса воздействия большей дозы препарата (4 ПДК). В изучаемой зоне выявляется резкое снижение абсолютной и удельной площади мягкотных тяжей на фоне значительного опустошения клеток. Такое состояние сохраняется до конца месяца наблюдения, но численная плотность клеточных популяций и их абсолютное количество восстанавливается. Повторный цикл отравления в дозе 2 ПДК кратковременно уменьшает объем мягкотных тяжей, численную плотность клеток на единицу площади этой зоны и их абсолютной массив. В то же время к концу 30 суток большая доза бихромата калия приводит к увеличению на 70,0% объема данной зоны лимфоидной паренхимы при неизменной численной плотности клеток. Это сопровождается значительным возрастанием (до 74,0%) абсолютной численности клеточного массива в этой области, что свидетельствует о выраженной адаптированности печеночного лимфатического узла к действию большей дозы соединения хрома.

При анализе цитоархитектоники брыжеечного лимфатического узла крысы после месячного курса воздействия бихромата калия в дозе 2 ПДК отмечается значительное уменьшение абсолютного числа малых лимфоцитов, бластов, незрелых и зрелых плазмочитов в структуре лимфоидной паренхимы мягкотных тяжей. Эти изменения выявляются на фоне возрастания количества клеток Мота (в 12 раз) и дегенерирующих клеток (в 5,7 раза), макрофагальной, тучноклеточной и гранулоцитарной реакций, появления эритроцитов. Последнее свидетельствует либо об усилении диapedеза этих клеток через эндотелиальную выстилку, либо об ее повреждении. В дальнейшем количественная клеточная реакция ослабляется и к концу наблюдения выявляется рост численности иммунобластов, плазмобластов и незрелых плазматических клеток. Численная плотность зрелых плазмочитов приближается к норме. Бихромат калия в дозе 4 ПДК приводит к более выраженным изменениям цитоархитектоники лимфоидной паренхимы мягкотных тяжей печеночных лимфатических узлов. Абсолютное количество зрелых и незрелых форм лимфоцитов значительно уменьшается на фоне значительного роста числа клеток Мота, иммунобластов. Это свидетельствует об угнетении иммунного ответа, нарушении пролиферации и процесса созревания клеток плазмочитарного ряда. Одновременно отмечается эозинофилопения, отсутствие нейтрофильной реакции, хотя тучноклеточная и макрофагальная реакции сохраняются на фоне увеличенного числа дегенерирующих клеток, появления эритроцитов и большего количества митозов.

Анализ цитологического профиля мягкотных тяжей после повторного цикла воздействия малой дозы карбофоса свидетельствует об однотипности количественных клеточных реакций с первичным воздействием в течение первой недели наблюдений. Однако, в конце исследования через 30 суток после прекращения воздействия четко проявляется рост числа средних лимфоцитов и зрелых плазмочитов. Происходит угнетение плазмочитогенеза после первичного воздействия и рост количества зрелых клеток в отдаленном периоде наблюдения у животных, повторно подвергнутых воздействию хрома, особенно большей дозой. Последнее свидетельствует о возрастании иммунологической реакции гуморального иммунитета у импринтированных животных. Причем выявляется значительная адаптированность печеночного лимфоузла на воздействие бихромата калия. Примечательно, что в динамике исследования количественные показатели большинства клеток, заселяющих мягкотные тяжи, характеризуются «маятникообразными» колебаниями.

Заключение. При хроническом отравлении бихроматом калия клеточная реакция мягкотных тяжей брыжеечного лимфоузла характеризуется угнетением пролиферации и дифференцировки клеток плазмочитарного ряда. Резкое возрастание числа дегенерирующих клеток вызывает выраженную реакцию, появление и увеличение гранулоцитов, эритроцитов. Наблюдаемое угнетение лимфоцитопозза является доказательством нестабильности и продолжающейся перестройки этой зоны брыжеечного лимфоузла в отдаленные сроки наблюдения после большой дозы хрома. Повторный курс, особенно большей дозы бихромата калия, выявляет уже через 7 суток после прекращения отравления возрастание количества зрелых форм лимфоцитов и плазмочитов, ослабление нейтрофильной и усиление эозинофильной реакций. Следовательно, зона мягкотных тяжей брыжеечных лимфатических узлов обладает активной морфофункциональной потенцией к токсическому действию хрома. Предварительное воздействие бихромата калия в допороговой дозе подготавливает лимфоузлы к адекватному ответу при повторной встрече с соединениями хрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Умбетов Т.Ж., Адилова Г.А., Маннапова А.И. Иммуно-клеточная реакция лимфоидной паренхимы лимфатического узла на действие ксеногена //Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. – Актөбе, 2002. – С.162-164.
2. Умбетов Т.Ж., Маннапова А.И. Морфофункциональные изменения трахеобронхиальных лимфоузлов на фоне хронического воздействия и его коррекция масляным экстрактом корней девясила //Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2009. - №3 (23). – С.36.
3. Насиров И.Н., Кибатаев К.М., Сундетов Ж.С., Насиров С.И. Морфологические изменения почек при ингаляционном воздействии бихромата натрия и при его коррекции масляным экстрактом девясила //Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2010. - №1 (25). – С.203.
4. Рахманов С.Б., Адайбаев Т.А. Клеточный состав функциональных зон лимфоидных образований тонкого кишечника при воздействии дестабилизирующих факторов // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2010. - №1 (25). – С.208-209.
5. Умбетов Т.Ж., Беккужин А.Г. Влияние хрома на ДНП ядер тимоцитов в опытах *in vitro* // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2010. - №1 (25). – С.226.
6. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. Руководство. – Москва «Медицина», 1990. – 384 с.

УДК 616- 097: 340.6

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИГЕНА Д В ПЯТНАХ КРОВИ

Н. В. Малыш

Жамбылский филиал РГКП «ЦСМ» МЗ РК, г.Шымкент

ТҮЙІН

Сарапшы биологтар сарапшы қорытындысын нақтылауға бағытталған кез-келген мүмкіндіктерді пайдалануы қажет. Осы мақалада резус жүйесінің Д- антигенін анықтау жолы қарастырылған. Мақаладағы мазмұндау, М-антигені бойынша қанды зерттеу кезіндегі тұжырымдамамен ұқсас алынған нәтижені бағалауда өте сақ болуды ұйғарады.

SUMMARY

Any methods are directed towards the updating of the expert summaries which have to be used by the biologist-experts. The article deals with the detection of the antigen D of the rhesus- system. However, it is necessary to evaluate the received results by analogy with the summaries which were concluded with the blood analysis by the antigen M.

Первую попытку выявить антиген Д в пятнах крови предприняли Wiener, Davidson, Levine в 1950 году. Итогом их исследований свойств антигена Д в сухой крови было заключение, что антиген Д под влиянием высушивания теряет абсорбционную способность и его выявление возможно лишь в том случае, когда кровь еще не превратилась в пятно, то есть в неполностью высушенной крови. Советские исследователи (П.Н. Косяков и М.А. Умнова; М.А. Бронникова, В.А. Богдасаров, Л.О. Барсегянц) в 50- е годы прошлого столетия также, изучая устойчивость антигена Д к высушиванию, действию высокой и низкой температуры, пытаясь выявить его в пятнах крови методом абсорбции, пришли к выводу, что «своей неустойчивостью к высушиванию антиген Д существенно отличается от других, содержащихся в эротротиках человека, антигенов». В высушенной крови не удается его выявить и поэтому «использование антигена Д в судебно-медицинской практике идентификации пятен крови... встречает большие трудности».

В 1960 году для исследования следов крови малой величины был применен новый метод исследования – реакция абсорбции – элюции. Совершенствование этого метода в последующие годы позволило открыть потенциальные возможности его не только в отношении исследования антигенов системы АВО в пятнах малых размеров, но и в отношении возможности выявить антигены других изосерологических систем, применительно

к которым метод абсорбции был не пригодным, в частности, антигенов системы резус. В период с 1971 по 1973 год на кафедре судебной медицины Ленинградского ГИУВа им. С.М. Кирова была проведена экспериментальная работа с целью создания такой схемы реакции абсорбции- элюции для выявления антигена Д системы резус, которую можно было бы применять при исследовании пятен крови (Е.Е. Гальцева). Реакция абсорбции- элюции (РАЭ) является одной из серологических диагностических реакций и основана на обратимости соединения антитела с антигеном. Положительный результат РАЭ обеспечивается в первую очередь серологическим соответствием реагирующих между собой компонентов- антитела и антигена- и дополнительными техническими факторами, которые создают благоприятные условия реакции и объединяются понятием «схема РАЭ».

В схеме реакции абсорбции- элюции имеются стабильные и переменные условия. Переменных условий два: первое, основное, не зависящее от исследователя- размер, давность пятна и выраженность в нем антигена. Второе, которое корректируется соответственно особенностям первого: титр сыворотки и ее свойства. Все остальные условия в схеме реакции абсорбции- элюции- стабильные.

1. Подбор реагентов. Для выявления антигена Д в пятнах на вещественных доказательных могут использоваться отечественные или импортные сыворотки анти- Д с неполными антителами.

Исследованию следов крови на вещественных доказательных обязательно предшествуют подбор сывороток, пригодных для РАЭ. Пригодность сывороток определяется их строгой специфичностью и выраженной активностью. Из архива лаборатории подбирают несколько образцов крови Д+ и Д- различной давности. Именно с этими образцами и должна быть проведена РАЭ. Если сыворотки отвечают предъявляемым требованиям, их применяют для дальнейшей работы. Следующий этап- исследование образцов крови проходящих по делу лиц. Если возможно, то желательно исследовать жидкую кровь с целью определения ее группы по системе резус. Установив пригодность сывороток для выявления антигена в образцах крови лиц, проходящих по делу, приступают к изучению следов крови на вещественных доказательствах.

2. Постановка реакции абсорбции- элюции. Материал для проведения реакции вводится нефиксированным. Из пятна, предмета- носителя и заведомых, высушенных на марле, образцов крови Д* и Д- берется по одной нитке из различных участков длиной 3 мм, всего по 3-4 нитки из каждого образца. Затем их заливают в пробирках 2-3 каплями (с небольшим избытком) двумя сериями сывороток анти- Д с неполными антителами. Оптимальные условия абсорбции- 18 часов при комнатной температуре. Возможны изменения параметров абсорбции- 3-5 часов в термостате при +37 С. Во избежание испарения сывороток и их загустения пробирки должны быть очень плотно закрыты. Отмывание от свободных антител пятикратно охлажденным физиологическим раствором, по 3 минуты, с обязательным промоканием фильтровальной бумагой после каждого промывания. Элюцию проводят в пробирках или на предметных стеклах (во влажных камерах) в 0-5 % взвесь трипсинизированных тест-эритроцитов ОД- в 1 % человеческого или бычьего альбумине в течение 30 минут при температуре +45 С. Экспозиция при комнатной температуре 1-1,5 часа. Учет результатов микроскопический. При элюции в пробирки, после экспозиции, 2-х минутное центрифугирование со скоростью 1000 об/ мин, легкое встряхивание. Трипсинизация эритроцитов- к одному объему однократно отмываемых эритроцитов ОД+ добавляют полтора объема 0,1% раствора трипсина, смесь помещают на водяную баню при Т+37 С на 1 час.

3. Оценка результатов реакции. Вывод о выявлении антигена Д в пятне крови на вещественном доказательстве может быть сделан на основании положительного результата реакции (наличие агглютинации) с объектами и отрицательного с предметом- носителем. В случаях не обнаружения антигена Д в пятне, к выводам следует подходить осторожно, так как неправомерно писать о группе крови Д-, ведь подобные результаты могут быть получены не только при такой характеристике крови, но и связаны со многими другими причинами: изначально слабо выраженный антиген Д, малая насыщенность следов, значительная давность их образования и т.д. Хотя система резус менее информативна, чем система MNSs, ибо расклад между группами Д- и Д- не очень выгоден (80-85 % Д- и только 20-15 % Д). Однако, в тех случаях, когда на вещественном доказательстве выявлен антиген Д, то вывод по отношению к лицам с группой Д- категоричен: происхождение от такого человека исключается. Если характер пятна предполагает вероятность смешивания крови, то примесь человека с группой Д- возможна.

Вывод. Вышеизложенное в статье предполагает весьма осторожно оценивать полученные результаты по аналогии с выводами, сделанными при исследовании крови по антигену М.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.Е. Гальцева. Выявление антигенной системы резус в пятнах крови. Ленинград, 1983 г.
2. Методическое письмо для судебно- медицинских экспертов- биологов. Москва, 2001 г.

УДК 616.62-091:616.137.2-089.814

РЕГЕНЕРАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНИХ АРТЕРИИ*И.З.Какетаева**Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы
Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы***ТҮЙІН**

Ішкі мықын артерияларын байлағанда қуықтағы регенеративті мүмкіндіктер. Ішкі мықын артериясының екі жақты байлау, операциядан кейінгі алғашқы аптада несепқуықтың регенеративті мүмкіндіктерін төмендетеді, өйткені қан тамырды байлау несепқуықтың қабырғасының жедел қабынуына әкеледі.

SUMMARY

Two-sided tubal internal iliac arteries decrease regenerative opportunities of the urinary bladder for the first weeks after the operation, in a result of inflammatory changes in the wall of the urinary bladder, which are conditioned by knotting of vessels.

Одно из наиболее грозных осложнений распространенного рака мочевого пузыря и опухолей других органов, прорастающих в его стенку является кровотечение [1,2]. Известные при этом консервативные методы гемостаза оказываются не всегда эффективными, что заставило прибегнуть к хирургическому лигированию внутренних подвздошных артерий как наиболее радикальному способу борьбы с жизнеопасным кровотечением [4]. Следует отметить, что впервые хирургическое лигирование внутренних подвздошных артерий с целью гемостаза было применено в 1894 г. и получило свое признание в арсенале хирургических методов борьбы с кровотечением из тазовых органов [5]. Однако, по мере накопления опыта выяснилось, что даже двухстороннее хирургическое лигирование внутренних подвздошных артерий не всегда приводит к полной остановке кровотечения в связи с особенностями кровоснабжения тазовых органов и, в частности, хорошо развитой коллатеральной сетью сосудов [1]. В последние годы для остановки упорного и жизнеопасного кровотечения при раке мочевого пузыря, предстательной железы и матки стали применять эндоваскулярную окклюзию внутренних подвздошных артерий [1,6]. При этом в качестве эмболизирующего материала использовали сгустки аутокрови и мышечную ткань, желатиновую губку, оксидированную целлюлозу, цианоакрилатный клей [1]. В связи с особенностями кровоснабжения мочевого пузыря оптимальным вариантом оказалась суперселективная эмболизация дистальных ветвей, питающих мочевой пузырь, что практически удается выполнить очень редко из-за малого диаметра просвета пузырных артерий, извитого строения и атеросклеротического изменения стенки сосудов, большого количества сосудистых коллатералей [1]. Имеются отдельные сообщения [7] о том, что окклюзия основного ствола внутренней подвздошной артерии может осложниться резкими болями в ягодичной области и даже некрозом кожи и мягких тканей, так как при этом перекрывается просвет верхней ягодичной артерии. Дистальная эмболизация ветвей внутренней подвздошной артерии также чревата осложнениями в виде некроза стенки мочевого пузыря [7,8].

Таким образом, как эмболизация, так и перевязка внутренних подвздошных артерий отрицательно сказывается на морфофункциональном состоянии тазовых органов. Однако в литературе недостаточно освещены вопросы, касающиеся морфологии мочевого пузыря при перевязке внутренних подвздошных артерий. Целью работы явилось изучение влияния перевязки внутренних подвздошных артерий.

Материал и методы. Опыты проводилась на 75 крысах (40 самцов и 35 самок). У 50 животных производили перевязку внутренних подвздошных артерий через проникающий разрез стенки мочевого пузыря с последующим наложением двурядного узлового кетгутового шва. Предварительно в мочевой пузырь вводили 1,4 мл физиологического раствора, проколов его стенку инсулиновым шприцом в области дна. Глазным скальпелем наносился разрез длиной до 4 см. Шов накладывался без прошивания слизистой оболочки. Для сравнения результатов на 25 животных производили только разрез мочевого пузыря и накладывали шов. Гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизону. Сосудистая сеть наливалась азотнокислым серебром.

Результаты и обсуждение. На 3-и сутки операции у животных отмечалось учащение мочеиспускания. У всех собак ко дну мочевого пузыря был припаян гиперемированный отечный сальник. Со стороны слизистой оболочки были выявлены кровоизлияния, отек, гиперемия и лимфоцитарная инфильтрация всей стенки мочевого пузыря. В ране имелось небольшое количество фибрина и гноя. В области рубца отмечалось развитие соединительной ткани, выявлялся стаз и тромбоз сосудов подслизистого слоя мочевого пузыря. В контрольной группе животных наблюдалась удовлетворительная эпителизация раны с незначительным количеством фибрина. Через 7 суток после операции выявлялось локальное воспаление стенки мочевого пузыря вокруг раны, ко дну был припаян гиперемированный отечный сальник. Со стороны слизистой оболочки наблюдались кровоизлияния и очаговые некрозы в стадии организации. Рана мочевого пузыря почти у всех животных была эпителизована. Только у отдельных животных был виден фибрин в области раны со стороны слизистой

оболочки. Соединительная ткань в ране была довольно выражена. В контрольной группе морфологических изменений не обнаруживалось, наблюдалась выраженная эпителизация раны мочевого пузыря с развитием соединительной ткани и рубца. Следовательно, после перевязки внутренних подвздошных артерий происходило замедление репаративной регенерации раны мочевого пузыря впервые 7 суток за счет более выраженных воспалительных явлений. На 14-е сутки после двусторонней перевязки внутренних подвздошных артерий острые воспалительные изменения не отмечались, но сохранялись остаточные явления в виде фагоцитоза гемосидерина в стенке мочевого пузыря и организованные очаговые некрозы слизистой оболочки. Был сформирован линейный рубец с выраженным развитием соединительной ткани. Репаративная регенерация ускорялось по мере исчезновения острых воспалительных явлений. В этот срок не было различий в регенерации раны мочевого пузыря у животных, исследуемой и контрольной группы. У животных исследуемой группы рубец был более грубый.

На третьей неделе морфологические изменения мочевого пузыря не отмечались, за исключением остаточных явлений, локализованных в основном в области рубца. К дну мочевого пузыря во всех случаях был припаян сальник, сосуды которого анастомозировали с сосудами мочевого пузыря и являлись дополнительным источником его кровоснабжения. В ранние сроки после операции сальник укреплял шов мочевого пузыря, припаяваясь именно в этой области. Различий между рубцом у животных исследуемой и контрольной групп не наблюдалось. Через месяц у всех животных, как в исследуемой, так и контрольной группы, рубец был сформирован с выраженным развитием соединительной ткани. Лишь у единичных животных после перевязки внутренних подвздошных артерий произошло легкая деформация рубца. В этот период были развиты и дифференцированы коллатерали внутренних подвздошных артерий. В контрольной группе визуально иногда трудно было определить локализацию шва, что свидетельствовало о высоких репаративных процессах в мочевом пузыре. В эти сроки двусторонней перевязки внутренних подвздошных артерий у отдельных животных все же отмечалась деформация рубца. При наливке азотнокислым серебром у этих животных обнаружена малоисточниковая форма кровоснабжения мочевого пузыря. Остаточные явления после острых воспалительных изменений у них наблюдались также более продолжительное время, иногда до 2 месяцев. Коллатерали внутренних подвздошных артерий с ветвями брюшной аорты, наружных подвздошных и бедренных артерий были развиты и дифференцированы. Сосуды сальника, припаянного к мочевому пузырю, имели значительный диаметр. При инъекции через одну из внутренних подвздошных артерий сосуды сальника заполнялись азотнокислым серебром, что свидетельствовало об их участии в кровоснабжении мочевого пузыря.

Таким образом, двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий снижает регенераторные возможности мочевого пузыря в первые недели после операции. Причиной этого является наличие первые 7 суток острых воспалительных изменений в стенке мочевого пузыря, обусловленных перевязкой сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов А.М., Анисимов В.Н., Гринвальд В.А., Рыжков В.К, Борисова Н.А. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия и перевязка внутренних подвздошных артерий при кровоточащих опухолях мочевого пузыря //Вестник хирургий им. Грекова 1985 г, № 8, стр 51-55.
2. Кан Д. В.,Пронин В.И. //Урологические осложнения при лечении онкологических заболеваний органов таза. — М., 1988.
3. Рымашевский А.Н., Радзинский В.Е., Красникова Н.А., Терехина Л. А., Лукаш А.И., Оленов А.С. Хирургический компонент лечения акушерских гипотонических кровотечений //Акушерство и гинекология, 2008, №3 стр. 30-34
4. Курцер М. А., Бреслав И. Ю. Значение перевязки внутренних подвздошных артерий в лечении массивных акушерских кровотечений //Акушерство и гинекология, 2008. № 6 стр. 18-22.
5. Омяков Б.К., Глуигов Б.Г., Новиков А.И. и др. // Тезисы докладов Научно-практической конф. "Современные проблемы урогинекологии". — СПб., 2005. — С. 17—18.
6. Комяков Б.К., Линде В.А., Носкова А.В., Стецки О.М. Травмы мочевыводящих путей в акушерско-гинекологической хирургии возможности их профилактики. //Акушерство и гинекология, 2009, № 1 стр. 18-20.
7. Mundy A. R. I. Source-Program Fourth European Urological Winter Forum. - Davos, 1995. – P. 141-168.
8. Переверзев А. С. Клиническая урогинекология. — Харьков, 2000.

ӘӘЖ:612.428:616.617:616.12 –071.3-091

НЕСЕПАҒАР МЕН ҚУЫҚТЫҢ ЛИМФОИДТЫ ТҮЗІЛІСТЕРІ АНАТОМИЯСЫНЫҢ ЖАС ШАМАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

М.К. Жаналиева

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қаласы

РЕЗЮМЕ

Возрастные особенности анатомии лимфоидных образований мочеточника и мочевого пузыря сказываются на состоянии здоровья человека. С возрастом количество и размеры лимфоидных образований мочевого пузыря и мочеточников уменьшаются. Максимум приходит на II детский возраст, а минимум у людей пожилого возраста.

SUMMARY

Anatomy age particularities of lymphadenoids of ureter and the urinary bladder. The quantity and size of lymphadenoids of ureter and urinary bladder reduce with ages. The maximum amount is in the second children's age, and the minimum is in old people.

Кіріспе. XX ғасырдың екінші жартысы мен XXI ғасырдың басында жеткен иммунология жетістіктері морфологиялық аспектіде үлкен қызығушылық тудырады, жалпы және жергілікті иммунитеттің жүзеге асуының механизмін морфологиялық тұрғыдан қарастыру және олардың адам организмінде иммунологиялық статусты қолдауға қатысатындықтан ерекше орын алатыны белгілі. Қазіргі таңда ішкі ағзалардың кілегейлі қабығында орналасатын лимфоидты құрылымдарға көңіл бөлу өте маңызды. Лимфоидты тін асқазан-ішек жолында шоғырланған кілегейлі қабығымен дәлірек зерттелген, әсіресе ол жіңішке, жуан ішек және аппендиксте, ал несеппағар мен қуықтың бөлімдеріне байланысты лимфоидты түйіншелердің саны, пішіні, өлшемі ғылыми әдебиеттерде жинақсыз және бытыраңқы берілген. Жұмыс несеп шығару ағзаларының лимфоидты түзілістері мен диффузды лимфоидты тіндерін, несеппағар мен қуықтың кілегейлі қабығында орналасқан ассоцирленген лимфоидты түзілістерді, және осы ағзалардағы лимфоидты тіндердің анатомо-топографиялық, гисто-морфологиялық ерекшеліктерін жас шамалық аспектіде зерттеуге бағытталған.

Зерттеу мақсаты. Постнаталды онтогенез кезіндегі адамдардың жасына байланысты несеппағар мен қуықтың әр бөлігіндегі лимфоидты түзілістердің топографиясын, макро- және микроскопиялық анатомиясын зерттеу.

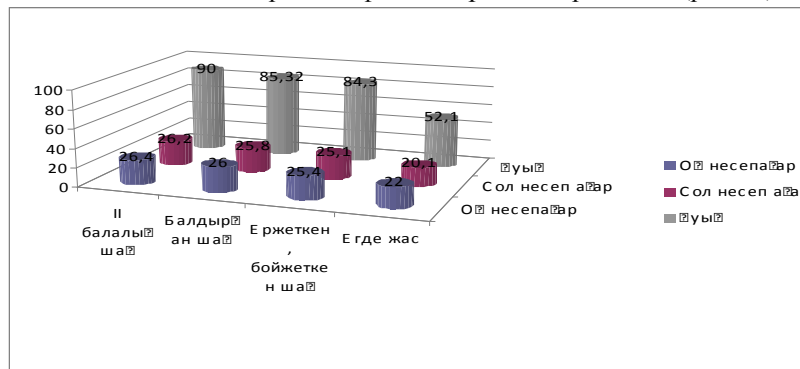
Материалдар мен әдістер. 8-12 жастан 76 жас аралығында несеппағар мен қуықтың әртүрлі бөлігінде орналасқан лимфоидты түйіншелерді 87 мәйіттен алынған биологиялық препараттар. Хеллман, Ван-Гизон бойынша макроскопиялық, гистологиялық, морфометриялық, статистикалық сараптау әдістері. Зерттеу нәтижелері. Зәр бөлу жолдарының тоталды препараттында біз морфометриялық әдістер арқылы осы мүшелердің қабырғаларында орналасатын лимфоидты түйіншелерінің санын зерттедік. Берілген 1-кесте бұл көрсеткіштің жастық немесе аймақтық өзгеруін бейнелейді.

Кесте 1 – Әр түрлі жастағы адамдардың несеппағары мен қуығындағы лимфоидты түйіншелерінің жалпы саны ($X \pm Sx$, min-max)

Жасы	n	Мүше атауы және олардың қабырғасындағы лимфоидты түйіншелерінің саны		
		Оң несеппағар	Сол несеппағар	Қуық
Екінші балалық шақ	5	29±2,2 20-38	28±2,09 19-37	90,0±7,92 72-108
Балдырған шақ	6	27,5±3,02 20-35	28±3,08 19-37	88,5±9,73 70-107
Ержеткен, бойжеткен шақ	8	27±2,97 18-36	26±2,86 17-35	86,5±9,51 68-105
Кемел шақтың I кезеңі	19	23±2,53 14-32	22±2,42 13-31	82±9,02 64-100
Кемел шақтың II кезеңі	21	22±2,42 12-32	23±2,53 13-33	81,5±8,96 63-100
Егде жас	28	20±2,2 10-30	19±2,09 9-29	62,5±6,87 40-85

Мұндағы: 1. n – бақылау саны.

Жастық аспектідегі зәр бөлу мүшелеріндегі лимфоидты түйіншелерінің санын қарастыру келесі нәтижелерді көрсетті: оң жақ несеппағардағы лимфоидты түйіншелерінің саны өзгереді, 2-балалық кезеңмен салыстырғанда, бұл көрсеткіш есеу кезеңде тек 1,08 есе ($p < 0,05$) кемиді, кемел шақтың 1-кезеңінде -1,28 есе ($p < 0,05$), кейін біртіндеп кемел шақтың 2-кезеңінде 1,12 есе ($p < 0,05$) көбейеді. 2-балалық кезеңмен салыстырғанда, егде жаста оң жақ несеппағарда лимфоидты түйіншелері 1,2 есе ($p < 0,05$) төмендейді.



Сурет 1 – Әр түрлі жастағы адамдардың несепағары мен қуығындағы лимфоидты түйіншелерінің жалпы саны ($X \pm Sx$, min-max)

Барлық зерттелген жас шамалық топтарда бірлік аумағына сәйкес келетін лимфоидты түйіншелердің саны қуықта басымырақ екені жоғарыда көрсетілген кестеде келтірілген. Біздің көзқарасымыз бойынша бұл түсінікті және заңды. Зәрдің тітіркендіргіш әсері мен оның құрамдас жиынтықтары несепағардың кілегейлі қабығына қысқа уақыт әсер етеді. Бұл оның тасымалдаушы және өткізгіш қызметін түсіндіреді. Несепағарға қарағанда қуықтың кілегейлі қабығында антигендер ұзақ болады, өйткені қуық зәрді бөлуден басқа оны жинау және резервуарлық қызметін атқарады. Сонымен қатар қуыққа жоғары жолдармен жиі инфекция түседі. Осылайша лимфоидтық түйіншелердің бірлік аудандағы мөлшері несепағардікінен 3-3,5 есе көп. Оң жақтағы несепағардың лимфоидтық түйіншелердің сол жақтағына қарағанда көбірек екенін түсіндіру қиын. Біздің ойымызша, оң бүйректің төмен орналуысымен байланысты және осының салдарынан оң несепағар қысқарған. I-II кемел шақты II балалық жаспен салыстырғанда лимфоидты түйіншелерінің саны азайғандығының байқалғаны жеткілікті, балдырған және ержеткен, бойжеткен шақтарында біз гормоналды баланстың тұрақтылығы және жыныстық жетілудің аяқталуымен түсіндіруімізге болады.

Несепағар мен қуықтың лимфоидты түйіншелері санының минималды және максималды маңызы 2-балалық шаққа дейін көбейеді, кейін төменделуі байқалды. Зәр бөлу жолдарының жеке белгілері барлық зерттеулерде егде жастағы адамдарда көп. Біз, сонымен бірге, әр зәр бөлу ағзаларындағы лимфоидты түйіншелердің санын салыстырдық. II балалық шақта оң несепағарда сол жағынан 1,01 есе ($p > 0,05$) көп, ал қуықпен салыстырғанда 3,47 есе ($p < 0,05$) аз. Балдырған шақ кезінде лимфоидты түйіншелердің саны оң жақ несепағарда сол жағына 1,01 есе ($p < 0,05$) көп, сонымен бірге, қуықта 3,28 рет, ($p < 0,05$) аз. Кемел шақтың I кезеңінде бұл көрсеткіш оң жақ несепағарда аз, сол жағына кезеңінде бұл көрсеткіш оң жақ несепағарда аз, сол жағына (3,81 есе, $p > 0,05$) қарағанда, ал қуықта 3,81 есе, $p < 0,05$) аз. Егде шақта көрсетілген көрсеткіш оң жақ несепағарда, сол жаққа ұқсас, ал бірақ қуықтан аз (2,36 есе, $p < 0,05$). Лимфоидты түйіншелердің саны қуықта максималды, ал несепағарда минималды кездеседі.

Қорытынды. Жасқа байланысты несепағар мен қуықтың лимфоидты түзілістерінің саны мен көлемі кемиді. Оның максимумы II балалық шақта, ал минимумы егде жастағы адамдарда сәйкес келеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ярилин А.А. Основы иммунологии // М.: - Медицина. - 1999. - 594б.
2. Аминова Г.Г. Возрастная динамика клеток лимфоидных узелков слепой кишки человека // Материалы докладов IX конгресса МАМ. Морфология. - 2008. - №2 Том 133 -Б. 10.
3. Мауль Я.Я. «Анатомия и топография лимфоидных образований прямой кишки человека в постнатальном онтогенезе». Дисс. канд. мед. наук: 14. 00.02./ Акмолинская гос. Медицинская Академия.-Актобе 1999.- 92 б.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 618.3:314.422.26(574.5)

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЛОДОВО-МЛАДЕНЧЕСКИХ ПОТЕРЬ В ЮКО

Р.Т.Тлеужан

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Жүргізілген зерттеуде аудандық жерлердегі ерте неонаталды өлім нәрестелер арасындағы перинаталды өлім және жаңадан туылған нәрестелер өлімдерінен тұрады, және маңызды орын алады. Өлі туылудың негізгі себебі 60% жағдайда нәрестелердің құрсақшілік асфиксиясы болып табылады. Перинаталды өлім жағынан қолайсыз аудандарға мақта өндіретін аудандар жатады, ал қолайлы аудандар болып мал өндіретін аудандар табылады.

SUMMARY

The conducted researches have shown that early neonatal death rate, according to rural areas, plays the leading part both in perinatal death rate, and in whole, in size of infantile death rate of the children's population. A principal perinatal death cause – a pre-natal asphyxia it is. The regions where perinatal death rate is high are mostly cotton – cultivating ones, and in the cattle breeding regions the perinatal death rate is lower.

Охрана здоровья женщины, матери и ребенка является задачей первостепенной государственной важности. Именно поэтому наибольшие качественные изменения предусматриваются в системе охраны материнства и детства. Актуальной задачей Европейской стратегии «Здоровье 21» является репродуктивное здоровье. Приоритетность репродуктивного здоровья утверждено ВОЗ (1). При изучении проблемы фертильного здоровья населения следует особое внимание уделить репродуктивным потерям, среди которых наибольшее значение имеют плодово-младенческие потери (2). Перинатальная смертность – это частота потери жизнеспособных плодов, погибших внутриутробно до начала родовой деятельности и в момент родоразрешения, начиная с 22 недель беременности, а также новорожденных, умерших в первые 7 суток (168ч) жизни.

Младенческая (детская) смертность – это смертность детей на первом году жизни. Показатель младенческой смертности выделяется среди других повозрастных показателей, так как умершие в возрасте до года составляют значительную часть общего числа умерших, что оказывает существенное влияние на величину показателя общей смертности, показателей средней продолжительности предстоящей жизни.

Младенческая смертность – один из важнейших критериев оценки состояния здоровья населения, поскольку отражает благоприятные или неблагоприятные социально-экономические условия жизни и эффективность работы педиатрической службы. Анализ смертности детей на первом году жизни показывает, что наибольшее число детей умирает в период новорожденности, поэтому кроме показателя смертности в первый год жизни целесообразно вычислять показатель смертности на первом месяце жизни, в первые 27 дней. Это так называемая неонатальная смертность, а смертность в последующие 11 месяцев жизни именуется постнеонатальной. В свою очередь, в неонатальной смертности выделяют раннюю – на первой неделе (0-7 дней) жизни и позднюю – в оставшиеся 8-27 дней первого месяца жизни. Причины детской смертности в городе и сельской местности несколько отличаются друг от друга. В городах основными причинами детской смертности являются болезни новорожденных (до 70% и более всех случаев смерти), болезни органов дыхания, инфекционные и желудочно-кишечные заболевания. На селе первое место занимают болезни органов дыхания, затем идут болезни новорожденных, инфекционные и желудочно-кишечные заболевания (3).

Динамика показателя плодово-младенческих потерь (ПМП) в Южно-Казахстанской области представлена в таблице 1, из которой видно, что за все годы, за исключением 2009г, показатель ПМП в городах был ниже, чем в районах области, средние показатели за 5 лет составили соответственно, 17,3 и 17,5 случаев на 1000 родившихся.

Таблица 1 Плодово-младенческие потери в городах и районах Южно-Казахстанской области (на 1000 родившихся)

Территории	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Города	18,1	15,1	17,3	19,2	16,8
Районы	19,7	17,4	18,8	15,3	16,5
Итого по области	18,8	16,3	18,0	17,2	16,6

Основным компонентом плодово-младенческих потерь является младенческая смертность. В ее структуре на первом месте – болезни перинатального периода, далее – врожденные аномалии развития и болезни органов дыхания. Однако, эффективность оказания акушерской помощи, как правило, оценивают с помощью перинатальной смертности. Интересно рассмотреть динамику этого показателя как по родильным

отделениям, так и по территориям в целом. Прослеживается интересная закономерность: явная тенденция к снижению перинатальной смертности отмечается только по хлопководческим районам, в двух других группах районов отчетливой закономерности выявить не удалось или наоборот, отмечается даже некоторый рост. Можно отметить и следующее: там, где удается снизить перинатальную смертность в отделениях за счет соблюдения этапности в оказании помощи беременным и эффективности оказанием первичной реанимационной помощи новорожденным, снижается показатель и по территориям.

В структуре перинатальной смертности в сельских районах преобладают потери детей в первые 7 суток (5 случаев из 8,5 случаев на 1000 родившихся), тогда как в городах – мертворождаемость (5,5 случаев из 9,4 случаев на 1000 родившихся). Объясняется это, прежде всего, более высоким уровнем оказания неонатологической помощи в городских учреждениях: в большинстве сельских районов нет специально выделенных неонатологов, нет современной дыхательной аппаратуры для новорожденных. Основная причина мертворождений – внутриутробная асфиксия, на долю которой приходится более 60% данного явления.

Структура ранней неонатальной смертности изменилась за последние 5 лет. Раздельный анализ динамики мертворождаемости и показателя ранней неонатальной смертности (РНС) по Южно-Казахстанской области показал следующее (таблица 2).

Таблица 2 Показатели мертворождения, ранней неонатальной и перинатальной смертности в районах ЮКО за 2005-2009гг. (%)

Годы наблюдения	Мертворожденные (%)			Ранняя неонатальная смертность (%)			Перинатальная смертность (%)		
	I групп па районо в	II групп па районо в	III групп па районо в	I групп па районо в	II групп па районо в	III групп па районо в	I групп па районо в	II групп па районо в	III групп па районо в
2005	7,2±0,4	6,2±0,3	6,9±0,8	7,4±0,8	7,6±0,9	7,5±0,7	12,3±1,4	12,3±1,2	12,2±1,0
2006	8,4±0,6	6,8±0,7	7,20, ±5	8,6±1,0	7,9±0,8	8,2±1,0	14,8±1,3	13,9±1,2	13,4±1,1
2007	6,8±0,5	6,1±0,4	6,0±0,3	7,90,9	8,1±0,8	8,4±1,2	13,4±1,2	13,9±1,1	13,2±1,3
2008	5,9±0,4	5,9±0,4	5,7±0,4	8,9±1,2	8,8±0,7	9,6±1,0	12,5±1,1	13,5±1,2	13,8±1,1
2009	5,7±0,5	5,3±0,5	5,2±0,3	11,5±1,2	9,2±1,0	9,9±0,9	13,±91,4	14,2±1,5	13,8±1,6

Мертворождаемость за исследуемые годы существенно снизилась по всем трем группам районов. Если в первые три года (2005-2007гг.) этот показатель держался на уровне от 6,0 до 8,4%, то в последующие два года (2008-2009гг.) мертворождаемость снизилась по I группе (хлопководческих) районов на 19,2% (от 6,8±0,5 до 5,7±0,5%), по II группе районов - на 15,1% (от 6,1±0,4 до 5,3±0,5%), по III группе – на 15,4% (от 6,0±0,3 до 5,2±0,3%). Снижение уровня мертворождаемости в 2007-2009гг. можно расценивать, в основном, как результат перехода статистики в Республике на новые критерии живорождения. Показатель ранней неонатальной смертности в районах области за период 2005-2009гг. существенно вырос. При этом в районах хлопководства уровень повышения показателя составил 55,4%, в районах овощеводства – 21,0%, в районах животноводства – 32,0%.

Таким образом, ситуация с гибелью детей в раннем неонатальном периоде складывалась на протяжении исследуемого периода крайне неблагоприятно, а введение новых критериев живорождения (с 2007 года) еще более усугубило существующую ситуацию. Табличные данные 2005-2009гг. свидетельствуют, что перинатальная смертность в исследуемые годы находилась на достаточно высоком уровне и к 2009 году значительно увеличилась. Так, в 2005 году ее уровень в I группе районов составил 12,3%, во II группе районов – 14,3%, а в третьей группе районов – 13,2%. К 2009 году показатель перинатальной смертности в I группе районов вырос до 13,9%, что на 13,0% выше, чем в исходном году, во II группе районов – до 14,2% (на 15,4% выше), в третьей группе районов до 13,8% (на 13,1% выше, чем от исходного). Прежде всего, нами было произведено усреднение абсолютных величин ранней неонатальной смертности (РНС), перинатальной смертности (ПС), постнеонатальной смертности (ПостНС) и младенческой смертности (МС). Как известно, показатель младенческой смертности складывается из ранней (0-6 суток), поздней (от 7 до 28 суток) и постнеонатальной (от месяца до года) смертности, то представляется существенным выяснить вклад каждого показателя в младенческую смертность. Анализ показал, что от 49,6% до 49,9% смертей младенцев складывается из ранней неонатальной смертности. Данный показатель во всех группах районов имеет почти одинаковый вклад в младенческую смертность. В динамике исследуемого периода этот процент постепенно

снижается, а в противоположность этому вклад смертности детей в период от 7 дней до месяца в показатель младенческой смертности растёт.

Таким образом, проведенные исследования показали, что ранняя неонатальная смертность, по данным сельских районов, играет ведущую роль как в перинатальной смертности, так и в целом, в величине младенческой смертности детского населения. Основная причина мертворождений – внутриутробная асфиксия, на долю которых приходится более 60% (таблица 3).

Таблица 3 Основные причины ранней неонатальной смертности в районах и городах Южно-Казахстанской области в 2005 и 2009гг. (в % к общему числу умерших)

Территории	Родовая травма		Асфиксия		РДС		ВУИ		ВПР	
Районы	14,0	15,2	4,7	1,9	7,0	15,2	34,9	24,2	18,6	18,2
I группа	16,2	16,0	5,2	2,0	6,8	9,3	42,1	29,7	25,9	25,7
II группа	13,5	13,7	3,9	1,9	7,4	16,9	24,7	16,2	9,2	9,2
III группа	12,7	14,8	3,7	1,8	7,2	15,7	27,3	18,8	8,9	8,7
Города	4,3	5,6	9,5	1,4	12,9	16,7	16,4	18,1	28,4	18,1

Снижение частоты смертей от асфиксии объясняется совершенствованием системы оказания первичной и реанимационной помощи в родильном зале. Обращает на себя внимание более высокий в сельских районах по сравнению с городами удельный вес родовых травм (причина – более высокий уровень экстрагенитальных заболеваний и хронических инфекций). Самыми неблагополучными по уровню перинатальной смертности следует признать районы с преимущественно хлопководческим производством. К числу территории со стабильно хорошими показателями относятся животноводческие районы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудайбергенов Т.К., Бикташева Х.М. Актуальные аспекты репродуктивного здоровья в РК.// Материалы форума «Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии». - Алматы, 2008.- С.15-18.
2. Каюпова Н.А., Ахымбаева К.С., Алимбаева Г.Н., Бикташева Х.М., Джусубалиева Т.М. Руководство по охране репродуктивного здоровья в Казахстане. – Алматы, 1998. – 563с.
3. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. – Мн.: «Вышэйшая школа», 2004. – 604с.

УДК 618.2-084:631.111(23)(574.5)

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ЮКО

Р.Т.Тлеужан, Н.И.Калдыбекова, А.А.Алипова, К.М.Дуйсебаева, К.И.Оспанова
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
 Медицинский колледж «Авиценна», г.Шымкент
 Клиника МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Шымкент
 ВА «Игилик», Сайрамский район, ЮКО
 СВА «Абай», Тoleбийский район, ЮКО

ТҮЙІН

Сонымен ауылды жерлерде тұратын әйелдердің репродуктивті денсаулығы қалада тұратын әйелдерге қарағанда гинекологиялық аурушандық деңгейі, ауылды жерлердегі әйелдердің нашар медициналық көмек, еңбек және үй жағдайының төмен болуы салдарынан деп қорытындылауға болады. Бала туу жағынан алғанда қалаға қарағанда ауылды жерлерде жоғары, бірақ соның ішінде жасанды түсікпен қазіргі заманғы контрацептивті заттарды сирек қолдануының кең таралуымен көрініс береді. Репродуктивті шығындар ана, перинаталды және нәресте өлімінің көбеюіне байланысты жоғарылап отыр. Осының барлығы ауылды жерлерде тұратын әйелдердің репродуктивті денсаулығын жақсартуға бағытталып отыр.

SUMMARY

Thus it is possible to conclude that reproductive health y village inhabitants is characterized by rather higher than in the city level of gynecologic disease. The frequency of chronic pathology depends on the low medical activity y the rural women, the specific working conditions and lifestyle. But the birth rate in the villager is higher than in the city, it is the results of abortion prevalence, and low use of the modern methods of contraceptions. Reproductive losses are characterized by high of maternity, prenatal and infantile death rate. That's why it is necessary to realize the special measures to improve the health of reproductive age women in the village.

Репродуктивное здоровье тесно связано с репродуктивным поведением. Большинство исследований по репродуктивному поведению связаны с проблемой аборта, контрацепции, репродуктивных установок. Все

исследователи показывают прямую связь между распространенностью абортів и состоянием фертильной функции населения, уровнем репродуктивных потерь (1,2). В трудах показано изменение поведения населения, выражающееся в снижении распространения абортів, большей частоте использования современных методов контрацепции. Однако большинство авторов отмечают, что уровень абортів остается в стране еще высоким (53,0 на 1000 женщин фертильного возраста в 1999г., или 170,6 на 100 родов), а снижение их происходит неравномерно как в отдельных регионах, так и в сельской и городской местности. В литературе рассматриваются как различные компоненты репродуктивного здоровья, факторы, влияющие на него, так и исходы – репродуктивные потери и эффективность, характеризующаяся рождением здорового желанного ребенка (3,4).

Особое внимание уделяется сложившимся в последние годы негативным тенденциям, характеризующим репродуктивное здоровье. На его состояние существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. По данным официальной статистики, за период 1991-1999гг. общая заболеваемость населения выросла только на 10,5%, в то же время значительно увеличилась доля заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением; кроме того, около 1,7 млн. женщин страдают психическими заболеваниями. По данным Министерства здравоохранения, за 15 лет (1980-1995), впервые выявленная заболеваемость злокачественными новообразованиями (на 100000 женщин) выросла с 228,0 до 262,6; сифилисом с 19,4 до 166,5; хронический алкоголизм регистрируется почти у 50 женщин из 100000 (5). Репродуктивное поведение можно охарактеризовать несколькими параметрами: реализация репродуктивной функции, распространенность абортів, число беременностей у несовершеннолетних, частота криминальных абортів, охват контрацепцией, соотношение абортів к родам (6). Каковы же тенденции в реализации сельскими женщинами своей репродуктивной функции? Общее число беременностей снизилось за 5 лет на 18,4%. Основное снижение произошло за счет абортів, которые снизились на 25,7%, эктопическая беременность – на 19,4%, роды – на 8,7% (таблица 1).

Показатели	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Роды	42,4	43,4	44,3	43,5	47,5
Аборты	56,2	55,0	54,4	54,9	51,1
Внематочная беременность	1,4	1,6	1,3	1,6	1,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 1 Реализация репродуктивной функции жительницами сельской местности Южно-Казахстанской области в 2005-2009гг. (в %)

Если посмотреть на города области, то общее количество беременностей снизилось на 24,5%, причем роды всего на 0,6%, внематочная беременность – на 5,3%, абортів – на 35,8%. Таким образом, репродуктивное поведение городских жительниц более подвержено влиянию контрацептивных настроений и во многом обусловлено более развитой службой планирования семьи. При анализе структуры прерывания беременности у женщин в сельской местности обращает на себя внимание рост удельного веса мини-абортів на 73%, но одновременно снижается частота прерывания беременности в первом триместре беременности на 13,8% за счет роста прерывания в сроке 13-21 неделя, есть тенденция к снижению частоты криминальных абортів. Необходимо отметить и снижение числа абортів у подростков за 5 лет в 1,6 раза в абсолютных числах и на 13% доли от общего числа абортів (таблица 2). К сожалению, отмечается незначительный рост и затем стабилизация на числах 5,8-5,7% доли абортів у первобеременных.

Показатели	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Мини-абортів	15,6	17,6	23,9	25,2	27,0
До 12 недель	82,0	78,3	72,1	72,5	70,7
13-21 неделя	2,1	3,8	3,8	2,0	2,1
22-27 недель	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
У первобеременных	4,6	5,6	4,3	5,8	5,7
Криминальных	0,06	0,03	0,05	0,04	0,05
У подростков (абс)	231	183	179	172	146
У подростков (%)	2,3	2,1	2,1	2,1	2,0

Таблица 2 Структура абортів у жительниц сельских районов Южно-Казахстанской области за 2005-2009гг.(в %)

Территории	Показатели	Годы					
		2005	2006	2007	2008	2009	
Районы	до	Аборты	59,4	49,1	42,3	42,9	37,4

20000 человек	Аборты к родам	1,3	1,3	1,1	1,2	1,0
	Контрацепция	37,6	38,8	43,2	45,8	46,3
Районы 20000-45000 человек	Аборты	51,9	44,7	39,6	35,0	36,1
	Аборты к родам	1,4	1,3	1,2	1,2	1,1
	Контрацепция	36,6	40,9	43,9	47,4	48,3
	Аборты	50,9	42,6	39,1	34,6	35,5
Районы свыше 45000 человек	Аборты к родам	1,4	1,3	1,3	1,3	1,1
	Контрацепция	43,8	48,4	48,5	51,4	50,4
Всего по районам	Аборты	52,5	44,4	45,8	41,7	36,0
	Аборты к родам	1,4	1,3	1,3	1,2	1,1
	Контрацепция	39,9	43,9	45,6	48,8	49,0
Всего по городам	Аборты	61,4	58,5	48,9	49,1	40,2
	Аборты к родам	2,3	2,2	1,9	1,8	1,4
	Контрацепция	34,6	37,1	35,6	38,9	40,6

Таблица 3 Показатели планирования семьи в сельских районах и городах Южно-Казахстанской области в 2005-2009гг.

Наибольшее снижение абортов – на 37% зарегистрировано в хлопководческих районах, в овощеводческих и животноводческих – практически одинаковое – на 30,4% и 30,3%, соответственно; самый значительный рост охвата контрацепцией в хлопководческих районах - 32%, затем в овощеводческих (23,1%) и животноводческих (15,1%). В целом, за 5 лет распространенность абортов в сельской местности снизилась на 31,4% (города – на 52,7%), охват современными методами контрацепции вырос на 22,8% (в городах на 17,3%). Диссонанс между этими показателями можно объяснить двумя причинами: - Отток части городских жительниц в частные клиники для производства абортов - Хорошо развитая в городах служба планирования семьи и, как следствие, использование горожанками более эффективных способов контрацепции.

Таким образом, можно заключить, что репродуктивное здоровье жительниц села характеризуется более высоким, нежели в городе, уровнем гинекологической заболеваемости, большей частотой хронической патологии вследствие низкой медицинской активности сельских женщин, специфических условий труда и быта. Репродуктивное поведение отличается более высоким, чем в городе уровнем рождаемости, но в то же время, большей распространенностью абортов и меньшей частотой использования современных методов контрацепции. Репродуктивные потери характеризуются более высокими значениями материнской, перинатальной и младенческой смертности. Все это влечет за собой необходимость осуществления специальных мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья жительниц села.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аманкулова Ж.С. Факторы, определяющие рождаемость в Казахстане. // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2001, №2. – С.8-10.
2. Нукушева С.Г. Социально-гигиенические факторы, формирующие репродуктивное поведение и здоровье женщин. // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 2002, №23. – С.57-62.
3. Арингазина А.М., Егеубаева С.А. Новые подходы и технологии в реализации действий по укреплению здоровья. // Материалы международной конференции, посвященной 10-летию независимости Республики Казахстан. – Астана, 2001. – С.18-19.
4. Каюпова Н.А., Ахымбаева К.С., Алимбаева Г.Н., Бикташева Х.М., Джусубалиева Т.М. Руководство по охране репродуктивного здоровья в Казахстане. – Алматы, 1998. – 563с.
5. Ваганов Н.Н. Охрана здоровья женщин и детей в современных условиях. // Курс лекций для курсантов, организаторов службы охраны материнства и детства. – Москва, 1994. – 14с.
6. Джусубалиева Т.М. Медико-социальные технологии управления репродуктивным здоровьем женщин в условиях крупного города. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Алматы, 2001. – 24с.

УДК 616.31-073.75-039.57

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Е.М. Кожобеков, В. О. Кенбаев

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия.г.Шымкент

SUMMARY

The analysis of researches has shown that the greatest quantity of radiological researches is necessary at treatment of caries complications, in particular a periodontitis at which control over quality of the spent treatment is necessary also.

Оказание квалифицированной стоматологической помощи невозможно без проведения рентгенологического исследования. Вместе с тем многие организационные вопросы такого исследования в стоматологии далеки от решения, особенно в свете научно обоснованного планирования стоматологической помощи (1). Для определения необходимого объема рентгенологических исследований при лечении стоматологических заболеваний был применен метод текущего наблюдения в разных стоматологических кабинетах для взрослого населения в городе Шымкенте. Для этого в специально разработанной карте регистрировали каждое направление на рентгенологическое исследование, проводили экспертную оценку его обоснованности и целесообразности в каждом случае, учитывали количество выполненных рентгенограмм. В карте фиксировали число рентгеновских снимков, диагноз заболевания и формулу зубов, что дало возможность, затем рассчитать число снимков на 1000 случаев поражения зубов осложненным и не осложненным кариесом и на 1000 обращений по поводу болезней пародонта, хирургических заболеваний и протезирования (табл. 1).

Таблица 1. Потребность в рентгенологическом исследовании при лечении кариеса зубов и его осложнений

Ди Диагноз	Число обратившихся лиц	Число зубов, подверг. лечению	Нуждаемость в рентген. Снимках	Количество рентген. снимков 1000 зубов
Кариес	3569	7495	368	49,1
Пульпит	778	1018	616	605,1
Периодонтит	501	902	1153	1284,9
Всего	4848	9415	2137	

Анализ интенсивных показателей свидетельствует о том, что объем рентгенологических исследований при лечении осложненного и не осложненного кариеса зубов существенно различен. Наибольшее количество рентгенологических исследований необходимо при лечении осложнений кариеса, в частности периодонтита, при которых необходим также контроль над качеством проведенного лечения. Определение числа рентгеновских снимков, необходимых при лечении болезней пародонта, представляло трудности, в связи с тем, что разные по степени тяжести проявления болезней пародонта требуют различного по длительности курса лечения. Проведенные наблюдения позволили заключить, что при лечении болезней пародонта следует планировать на каждого больного одно рентгенологическое исследование в год. При этом судить о характере процесса можно только на основании изучения костной ткани вокруг всех групп зубов. Более целесообразно с этой целью использовать панорамную рентгенографию или томографию. Однако, обнаружено, что в большинстве стоматологических кабинетов Шымкента применяется только внутривидовая рентгенография, при которой, как свидетельствуют данные литературы, одному больному должно быть сделано по определенной схеме от 4 до 8 внутривидовых рентгеновских снимков (2).

Изучение нуждаемости в рентгенологическом исследовании больных, обратившихся в хирургический кабинет по поводу таких заболеваний, как хронический периодонтит, болезни пародонта, периостит, незаконченное удаление зуба, перикоронарит, альвеолит и др., показало, что она составляет 168 рентгеновских снимков на 1000 обращений. Относительно небольшая величина этого показателя объясняется тем, что значительная часть больных направляются в хирургические кабинеты из терапевтического отделения с уже готовыми рентгеновскими снимками. Анализ 318 случаев обращения в ортопедический кабинет показал, что при протезировании по поводу дефекта коронки зуба рентгенологическое исследование требуется в 100 % случаев, при изготовлении частичных съемных и мостовидных протезов - примерно в 67-70 % случаев, а при изготовлении несъемных протезов - в 50 % случаев. При этом на каждый случай рентгенологического исследования по поводу частичного съемного и несъемного протезирования требуется в среднем, по нашим данным, две рентгенограммы. Полученные показатели были использованы при разработке нормативов рентгенологического обслуживания при оказании стоматологической помощи в расчете на 1000 человек взрослого населения в год.

При определении показателей потребности населения в рентгенологических исследованиях, мы учли полученные нами данные, свидетельствующие о том, что объем рентгенологических исследований при лечении осложненного и не осложненного кариеса зубов существенно различен, в связи с чем принципиальное значение имеет определение доли осложненного кариеса в общем числе кариозных зубов в расчете на 1000 взрослого населения. Анализ структуры обращаемости в стоматологические кабинеты Шымкента показал, что осложненные формы кариеса (пульпит, периодонтит) все еще занимают значительное место, составляя 64,0 % от общего числа кариозных зубов. Высокий удельный вес осложненного кариеса объясняется тем, что чаще всего население обращается за помощью при выраженной клинической картине заболевания. В зависимости от обеспеченности стоматологической помощью удельный вес осложненного кариеса колеблется от 4 до 20 % в разные годы. В связи с возрастающей обеспеченностью стоматологической помощью, все большей ее доступностью и охватом части населения диспансеризацией можно ожидать, что в перспективе удельный вес осложненного кариеса в общем объеме кариозных поражений зубов у взрослого населения будет уменьшаться. В наших расчетах был принят средний показатель осложненного кариеса, равный 10 %. Полученные показатели среднего числа необходимых рентгенологических исследований при лечении различных стоматологических заболеваний, а также данные о распространенности основных стоматологических

заболеваний и потребности населения в различных видах стоматологической помощи позволили провести расчеты, которые показали, что для осуществления полного объема необходимой населению амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи объем рентгенологических исследований следует планировать из расчета 937 рентгеновских снимка на 1000 взрослого населения в год (табл. 2).

Таблица 2. Потребность населения в рентгенологическом обслуживании при оказании амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи (число рентгенологических снимков в год на 1000 взрослого населения)

Вид стоматологической амбулаторно-поликлинической помощи	Количество рентгеновских снимков	
	абс.	%
Терапевт. Помощь, в т.ч. при лечении: кариеса зубов и его осложнений	451	48,1
при лечении болезней пародонта	289	
Хирургическая	162	17,9
Ортопедическая	168	34,0
Всего ...	937	100,0

Как видно из табл. 2, наибольшая потребность в рентгеновских снимках (48,1%) приходится на терапевтическую стоматологическую помощь, в структуре которой значительную долю занимает объем рентгенологических исследований при лечении болезней пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сысолятин П.Г., Сысолятин С.П. Брега И.Н. и др. Современные принципы организации специализированной помощи пострадавшим с переломами костей лицевого черепа // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. - М., 2001. - С. 472-473.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К., 2004.

УДК 616.5-057

СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*М.А. Булешов, А.М. Оспанова, М.С. Басынбеков, Ж.С. Садыкова.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Учебно-клиническая база МКТУ им Х.А. Ясауи, г.Шымкент
Областной кожно-венерологический диспансер, г.Шымкент.
Центральная поликлиника «Жетысай», г.Жетысай Мактааральский район ЮКО*

ТҮЙІН

Кәсіби аллергиялық дерматоздар науқастары арасында мамандандырылған жұмысшылар негізгі бөлігін құрайды. Алынған деректер өндірістің аталған саласында еңбек жағдайын жан-жақты зерттеуді және кәсіби дерматоздардың алдын алудың әдістерін тиімді жүргізуді қажет етеді. Жарияланған мәліметтер дерматологтардың алдын алу іс-шараларын ұйымдастыруда маңызды болып табылады.

SUMMARY

A sampling analysis was carried out to assess the frequency with which workers seek assistance of various cutaneous pathology, including occupational allergic ones, such as dermatitis and eczema. The analysis made possible to identify the main occupational stimuli having allergenic properties and primarily responsible for allergic dermatoses among workers of various occupational groups. Such information should be given available to dermatologists to organize appropriate preventive services. This has higher relevance to the prevention of dermatoses and, particularly, to reduce the number of patients with eczema.

Введение. В настоящее время особое значение для профилактики профессиональных дерматозов, и в первую очередь профессиональных аллергических дерматозов в промышленных производствах, приобретают вопросы организации [1]. Требуется четкое взаимодействие дерматологической службы, специализированных в вопросах профессиональной патологии санитарно-эпидемиологической службы, институтов гигиены труда и профзаболеваний и кафедр кожных болезней медицинских вузов, отделов охраны труда промышленных предприятий [2]. В центре внимания дерматологов должны быть прежде всего вопросы ранней диагностики профессиональных дерматозов, их учета, своевременного разрешения экспертных вопросов и контроля за

правильным трудоустройством заболевших. Однако эти задачи четко выполняются далеко не всеми кожно-венерологическими диспансерами.

Интенсивный рост современной химико-фармацевтической промышленности сопровождается внедрением в производство все большего количества химических соединений, обладающих аллергизирующими свойствами. Это является одной из причин наблюдаемой в нашей стране и за рубежом заболеваемости аллергическими дерматозами, в том числе профессионального генеза. Данные литературы о структуре заболеваемости профессиональными аллергическими дерматозами и причинной роли различных химических веществ разноречивы[3].

Цель исследования — анализ структуры профессиональных дерматозов и особенностей их профилактики.

Материалы и методы. В настоящей работе представлен анализ 280 случаев профессиональных заболеваний, зарегистрированных в кожно-венерологическом диспансере г.Шымкента с 1997 по 2007г. У 162 (57,8%) больных была экзема, у 97 (34,6%) - аллергический дерматит, у 14 (5,0%) - крапивница, у 7 (2,6%) - профессиональные фолликулиты. Таким образом, в структуре зарегистрированной нами в последние годы профессиональной патологии кожи преобладали аллергические дерматозы - экзема и дерматит. Среди больных 89,2% (249 человек) составляли женщины. Подобное соотношение отмечали и другие авторы, исследовавшие профессиональные дерматозы среди работающих в химико-фармацевтической промышленности [4], объясняя их большей занятостью женщин на производствах, связанных с контактом с лекарственными препаратами. Больные были в возрасте от 20 до 58 лет, причем 72,4% (202 человека) - от 30 до 50 лет. Производственными продуктами, послужившими причиной профессиональных дерматозов у наблюдавшихся нами больных, явились антибиотики, новокаин, витамины, фурацилин, уротропин и другие лекарственные средства. Среди контактировавших с лекарственными веществами преобладали квалифицированные рабочие химико-фармацевтического производства.

Результаты исследования и их обсуждение. Как уже указывалось, в структуре профессиональной патологии кожи, зарегистрированной нами, преобладали аллергические дерматозы — экзема и дерматит. Среди больных профессиональными аллергическими дерматозами основную долю составили квалифицированные рабочие. Полученные данные свидетельствуют о необходимости целенаправленного изучения условий труда в данной отрасли производства и разработки более эффективных мер профилактики профессиональных дерматозов. При этом большое значение следует придавать более тщательному проведению профилактических периодических медицинских осмотров работников основных профессий, принимая во внимание, что преимущественным контингентом работающих являются женщины. Поскольку большой процент заболевших составляет стажированная, высококвалифицированная и старше по возрасту группа рабочих, профпатологи-дерматологи в целях ранней диагностики профессиональных дерматозов должны больше внимания уделять своевременному направлению этих больных в профпатологи-ческие отделения для углубленного обследования и экспертного заключения. Поздние сроки направления больных обуславливают затруднения в решении экспертных вопросов, поскольку заболевание теряет первоначальные особенности, характерные для течения профессиональных дерматозов.

Практика показывает, что продолжение контакта с химическими веществами или лекарственными препаратами, особенно аллергенами, приводит к усугублению экземы, к удлинению сроков последующей реабилитации заболевших. Осложняет диагностику и возможное присоединение сопутствующих заболеваний кожи, в первую очередь микозов (более чем у 10%), себореи и других заболеваний. При этом изменяются клиника и течение заболевания; высыпания появляются на участках, не типичных для профессионального заболевания. Так, при воздействии медикаментозных средств у работников химико-фармацевтической промышленности может возникнуть обострение себореи, симулирующее профессиональный дерматоз. У работников химико-фармацевтической промышленности наиболее часто возникает поливалентная сенсбилизация к производственным аллергенам, осложняющая течение заболевания и сохраняющаяся длительное время даже после прекращения заболевания. Возможны и такие варианты, когда заболевание после осуществления трудоустройства прошло, а чувствительность сохранилась и ограничивает трудоспособность переболевшего. Все это сказывается на решении вопросов о компенсациях за ущерб, причиненный рабочему заболеванием, приведшим к смене работы, а нередко и профессии, и лишней раз подчеркивает необходимость раннего разрешения экспертных вопросов с обязательным оформлением через районную медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК).

Своевременному решению этих вопросов должны служить предварительные и периодические медицинские осмотры рабочих в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан «О проведении предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров трудящихся». Все лица с подозрением на профессиональный характер заболевания должны после осмотра направляться в соответствующее профильное учреждение. Причины поздних направлений больных для экспертного заключения должны анализироваться дерматологом совместно с профпатологом и врачом отдела гигиены труда и профессиональных заболеваний районной санэпидстанции, после чего больных профессиональными дерматозами необходимо направлять на МСЭК для получения группы инвалидности по профессиональному заболеванию или определения процента утраты трудоспособности с осуществлением

последующего обязательного углубленного обследования в профпатологическом отделении НИИ гигиены не реже одного раза в 2 года.

Таким образом, своевременное выявление на предприятии больных аллергическими профессиональными дерматозами, их четкая регистрация и анализ по каждой профессии позволяют осуществить разработку комплексных мероприятий, включающих санитарно-гигиенические, технологические и медицинские рекомендации по их профилактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багонов М.Д./Профессиональные заболевания кожи. - 1989.-С. 9-10.
2. Сомов Б.А./Гигиена труда. - 1996. - С. 38-40.
3. Туранов Н.М./Вестник дерматологии. - 1996. -№ 5. - С. 13-17.
4. Штеинлухт Л.А./Вестник дерматологии. – 1987. - № 6. - С. 17-20.

УДК 616- 002.5

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ СЛЕЖЕНИЯ НА КОНЕЦ 2009 ГОДА

С.С.Култасова, Г.Н.Пернебаева, А.М.Салыбеков, В.Н. Кастаева, Б.А.Скребцов
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінде 2009 жылғы туберкулезге шалдықан науқастардың арасынан электронды қор арқылы туберкулез ауруына әсер ететін бейімдік мәнбірлер зерттеліп, олардың кездесуі – 58% екендігі анықталды. Оның ішінде әлеуметтік мәнбірлер -73,6%, медициналық-19,4%, зиянды әдеттер – 3,0% және басқалары –5,0% болды. Осы мәнбірлердің кесірі туберкулезге қарсы емін тиімсіз етеді, диспансерлік бақылауды ұзартып сырқаттық көрсеткішін жоғарлатады.

SUMMARY

Dispensary examination is prolonged and the number of the patients with TB according to the outer index increase as a result.

В Южно-Казахстанской области эпидемиологическая ситуация по туберкулезу характеризуется неблагоприятными тенденциями развития. По данным ряда авторов отрицательное влияние на течение инфекции оказывают такие факторы, как различные привычки, социальный статус больных и др. причины [2,3]. Поэтому, поиск факторов, влияющих на течение заболевания имеет актуальное значение. После принятия в 1998 году Указом Президента Республики Казахстан Стратегии по борьбе с туберкулезом, рекомендованной ВОЗ, с 2000г. в стране была внедрена система электронного слежения за больными туберкулезом. Национальный регистр больных туберкулезом (НРБТ), основанный на полицейском сборе информации диспансерного контингента, внедрен в нашей области с 2003г. В течение этого периода накоплен большой опыт использования системы электронного слежения за больными и значительный материал персонифицированных данных на каждого больного туберкулезом. Разработанная и функционирующая в области Национальная электронная информационная система дает возможность изучения факторов риска как в целом по области, так и на отдельных ее территориях. Электронная база данных заполняется на основе медицинских карт больных туберкулезом, извещений №89 –у и историй болезней. Достоверность вводимых в базу данных и правильно собранный качественный анамнез позволяют анализировать любые количественные и качественные параметры по туберкулезу.

Целью нашего исследования явился анализ характера факторов риска, которые имеют непосредственное влияние на сроки и исход лечения. По данным электронной базы Национального регистра больных туберкулезом нами изучены факторы риска. На основе имеющихся в базе данных информации мы распределили ее на группы: медицинские, социальные, вредные привычки и другие. Нами было установлено, что среди контингента больных активным туберкулезом, состоящих на учете на конец 2009 года по области, 58,0% случаев имели факторы риска. Причем, оказалось, что каждый больной имел не один отрицательный фактор, а несколько. Наибольший удельный вес составили социальные факторы, которые были выявлены в 73,6% случаев. Данную группу в большей степени составляли безработные -68%, осужденные составили 4,3%, бездомные- 4,0%. В 1,3% случаях – дети из неблагополучных семей.

Следующей по значимости группой среди факторов риска были медицинские факторы, которые в общем контингенте больных туберкулезом составили 19,4%. Среди них чаще всего отмечены сопутствующие заболевания, которые встречались более чем у половины больных (51,1%). В развитии заболевания имел значение контакт с больными туберкулезом, установленный в 5,6% случаев. Среди медицинских факторов в

контингенте больных туберкулезом в 2,0% были женщины в послеродовом периоде, а возникновение заболевания после применения кортикостероидной терапии выявлено в 1,2% . Имели значение такие факторы, как место трудовой деятельности, при которой могло иметь место напряженная психологическая обстановка. К ним отнесены работники медицинских учреждений -1,5%, сотрудники исправительных учреждений (ИТУ) - 1,1%. Обращает внимание то, что еще один медицинский фактор, сопутствующий туберкулезу – это ВИЧ – инфицирование (0,7%).

Таким образом, в 19,4% случаев отрицательным моментом в развитии туберкулеза были медицинские факторы – это сопутствующие заболевания (51,1%), контакт с туберкулезными больными (5,6%), женщины в послеродовом периоде (2,0%), кортикостероидная терапия (1,2%), психо-эмоциональные нагрузки в ИТУ и медицинских учреждениях (1,5 и 1,1 % соответственно) и сочетание с ВИЧ-инфекцией (0,7%). В базе данных НРБТ о вредных привычках указаны сведения только о больных с наличием алкоголизма и наркозависимости. В целом это группа составила 3,0 %, в которой на алкоголизм приходится 85,7% и наркозависимость -14,3%. Кроме того, следует отметить, что группа «Другие» составила 5%, в которую вошли различные отрицательные факторы без их описания, но они имеют место, как факторы, способствующие распространению туберкулезной инфекции, среди которых могли быть прочие факторы и заболевания различных органов и систем. Таким образом, было установлено, что в общем контингенте больных туберкулезом в 2009 году, по данным электронной базы, имеется высокий уровень факторов риска, влияющих на исходы лечения и длительность диспансерного наблюдения (58%) – это социальный (72,6%), медицинский (19,4%), наличие вредных привычек (3,0%) и другие (5,0%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистический сборник по Южно- Казахстанской области за 2009г.
2. Турсынбаева А.С. Эпидемиология туберкулеза в Республике Казахстан//Фтизиопульмонология №1(15), Алматы.,2009. – С.37-40.
3. Жангиреев А.А. Международная конференция по контролю за туберкулезом и съезд фтизиатров Республики Казахстан. Алматы., 1998.-С.3-5. 3.
4. Игембаева К.С. и др. // Структура заболеваемости впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков // Фтизиопульмонология № 1(15), 2009. – Алматы., С.22-25.

УДК 616-002.5

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.С.Култасова, В.Н.Кастаева, Б.А. Скребцов

Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Облысымызда 1999-2010жылдары аралығында атқарылған туберкулезге қарсы іс – шараларының арқасында туберкулез бойынша эпидемиологиялық көрсеткіштердің төмендеу тенденциясы байқалады.

SUMMARY

Epidemiological indices of TB in Shimcents for 1999-2010 tend to decrease.

В 1993 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез проблемой глобального уровня, требующей незамедлительного вмешательства, в 1994 г. сформулировала стратегию DOTS по борьбе с туберкулезом, охватывающую технический, социальный, политический и медицинский аспекты. К 2002г. 155 стран осуществляли стратегию DOTS. По данным ВОЗ, ежегодно заболевает туберкулезом 8 млн., а умирает около 3 млн. человек. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в стране начала ухудшаться после распада Союза. Общеизвестный кризис в начале 90-х годов имел тяжелые последствия. Экономический спад, ухудшение экологической обстановки, миграционные процессы, снижение жизненного уровня и резистентности населения, недостаточное финансирование здравоохранения в целом противотуберкулезных мероприятий, в частности, привели к значительному ухудшению ситуации по туберкулезу. Оптимизация, реструктуризация социальной сферы выразились в закрытии противотуберкулезных учреждений в регионах, сокращении финансирования на содержание учреждений, на закуп противотуберкулезных препаратов. Ухудшилось питание больных, обеспечение лекарственными средствами, нарушился сложившийся годами принцип лечения больных туберкулезом. Устарел парк рентгено- и флюороустановок, возник острый дефицит рентгенофлюорографической пленки, средств иммунной профилактики. Все это способствовало стремительному росту заболеваемости населения туберкулезом и ухудшению клинических форм заболевания. Так, за период с 1995 г. по 1998г. заболеваемость туберкулезом в области возросла в 2,2 раза и составила 40,9

и 88,8 на 100 тыс. нас., смертность с 9,2 до 21,4 на 100 тыс. нас. соответственно. Распространенность туберкулеза среди населения увеличилась на 43,8%: с 169,6 до 243,9 на 100 тыс. нас.

Инвалидность за этот период увеличилась по республике на 61,4 %: с 14,5 до 23,4 на 100 тыс. работающего населения. В связи с этим были приняты кардинальные решения: это Указ Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева за № 3956 от 18 мая 1998 г. «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан», Постановление Правительства Республики Казахстан за №839 от 4 сентября 1998г. «О неотложных мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан» и Государственная Программа «Здоровье народа», утвержденная Президентом Республики Казахстан 16 ноября 1998г. Во всех государственных документах было регламентировано внедрение на всей территории страны методов диагностики и лечения туберкулеза по рекомендации ВОЗ. Преимуществами данного направления является привлечение к борьбе с туберкулезом всех органов власти и секторов здравоохранения на местах и в центре. В связи с этим управлением здравоохранения Южно-Казахстанской области при поддержке органов местной власти была проведена значительная организационная работа, крайне необходимая для обеспечения эффективного внедрения стратегии. Постановлением Правительств во всех регионах был Координационный совет. При областном противотуберкулезном диспансере г. Шымкента выделены областные координаторы по клинике, бактериологической службе, лекарственному обеспечению, информатике, тюрьмам, кураторы областей. Создана группа мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий из 4 освобожденных специалистов.

Приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 05.04.2000г. за №340 в каждом районе обязанности районных координаторов по туберкулезу возложены на главных врачей противотуберкулезных учреждений и центральных районных больниц. В штаты сельских участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий, центральных районных больниц, самостоятельных городских и поселковых поликлиник, поликлинических отделений больниц предусмотрено введение должности медицинской сестры (химизатора), ответственной за выдачу и контроль приема больными противотуберкулезных препаратов. По области было выделено 157,5 ставки химизаторов, укомплектованных 201 физическим лицом для проведения амбулаторной фазы лечения. При областной противотуберкулезной больнице была предусмотрена организация отделения для принудительного лечения бациллярных больных, уклоняющихся от лечения на 60 коек; отделения для больных выделяющих устойчивые формы микобактерий туберкулеза на 150 коек, отделения для содержания больных с хронической формой туберкулеза, не подлежащих специфическому лечению (хоспис) на 10 коек. С целью соблюдения поточности больных согласно их инфекционному статусу в области созданы 5 межрайонных туберкулезных больниц. В каждом противотуберкулезном учреждении были установлены тамбур – шлюзы для профилактики нозокомиального туберкулеза. За счет республиканского бюджета в области запланировано строительство 4 новых противотуберкулезных больниц, 3 из которых сданы в эксплуатацию. Продолжаются мероприятия приоритетного финансирования учреждений противотуберкулезной службы.

В свете реализаций Указа Президента РК и Постановления Правительства РК в области разработана и утверждена Программа борьбы с туберкулезом с выделением финансовых средств на укрепление противотуберкулезной службы и проведение предусмотренных мероприятий по борьбе с туберкулезом. В 2010г. противотуберкулезной службе в сравнении с предыдущими годами выделено в 6,5 раз больше финансовых средств - 3 млрд. 887 млн. тенге (в 2000г. -600,0 млн. тенге). К этому времени затраты на питание на 1 больного в день повысились с 156,2 тенге до 650,0 тенге, а на медикаменты с 135,7 до 441,7 тенге. Стало уделяться большое внимание оснащению учреждений противотуберкулезной службы рентгенофлюорографическими установками. Только за последние 2 года (2009 – 2010гг) в область по линии Министерства Здравоохранения закуплено 9 единиц стационарного многофункционального диагностического рентгенаппарата, а из местного бюджета -3 стационарных рентгенаппаратов и 5 передвижных флюорографических комплексов. На сегодняшний момент противотуберкулезная служба оснащена 27 стационарными рентгенаппаратами, 4 стационарными флюороаппаратами и 27 передвижными флюорографами. В сети ПМСП функционируют 33 стационарных флюорографов.

С учетом приоритета бактериоскопической службы в выявлении заразных форм туберкулеза продолжается открытие микроскопических лабораторий в учреждениях общей лечебной сети. Так за последний год в области открыты 6 новых микроскопических лабораторий: в Сузакском, Тулькубасском, Казыгуртском, Байдибекском районах и 2- в г. Шымкент. Для них закуплены бинокулярные микроскопы на сумму – 1 257,0 тыс. тенге и ламинарные боксы на сумму 7 533,0 тыс. тенге. На конец 2010г. с целью повышения эффективности бактериоскопической диагностики туберкулеза в области функционируют 25 бактериоскопических лабораторий общей лечебной сети, 19- в противотуберкулезных учреждениях, 182 пункта сбора мокроты. Налажена и систематизирована бактериологическая диагностика химиорезистентного туберкулеза. Внедрена методика постановки теста на чувствительность к противотуберкулезным препаратам методом абсолютных концентраций и ускоренная диагностика.

Неоспоримую помощь оказывает Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ, малярией, туберкулезом 6 и 8 раундов в оснащении бактериологических лабораторий областных и региональных противотуберкулезных учреждений (бинокулярными микроскопами, расходными материалами, годовым запасом реактивов,

аппаратами БАКТЕК для ускоренной диагностики туберкулеза). В 2010 году по линии Глобального фонда в область были приобретен новый аппарат Бактек МЖИТ 960 и реактивы к нему: питательные среды, расходные материалы, химические реагенты для постановки тестов на лекарственную чувствительность к противотуберкулезным препаратам I ряда, на общую сумму 26573160 тенге (на 3600 исследований и 1040 ТЛЧ). Для перевозки проб закуплены в баклаборатории области 18 охлаждающих боксов (термоконтейнеров). Из местного бюджета в баклабораторию ОПТД приобретены и установлены 4 термостата производства Германия на сумму 980,0 тыс. тенге, запланировано приобретение реактивов для аппарата БАКТЕК МЖИТ 960 на 6000 исследований и на 4000 постановок ТЛЧ на сумму 29,8 млн. тенге.

До конца 2010г. будет внедряться метод ускоренной диагностики множественной лекарственной устойчивости (метод *Hain* – тест), закуп и поставка оборудования будет осуществлена за счет средств ГФ 8 раунда. Из республиканского бюджета получены биохимические и гематологические анализаторы на сумму 10,9 млн. тенге, фотометр -1 ед. на сумму 3,6 млн. тенге, ламинарный шкаф биологической безопасности -1ед. на сумму 2,6 млн. тенге. Ожидается поставка аппарата УЗИ. Из местного бюджета приобретены и установлены сушильные шкафы, фотоэлектроколориметры, стерилизатор, прикроватный монитор, фотоэлектроколориметр на сумму 2,5 млн. тенге. В корне пересмотрена организационно- методическая основа фтизиохирургической помощи путем расширения и активного внедрения в клиническую практику диагностических, радикальных, радикально – пластических и реконструктивных операций, направленных на ликвидацию хронических деструктивных очагов в легких. Если в хирургическом отделении областного противотуберкулезного диспансера на 60 коек в 1999 г. было произведено 55 операций, то в 2010 г. эта цифра возросла до 300. С целью дифференциальной диагностики плевритов из республиканского бюджета закуплен тораковидеоэндоскоп. Решен вопрос бесперебойного централизованного снабжения больных противотуберкулезными препаратами основного и резервного ряда. Внедренная в область в 2000 году Программа DOTS – plus, целью которой являлась профилактика дальнейшего развития и распространения мультирезистентного туберкулеза, получила широкое развитие в нашей области. С 2000 года по 2010 год препаратами второго ряда охвачены 1550 больных, выделяющих устойчивые штаммы микобактерий. Эффективность лечения среди данного контингента составляет 75-78%. Программа DOTS – plus стала постепенно внедряться и в пенитенциарные учреждения. Так, в 2010 году, резервные препараты были выделены в туберкулезную колонию для 15 больных, постепенно их количество будет увеличиваться.

Для мониторинга за больными туберкулезом и полицейского сбора информации диспансерного контингента во всех областях республики была внедрена система электронного слежения Национальный регистр больных туберкулезом (НРБТ), что позволило анализировать любые количественные и качественные параметры по туберкулезу. С целью успешного внедрения стратегии борьбы с туберкулезом по рекомендации ВОЗ, специалисты общей лечебной сети, противотуберкулезной службы и ведомственных учреждений, задействованные в выявлении, диагностике и лечении больных туберкулезом, обучены по программе «базового» и «продвинутого» уровня обучения. На базе областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД) постоянно проводятся обучающие семинары – тренинги. Только в 2010 году на базе ОПТД были обучены 1200 врачей терапевтов и педиатров, 282 врачей гинекологов общей лечебной сети, 15 эпидемиологов.

В части проведения семинаров тренингов оказывается значительная поддержка со стороны Глобального Фонда. При их поддержке совместно со специалистами Республиканского Национального Центра Проблем Туберкулеза были проведены 5 дневные семинары- тренинги для специалистов пенитенциарной системы Южного региона (Кызылординской, Жамбульской и Южно-Казахстанской) по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий. Также, в рамках реализации проекта Глобального фонда 8 раунда с 12 по 14 и 15 по 17 апреля были организованы два трехдневных семинара - тренинга для специалистов сети первичной медико-санитарной помощи по ведению лекарственно – устойчивого туберкулеза. С 24 по 27 мая специалистами АГИУВ кафедры ВИЧ для фтизиатров области организован 4-х дневный семинар – тренинг по теме: Интеграция ТВ/ВИЧ. С 1 по 4 июня на базе НЦПТ РК в г. Алматы для врачей фтизиатров из всех областей запланирован семинар – тренинг по теме: Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью.

Во всех противотуберкулезных учреждениях созданы «Школы пациента», где обученными медицинскими работниками проводится 7 занятий, на которых больные получают общие знания по туберкулезу, по лекарственно- устойчивым формам туберкулеза, сведения о противотуберкулезных препаратах, последствиях при отрыве от лечения. В области проводятся мероприятия по социальной поддержке больных туберкулезом за счет средств местного бюджета, неправительственных организаций и Глобального Фонда. Если в 2006г. материальная помощь была оказана всего лишь на сумму 500,0 тыс. тенге, то в 2010 г. – 3 млн. тенге, выделена жилплощадь 3 больным туберкулезом. Со стороны Глобального Фонда социальная помощь оказана 64 больным, выделяющим устойчивые формы микобактерий и получающие лечение резервными препаратами (ежеквартально соцпакеты по 25 кг. в течение года). В области уделяется большое внимание вопросу оздоровления детей из очагов туберкулезной инфекции. В городские и районные Акиматы неоднократно адресуются письма для решения данного вопроса. В связи с этим во всех районах в 2011 году на базе функционирующих детских садов планируется открытие оздоровительных групп на 15-20 мест. Усиление мероприятий, направленных на борьбу с туберкулезом позволило стабилизировать

эпидемиологическую ситуацию в области. За последние 8 лет (с 2001г. по 2009г.) темп снижения заболеваемости населения туберкулезом в области составил 31,2% (с 113,7 до 78,2 на 100 тыс.нас.); распространения туберкулеза на 42,6% (с 258,9 до 148,5 на 100 тыс.нас.); смертности от туберкулеза на 30,3% (с 14,5 до 10,1 на 100 тыс. нас.); заболеваемости туберкулезом детей на 45,3% (с 22,5 до 12,3 на 100 тыс.нас.); среди подростков на 28,3% (с 93,2 до 66,2); запущенных форм туберкулеза в 10 раз (с 254 случаев до 24), в частности случаев туберкулезного менингита (с 30 до 3 случаев).

Эти достижения не окончательны. Согласно Стратегического плана развития области на 2020г., необходимо снижение интенсивных показателей по туберкулезу до минимума: заболеваемости до 62,5, смертности до 7,7 и повышения качества лечения на 85,0% и это выполнимо в условиях постоянной политической поддержки Главы Государства и Правительства в развитии и укреплении фтизиатрической службы.

Выводы: В деятельности противотуберкулезной службы области имеются трудности, сдерживающие улучшение эпидемиологической ситуации, которые необходимо решить путем: Дальнейшего укрепления материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, оснащения современными рентгенодиагностическими аппаратами, лабораторным и другим медицинским оборудованием, оргтехникой, санитарным автотранспортом. Внедрения эффективных схем антибактериальной терапии мультирезистентных форм туберкулеза с учетом индивидуальности больных и микрофлоры. Усиления работы с районными и городскими Акиматами и управлением образования по открытию в детских садах районов с высокой инфицированностью детского и подросткового населения специализированных оздоровительных групп с круглосуточным пребыванием детей из очагов туберкулезной инфекции. Налаживания преемственности в деятельности учреждений ПМСП, СЭС, учреждений и других ведомств по профилактике, раннему выявлению и контролю за качеством лечения больных туберкулезом на поддерживающей фазе лечения. Повышения уровня санитарно- просветительной пропаганды среди населения, используя средства массовой информации, выпуск учебных пособий, буклетов, брошюр по туберкулезу, показ видеороликов по туберкулезу по телевидению. Внедрения в образовательные программы медицинских университетов, колледжей, в циклы усовершенствования врачей и медицинских сестер вопросов диагностики, лечения и профилактики туберкулеза.

УДК 576.3.612.11.9

СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

*Е.К. Орманов, Л.Н. Орманова
МКТУ им.Ясауи, г. Шымкент*

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Мектеп жасына дейінгі балалардың Ю.А.Федорова-В.В.Володкинаның гигиеналық индексінің және 15 жасқа дейінгі балалардың ауыз қуысының Greene-Vermillionның гигиеналық индексінің мөлшерлеріне байланысты, қан гемоллизатының хемилюминесценттік қасиеттері жоғарылайды.

SUMMARY

Depending on the hygienic indices Yu.A.Fedorova-V.V.Volodkinoy for children of school age and an index of oral hygiene on the Greene-Vermillion in children in the age of 15.15 years the chemiluminescent properties of the hemolysate of blood increase.

Объявленный Президентом нашей страны Н.А.Назарбаевым 2002 год - Годом Здоровья, значительно активизировал профилактическую работу среди населения. Продолжением этой стратегии явился выход приказа МЗ РК № 881 от 01.03.2003 г. «Об усилении профилактической деятельности медицинских организаций» и проведения ряда крупных мероприятий по охране здоровья населения, особенно детского и сельского [1,2].

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 120 детей в возрасте от 4 до 15 лет. Из гигиенических индексов в исследованиях использовался индекс гигиены Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной дошкольного возраста и индекс гигиены полости рта Greene-Vermillion до 15 лет [3], так как они позволяют оценить гигиеническое состояние всех групп зубов, имеющих в полости рта. Дети до школьного возраста по индексу гигиены (ИГ) Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной были разделены на 5 групп, а дети до 15 лет по индексу гигиены полости рта Greene-Vermillion были разделены на 4 группы. Хемилюминесцентные свойства гемолизата детей определяли на приборе ХЛМЦ-01 [4]. Определяемые хемилюминесцентные параметры гемолизата крови рекомендованы нами для определения степени тяжести патологического процесса в полости рта.

Для этого введен вычисляемый по формуле хемилюминесцентный показатель интоксикации:

$$ХЛПИ = \frac{\frac{ХЛ_{спo} + ХЛ_{пнд .o}}{ХЛ_{спк}} + \frac{ХЛ_{пнд .o}}{ХЛ_{пнд .к}}}{2}, \quad (4)$$

где ХЛПИ – хемиллюминесцентный показатель интоксикации; ХЛсп – спонтанная хемиллюминесценция; ХЛпнд. – индуцированная хемиллюминесценция; к – контроль; о – опытная.

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице 1, что уровень спонтанного свечения гемолизата крови детей в зависимости от индекса гигиены состояния зубов по (ИГ) Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной изменяется. В 1-й группе показатель спонтанной хемиллюминесценции (СпХЛ) гемолизата крови повысился на 12%, во 2-й и 3-й группах этот показатель был выше по сравнению с контрольной (СпХЛ здоровых детей принимали за 100%) на 24% и 36%. В 4-й и 5-й группах увеличился на 36% и 56%. Таким образом, можно утверждать, что с увеличением индекса гигиены состояния зубов по Ю.А.Федорова-В.В.- Володкиной в гемолизате крови детей показатель спонтанной хемиллюминесценции возрастает.

Таблица 1- Изменение хемиллюминесцентных показателей гемолизата крови у детей в зависимости от состояния зубов

Группа		Хемиллюминесцентные показатели			
		СпХЛ (кв/сек)	ИНХЛ (103 кв/5 мин.)	ССОПР (кв/сек)	ХЛПИ (у.е.)
1-я группа (до 6 лет)	Кг	2,5±0,14	25,4±0,61	85,6±2,3	1,0±0,05
	1	2,8±0,15*	28,9±0,62*	96±3,9*	1,14±0,06*
	2	3,1±0,15*	31,9±0,62*	106±4,9*	1,24±0,06*
	3	3,4±0,15*	34,9±0,62*	116±5,9*	1,36±0,06*
	4	3,6±0,15*	36,7±0,62*	122±5,7*	1,44±0,06*
	5	3,9±0,14*	39,7±0,62*	132±6,1*	1,56±0,06*
2-я группа (до 12 лет)	Кг	2,5±0,14	25,4±0,61	85,6±2,3	1,0±0,05
	1	2,8±0,15*	28,9±0,62*	96±1,9*	1,14±0,06*
	2	3,1±0,15*	31,9±0,62*	106±1,9*	1,24±0,06*
	3	3,4±0,15*	34,9±0,62*	116±1,9*	1,36±0,06*
	4	3,6±0,15*	36,7±0,62*	131±1,9*	1,44±0,06*
3-я группа (до 15 лет)	Кг	2,7±0,16	28,4±0,16	85,6±2,3	1,0±0,05
	1	3,0±0,16*	31,9±0,16*	96±1,9*	1,14±0,06*
	2	3,2±0,15*	33,1±0,15*	106±1,9*	1,24±0,06*
	3	3,5±0,15*	35,4±0,15*	116±1,9*	1,36±0,06*
	4	3,7±0,15*	37,5±0,15*	131±1,9*	1,44±0,06*

Примечания *- p < 0,05 по сравнению с контрольной группой

Общая сумма инициированного свечения гемолизата крови у детей до 6-ти летнего возраста в 1-й и 2-й группах повысилась на 13,8% и 25,6%, в группах 3-й, 4-й и 5-й показатель возрос на 37,4%, 44,4% и 55,1% по сравнению с контрольной группой исследованных детей. Средняя скорость образования перекисных радикалов (ССОПР) в гемолизате крови изменялась также в зависимости от состояния зубов у детей до 6-ти летнего возраста. Так, в 1-й и 2-й группах этот показатель составил 12,1% и 23,8% от контроля, в 3-й, 4-й и 5-й группах прирост данного показателя составил соответственно 35,5%, 42,5% и 53%. Так, было установлено значительное повышение хемиллюминесцентного показателя интоксикации гемолизата крови у детей в зависимости от состояния зубов. В 1-й и 2-й группах хемиллюминесцентный показатель интоксикации увеличивается, и составило 14% и 24% по сравнению с контрольной, в 3-й, 4-й и 5-й группах этот показатель повысился на 36%, 44% и 56% соответственно.

Таким образом, изучение ХЛПИ гемолизата крови у детей до 6-х летнего возраста повышается в зависимости от индекса гигиены. У детей до 12-ти летнего возраста в зависимости от индекса Грина-Вермиллиона в 1-й и 2-й группах показатель спонтанной хемиллюминесценции гемолизата крови повышаются на 11,5% и 19,2%, в 3-й и 4-й группах этот показатель был выше по сравнению с контрольной на 30,7% и 38,5%. Итак, можно утверждать, что с увеличением Грина-Вермиллиона в гемолизате крови у детей показатель спонтанной хемиллюминесценции возрастает. Общая сумма инициированного свечения гемолизата крови у детей до 12-тих летнего возраста в 1-й и 2-й группах повысилась на 15% и 20%, в группах 3-й, и 4-й показатель возрастает соответственно на 31,2%, и 37,9% по сравнению с контрольной группой исследованных детей. Средняя скорость образования перекисных радикалов в гемолизате крови изменялась также в зависимости от состояния зубов у детей до 12-летнего возраста. Так, в 1-й и 2-й группах этот показатель составил 15,9% и

20,4% от контроля, в 3-й, 4-й и 5-й группах прирост данного показателя составил соответственно 20,4%, и 38,6%. Установлено, что значительное повышение хемиллюминесцентного показателя интоксикации гемолизата крови у детей в 1-й и 2-й группах увеличивается на 15% и 20% по сравнению с контрольной, а в 3-й и 4-й группах этот показатель повышается на 31% и 38%.

Таким образом, изучение хемиллюминесцентных свойств гемолизата крови у детей до 12-ти летнего возраста ХЛПИ растет в зависимости от индекса гигиены полости рта Greene-Vermillion. У детей до 15-ти летнего возраста в зависимости от индекса Грина-Вермиллиона в 1-й и 2-й группах показатель СпХЛ гемолизата крови повышается на 11,0% и 18,5%, в 3-й и 4-й группах этот показатель выше по сравнению с контрольной на 29,6% и 37%. Таким образом, в гемолизате крови у детей показатель СпХЛ возрастает. Общая сумма иницированного свечения гемолизата крови у детей до 15-тих летнего возраста в 1-й и 2-й группах повысилась на 12,3% и 16,5%, в группах 3-й и 4-й показатель возрастают на 24,6%, и 32% по сравнению с контрольной группой. Средняя скорость образования перекисных радикалов в гемолизате крови изменялась у детей также до 15-ти летнего возраста. Так, в 1-й и 2-й группах этот показатель составил 11,6% и 15,8% от контрольной, в 3-й и 4-й группах прирост данного показателя составили 24,2%, и 31,6%. Значительное повышение хемиллюминесцентного показателя интоксикации гемолизата крови детей наблюдается в 1- и 2-й группах на 12,0% и 16% по сравнению с контролем, а в 3- и 4-й группах - повысился на 25% и 32% соответственно.

Таким образом, изучение хемиллюминесцентных свойств гемолизата крови у детей до 15-летнего возраста показало увеличение СпХЛ, ИндХЛ, ССОПР и ХЛПИ в зависимости от индекса Грина-Вермиллиона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А.Назарбаев. Казахстан -2030. Алматы, 1997.-127с.
2. Постановление коллегии Министерства здравоохранения РК №239/ от 09.08.1994.
3. Т.К.Супиев, С.Б. Улитовский, О.М.Мирзабеков, Э.Т.Супиева Профилактика стоматологических заболеваний. Учебник –Алматы, 2009.-446с.
4. Орманов Н.Ж., Адильбекова Д.А., Жумабаев У.А. Использование свойств-ва хемиллюминесцентности сыворотки (плазмы) крови для диагностики хронической интоксикации соединениями фосфора./ Мет. реком. Шымкент, -1993. -10с.
5. Фархутдинов Р.Р., Лиховских В.А. Хемиллюминесцентные методы исследования свободнорадикального окисления в биологии и медицине //Уч.-метод. пособие. – УФА: БГМИ, 1995. – 110 с.

УДК 576.3.612.11.9

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Е.К. Орманов, Л.Н. Орманова

МКТУ им.Ясауи, г. Шымкент

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Мектеп жасына дейінгі балалардың Ю.А.Федорова-В.В.Володкинаның гигиеналық индексінің және 15 жасқа дейінгі балалардың ауыз қуысының Greene-Vermillionның гигиеналық индексінің мөлшерлеріне байланысты, қан эритроциттерінің құрамындағы липидтердің асқын тотық өнімдерінің деңгейлері жоғарылайды.

SUMMARY

Concentration of peroxidation of lipids in erythrocytes of blood increase at children under school age according to Yu. A. Fedorova- V.V. volodkiyos hygienic index, and at children under 15 years old according to Green-Vermillions hygienic index.

Объявленный Президентом нашей страны Н.А.Назарбаевым 2002 год - Годом Здоровья, значительно активизировал профилактическую работу среди населения. Продолжением этой стратегии явился выход приказа МЗ РК № 881 от 01.03.2003 г. «Об усилении профилактической деятельности медицинских организаций» и проведения ряда крупных мероприятий по охране здоровья населения, особенно детского и сельского [1,2].

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 120 детей в возрасте от 4 до 15 лет. Из гигиенических индексов в исследованиях использовался индекс гигиены Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной дошкольного возраста и индекс гигиены полости рта Greene-Vermillion до 15 лет [3], так как они позволяют оценить гигиеническое состояние всех групп зубов, имеющих в полости рта. Дети до школьного возраста по индексу гигиены (ИГ) Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной были разделены на 5 групп, а дети до 15 лет по индексу гигиены полости рта Greene-Vermillion были разделены на 4 группы. Определение содержания диеновых конъюгатов (ДК), гидроперекисей липидов (ГПЛ) и малонового диальдегида (МДА) в

эритроцитах крови стандартными методами Гаврилова В.В. и Мишкорудной М.И., [4], Мирончука В.В., [5], Андреевой Л.И. [6].

Результаты исследования. Концентрация продуктов ПОЛ в эритроцитах крови у детей повышается в зависимости от гигиенических индексов Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной у детей дошкольного возраста и индекс гигиены полости рта по Greene-Vermillion у детей до 15 лет. Так, содержание ДК в эритроцитах крови детей до 3-х летнего возраста в 1-й группе было повышено на 14% по сравнению с контрольной, во 2-й группе этот показатель повышается на 24%, в 3-ой группе достигло 133%, то есть прирост содержания ДК составил 38% по сравнению с контрольной. В 4- и 5-ой концентрации ДК в эритроцитах крови составило 143% и 157%, то есть по сравнению с контрольной была выше в 1,4 и 1,5 раза. Содержание гидроперекисей липидов (ГПЛ) также повышается в зависимости от гигиенических индексов. При возрасте до 3 лет в эритроцитах крови детей 1-ой группы уровень ГПЛ возрос на 12%, во второй группе этот показатель увеличился на 26%, в 3-ой группе повысился до 37%, а 4 и 5-ой группах этот показатель повысился на 47% и 63%, по сравнению с контрольной.

Уровень содержания МДА в эритроцитах крови у детей до 3 летнего возраста в 1 и 2-ой группах было повышенным на 10% и 15%, в 3, 4 и 5-ой группах повысился на 22%, 26% и 1,34 раза по сравнению с показателем контрольной группой.

Таблица 1-Состояние продуктов ПОЛ в крови у детей в зависимости от индекса гигиены полости рта

Показатель		Содержание (отб/мг) %	ДК	Содержание ГПЛ(отб/мг) %	Содержание МДА (нмоль/мг)
1-я группа (до 3 лет)	Кг	0,21±0,01		1,9±0,09	36,6±1,6
	1	0,24±0,01*		2,2±0,08*	40,5±1,5*
	2	0,26±0,01*		2,4±0,11*	42,1±2,1*
	3	0,28±0,01*		2,6±0,12*	44,5±2,2*
	4	0,30±0,02*		2,8±0,13*	46,3±2,3*
	5	0,33±0,02*		3,1±0,14*	49,2±2,4*
2-я группа (6 лет)	Кг	0,22±1,6		2,0±0,10	37,6±1,6
	1	0,25±0,01*		2,4±0,10*	48,4±2,1*
	2	0,26±0,01*		2,5±0,11*	51,2±2,3*
	3	0,28±0,02*		2,7±0,12*	53,4±2,3*
	4	0,31±0,02*		2,9±0,13*	55,4±2,4*
	5	0,34±0,02*		3,1±0,15*	56,4±2,6*
3-я группа (12 лет)	Кг	0,23±0,01		2,1±0,10	38,6±1,6
	1	0,26±0,01*		2,3±0,11*	41,5±1,8*
	2	0,29±0,01*		2,5±0,1*	43,5±2,2*
	3 4	0,31±0,02*		2,7±0,13*	45,5±2,1*
		0,33±0,02*		3,1±0,14*	47,5±2,2*
4-я группа (15 лет)	Кг	0,31±0,01		2,1±0,10	39,6±1,6
	1	0,34±0,01*		2,4±0,11*	43,6±1,7*
	2	0,36±0,01*		2,6±0,12*	45,5±1,9*
	3 4	0,39±0,02*		2,8±0,14*	47,5±2,1*
		0,41±0,02*		3,0±0,15*	49,6±2,2*

Примечание- * p<0,05 по сравнению с контрольной группой

Концентрация ДК в эритроцитах крови у детей до 6-летнего возраста 1-й группы была повышенной на 13,6% по сравнению с контрольной, во 2-й группе этот показатель повысился на 18%, в 3-ой группе - достиг 127%, то есть прирост содержания ДК составил 27% по сравнению с контрольной. В 4-ой и 5-ой группах составил 141% и 155%, то есть по сравнению с контрольной был выше в 1,4 и 1,5 раза. Содержание гидроперекисей липидов также повышается в зависимости от гигиенических индексов. При возрасте до 6-ти лет в эритроцитах крови детей 1-ой группы уровень ГПЛ возрос на 20%, во 2-ой группе этот показатель увеличился на 25%, в 3-ой группе повысилось до 35%, а 4 и 5 -ой группах этот показатель повысился в 1,45 и 1,55 раза, по сравнению с контрольной.

Уровень содержания МДА в эритроцитах крови у детей до 6-летнего возраста в 1-и 2-ой группах был повышенным на 29% и 36%, в 3,- 4- и 5-ой группах этот показатель повысился на 42%, 47% и 1,5 раза по сравнению с показателем контрольной группы. Концентрация ДК в эритроцитах крови у детей до 12-летнего возраста 1-й группы была повышенной на 13% по сравнению с контрольной, во 2-й группе этот показатель повысился на 26%, в 3-ой группе концентрация ДК достигла 135%, то есть прирост содержания ДК составил 35% по сравнению с контрольной. В 4-ой группе составил 143%, то есть по сравнению с контрольной был выше в 1,43 раза. Содержание гидроперекисей липидов (ГПЛ) также повысилось в зависимости от гигиенических индексов. При возрасте до 12 лет в эритроцитах крови детей 1-ой группы уровень ГПЛ возрос на 9%, во второй группе этот показатель увеличился на 19%, в 3-ой группе повысилось до 28%, а 4 -ой группе

этот показатель повысился в 1,48 раза, по сравнению с контрольной. Уровень содержания МДА в эритроцитах крови у детей до 12-летнего возраста в 1- и 2-ой группах был повышенным на 10% и 12,6%, в 3 и 4-ой группах повысился на 18% и 23% по сравнению с показателем контрольной группы. Концентрация ДК, ГПЛ и МДА в эритроцитах крови у детей до 15-летнего возраста 1-й группы была повышенной на 10%, 14% и 10% по сравнению с контрольной, во 2-й группе эти показатели повысились на 16%, 24% и 15%, в 3-ой группе концентрация ДК, ГПЛ и МДА достигла 126%, 133% и 120%, то есть прирост составил 26%, 33% и 20% по сравнению с контрольной. В 4-ой группе ДК, ГПЛ и МДА в эритроцитах крови увеличение составило 32%, 43% и 26% по сравнению с контрольной.

Таким образом, в соответствии с полученными результатами можно утверждать, что содержание продуктов перекисидации липидов в крови детей усиливается в зависимости от гигиенического индекса Ю.А.Федорова-В.В.Володкиной дошкольного возраста и индекса гигиены полости рта по Greene-Vermillion школьного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А.Назарбаев. Казахстан -2030. Алматы, 1997.-127с.Постановление коллегии Министерства здравоохранения РК №239/ от 09.08.1994.
2. Т.К.Супиев, С.Б. Улитовский, О.М.Мирзабеков, Э.Т.Супиева Профилактика стоматологических заболеваний.Учебник –Алматы, 2009.-446с.
3. Гаврилов В.В., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лабораторное дело. – 1983, № 3. – С. 33-36.
4. Мирончук В.В.Способ определения содержания гидроперекисей липидов в биологических тканях// Бюлл. Белорусский НИИ кардиологии. – 2 с ил., 13.04.84г.
5. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой //Лабор. дело. – 1988. – № 11. – С. 41-43.

УДК 576.3.612.11.9

ОЦЕНКА СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ И СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДА В ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Е.К. Орманов, Р.С.Бектурганов, Л.Н. Орманова
МКТУ им.Ясауи, г. Шымкент*

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

6 жастағы балалардың несепінде фторды анықтағанда оның деңгейінің азайғаны орын алды және тісжегі жоғарғы деңгейде болды.

SUMMARY

Decrease of fluorine was revealed in the urine of 6 years old children but number of carious teeth increased.

Дефицит фтора – актуальная проблема для нашей страны, так как концентрация его в водоисточниках, используемых для питьевых целей, как правило, ниже оптимальной. Почти 60% населения России страдают от недостатка фтора в питьевой воде, что приводит к высокому уровню заболеваемости кариесом (1,2). В целях изучения зависимости между различной концентрацией фтора в воде, суточным поступлением и содержанием его в организме была определена группа детей дошкольного возраста (6 лет), посещающих детские дошкольные учреждения г.Шымкента.

Материалы и методы исследования. Концентрация фторида в моче (мкг/мл) – определялась с помощью фторселективного электрода, потенциометрическим методом; - скорость выделения мочи (СВМ) – путем деления объема мочи на время, за которое она была собрана (мл/ч); - скорость экскреции фторида (СЭФ) – путем умножения скорости выделения мочи на концентрацию фторида за данный период (мкг/ч).

В итоге рассчитывался показатель суточной экскреции фторида с мочой (в мг) – СЭФМ, как сумма показателей скорости экскреции фторида трех периодов, умноженных на усредненную продолжительность каждого периода. Полученное значение делилось на 1000 (для пересчета мкг в мг). Полученный показатель суточной экскреции фторида с мочой пересчитывался в суточное поступление фторида (СПФ, мг) под которым подразумевается истинное поступление фтора, а именно его абсорбция в желудочно-кишечном тракте и поступление в цикл обмена веществ. Для этого использовался возрастной коэффициент пересчета равный 2,0 для лиц от 3 до 15 лет. На основании величины суточного поступления можно судить о недостатке или избытке фтора в организме. проводилось исследование питьевой воды, которую дети употребляют в детском саду, на содержание фтора. Концентрация фтора определялась в соответствии с ГОСТ 4386-89 «Вода питьевая. Методы определения массовой концентрации фторида» и составила 0,22мг/л, что соответствует очень низкой концентрации. Общее число детей составило 105 человек, из них 49 девочек и 56 мальчиков.

Для оценки содержания фтора в организме детей на подготовительном этапе и в ходе эксперимента применялась методика изучения суточной экскреции фторида с мочой. Перед проведением эксперимента дети были разделены на контрольную (53 человек) и основную (52 человека) группы, с использованием метода «копии пары». Дети контрольной и основной группы имели одинаковый возраст (6 лет), половой состав группы (равное количество мальчиков и девочек), уровень здоровья (здоровые, без хронических заболеваний). Все дети посещали детские дошкольные учреждения, проживали в благополучных семьях.

Результаты исследования. Согласно условиям эксперимента дети основной группы (52 человека) использовали для питьевых целей бутилированную воду с содержанием фтора 1 мг/л (производитель ООО «Визит», г.Шымкента) в течение 6 месяцев (с декабря 2007г по май 2008г). Вода поставлялась по мере необходимости в группу детского сада и домой каждому ребенку. В домашних условиях эта вода использовалась для приготовления пищи и питья всей семьей, без каких-либо ограничений. Перед поставкой воды детям она проверялась на содержание фтора в лабораториях ГУЗ «СЭН ЮКО». Результаты анализов вносили в сертификат поставляемой воды. По окончании эксперимента был проведен сравнительный анализ данных предварительного этапа исследований и экспериментальных данных (таблице 1).

Таблица – 1 Данные по анализу биосред (мочи) детей 6-ти летнего возраста г. Шымкента в динамике (n=105)

Период	Количество Детей	Скорость экскреции фторида, мкг/ч (M ± m)	Интегральная суточная экскреция фторида, мг (M ± m)	Суточное поступление фторида, мг (M ± m)
Контрольная группа				
До начала эксперимента	53	13,5±0,2	0,31±0,03	0,63±0,04
Через 6 мес.	51	12,2±0,2**	0,29±0,03^	0,59±0,04^
Основная группа				
До начала эксперимента	52	13,9±0,2*	0,31±0,02*	0,61±0,03*
Через 6 мес.	50	25,3±0,2* **	0,53±0,03^*	1,05±0,06^ *
Примечания				
1 **p<0,01;				
2 ^p<0,05 – различия между контрольной и основной группой в динамике эксперимента;				
3 * p<0,05 – различия в основной группе за 6-ти месячный период				

Как видно, в основной группе отмечается положительная динамика нарастания показателей экскреции фторида с мочой и его суточного поступления. Скорость экскреции фторида (СЭФ) увеличилась на 82% (P<0,05) по сравнению с предыдущим показателем и на 107,3% (P<0,01) по сравнению с контрольной группой. Величина этого показателя составила 25,3 ±1,3 мкг/ч (при поступлении фторида в физиологических концентрациях СЭФ>22 мкг/ч), что свидетельствует о достаточном поступлении фтора в организм. Интегральная суточная экскреция фторида (ИСЭФМ) увеличилась на 72% (P<0,05) по сравнению с первоначальной величиной и на 77,9% по сравнению с контрольной группой. Суточное поступление фтора в организм (СПФ) составило 1,05 ± 0,06 мг, что на 42,1% (P<0,05) больше первоначального и на такую же величину выше по сравнению с контрольной группой. В контрольной группе СЭФ по результатам трех периодов сбора мочи снизилась на 8,7% (P>0,1) по сравнению с первоначальной величиной и составила 12,6 ± 0,2 мкг/ч. Показатели интегральной суточной экскреции фторида с мочой и суточного поступления фторида уменьшились на 6,3% (P>0,5) от исходной величины и составили соответственно 0,30 ± 0,02 мг и 0,60 ± 0,04 мг. Таким образом, достоверных изменений по основным показателям экскреции фторида и его суточному поступлению в контрольной группе не выявлено.

В качестве оценочного критерия величины суточного поступления фтора в организм использовались «Консервативные по возрасту границы суточного поступления фторида», разработанные Т.М. Марталер (1992) и рекомендованные для применения на территории Российской Федерации как вполне эффективные и безопасные при оценке фтордефицитных состояний. Согласно этим границам уровень поступления фтора в организм детей 6-ти летнего возраста должен составлять 0,87 – 1,75 мг в сутки, что обосновано высокими энергзатратами данного возрастного периода. Таким образом, в основной группе суточное поступление фторида является оптимальным и удовлетворяет потребность организма в этом микроэлементе. В контрольной группе показатели экскреции фторида остались достоверно низкими, а его суточное поступление не соответствовало рекомендуемым величинам (0,6 мг при норме 0,87 – 1,75 мг), что свидетельствует об отсутствии каких-либо значимых источников этого микроэлемента. При проведении корреляционного анализа зависимости суточного поступления фтора в организм от концентрации его в питьевой воде установлена статистически значимая прямая корреляционная связь между этими показателями (r = + 0,75, P<0,01). Для оценки стоматологической заболеваемости применялся экспертный метод. Результаты вносили в индивидуальные карты стоматологического обследования. Оценка стоматологического статуса проводилась

дважды – перед проведением эксперимента и через 6 месяцев применения питьевой воды с добавлением фтора (таблица-2).

Таблица 2- Показатели заболеваемости кариесом у детей 6-ти летнего возраста г. Шымкента в динамике (n=107)

Период	Количество Детей	Распространенность кариеса, в % (M ± m)	Интенсивность Кариеса (M ± m)
	Контрольная группа		
До начала эксперимента	55	94,5 ± 2,6	5,4 ± 0,2
Через 6 месяцев	55	96,3 ± 2,7 [~]	5,8 ± 0,5 [^]
Основная группа			
До начала эксперимента	52	97,8 ± 2,9*	5,6 ± 0,3*
Через 6 месяцев	52	92,3 ± 2,6* [~]	5,1 ± 0,4* [^]
Примечания			
1* $p \geq 0,1$ – различия в основной группе в динамике эксперимента;			
2 [^] $p = 0,08$;			
3 [~] $p \geq 0,1$ – различия между контрольной и основной группой в динамике эксперимента.			

В основной группе наблюдается снижение распространенности кариеса с 97,8 до 92,3 % (P=0,15), тогда как в контрольной группе показатель распространенности увеличился с 94,5 до 96,3 % (P=0,21). Таким образом, в основной группе наблюдается снижение показателя распространенности кариеса на 5,5% (P=0,15) по сравнению с первоначальной величиной и на 4% (P=0,18) по сравнению с контрольной группой. В контрольной группе распространенность кариеса увеличилась на 1,8% (P=0,21) по сравнению с исходными данными и на 4% (P=0,18) по сравнению с основной группой.

Интенсивность кариеса (количество кариозных, пломбированных, удаленных зубов) в основной группе до начала эксперимента варьировала от 1 до 11, а в среднем составляла 5,6 ± 0,3, через 6 месяцев количество пораженных зубов снизилось на 9% (P=0,1) по сравнению с исходной величиной и на 10,5% (P=0,08) по сравнению с контрольной группой. В контрольной группе перед проведением эксперимента дети имели от 1 до 10 кариозных зубов, что в среднем составляло 5,4 ± 0,2, в динамике 6-ти месяцев показатель интенсивности увеличился на 5,2% (P=0,15) по сравнению с первоначальным показателем и на 10,5% (P=0,08) по сравнению с основной группой, что свидетельствует о недостаточном поступлении фтора в организм. Таким образом, наблюдается явная тенденция к снижению заболеваемости кариесом в основной группе и нарастанию ее в контрольной группе. Корреляционный анализ зависимости заболеваемости кариесом от суточного поступления фтора в организм выявил наличие статистически значимой отрицательной связи средней силы ($r = -0,53$, $P < 0,01$). Этот факт позволяет говорить о наличии причинно-следственной связи между изучаемыми факторами, однако нельзя исключить действие других.

Проведенные исследования позволили научно обосновать необходимость применения профилактических мероприятий по ликвидации дефицита фтора, особенно в группе повышенного риска, к которой относится детский контингент. Полученные данные стали основой для разработки методических рекомендаций по профилактике дефицита фтора в г. Шымкенте. Применение фторированной бутилированной воды как средства массовой профилактики является альтернативой системному фторированию, которое признано наиболее эффективной мерой в предупреждении кариеса. Однако, фторирование водопроводной воды подразумевает значительные экономические затраты, требует удовлетворительного состояния водопроводных систем, а также строгого контроля за дозированием фтора. Бутилированная вода является экологически чистой, подвергается жесткому контролю по множеству показателей, концентрация фтора в ней строго дозируется, что позволяет фактически исключить случаи возникновения флюороза. Кроме того, кондиционированная вода, разливаемая в емкости, может использоваться целенаправленно у тех категорий населения, которые в этом нуждаются, например, в детских организованных коллективах. В условиях применения бутилированной питьевой воды методика оценки суточной экскреции и суточного поступления фторида позволяет не только оценить содержание этого микроэлемента в организме, но и осуществлять мониторинг динамики заболеваемости в ходе проведения профилактических программ, проводить донозологическую диагностику состояний, обусловленных фтордефицитом, оценивать безопасность данной меры профилактики.

Выводы .Результаты собственных исследований и ретроспективного анализа учетно-отчетной документации о концентрации фтора в питьевой воде ЮКО на протяжении последних 10-ти лет (1998 – 2008 гг.) показали наличие дефицита фтора на территории сельских районов и городов ЮКО. Этот факт позволяет отнести его к биогеохимической провинции по содержанию фтора в объектах окружающей среды, а кариес зубов у населения, пораженность которым составляет более 50%, рассматривать как эндемическое заболевание, требующее эффективных мер общественной профилактики.

Изучение влияния фтора в различных концентрациях на его суточное поступление и содержание в организме показало, что недостаточная концентрация фтора в питьевой воде (<0,5 мг/л) обуславливает низкие

показатели экскреции фтора в составе суточной мочи (СЭФ < 22 мкг/ч, ИСЭФМ 0,3±0,02; 0,32±0,03 мг) и низкий уровень поступления фторида (СПФ 0,6±0,03; 0,64±0,04 мг при норме 0,87-1,75 мг). В то же время оптимальная концентрация фтора в питьевой воде (1 мг/л), в условиях проведенного эксперимента, обеспечивает показатели экскреции фторида, характерные для лиц с нормальной обеспеченностью фтором (СЭФ >22 мкг/ч, ИСЭФМ - 0,51±0,03), а суточное поступление достигает величин, удовлетворяющих физиологическую потребность в этом микроэлементе (1,03±0,04 мг). Установленные высокая распространенность и интенсивность кариеса среди детей контрольной (распр. 94,5± 2,6%, КПУ 5,4 ± 0,2) и основной (распр. 97,8 ± 2,9%, КПУ 5,6 ± 0,3) группы, имеют явную тенденцию к снижению в основной группе в условиях применения питьевой воды с оптимальной концентрацией фтора (1 мг/л), в контрольной группе заболеваемость кариесом нарастает, что свидетельствует о дефиците фтора в организме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Околелова О.В. Дефицит фтора как медико-социальная проблема современности / Материалы IV научно-практической конференции «Питьевая вода Сибири». – Белокуриха, 2007. – С. 140 – 143.
2. Околелова О.В., Панин В.А., Заводчикова О.С. Опыт применения методики оценки суточной экскреции фторидов при изучении фтордефицитных состояний у детского населения

УДК 616.316-085.355:577.15

АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В.О. Кенбаев, Е.М. Кожобеков, К.Б. Дюсупов

*Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент*

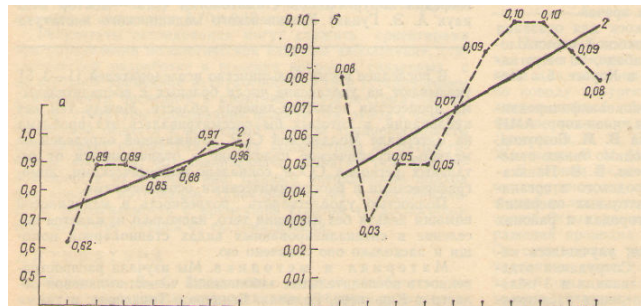
SUMMARY

Comparing indices of disease incidence with inflammatory processes of maxillofacial area and regyirement for the stationary help with the data of perspective pianning of the stationary help to population of SKA, we consider that it well be rational to place ward beds in the surgical branches of city hospitals and in the entral regional hospitals, and also in the specialixed hospitals, city hospitals and regional childrens clinical hospitals.

Одонтогенная инфекция в стоматологии за последние годы значительно возросла как среди детей, так и среди взрослых людей. Из острых одонтогенных воспалительных заболеваний большую группу составляют гнойные процессы в околочелюстных мягких тканях (абсцессы, флегмоны) [1,2]. Такая неблагоприятная обстановка объясняется рядом причин, из них ухудшение профилактической работы среди населения; рост осложненных форм течения кариеса зубов; некачественное пломбирование корневых каналов многокорневых зубов; влияние экологических факторов и других причин на развитие и течение одонтогенных воспалительных заболеваний. Кроме того, в хирургических клиниках, часто стали наблюдаться послеоперационные осложнения, которые ухудшают исходы хирургических вмешательств, удлиняют сроки лечения в стационаре и увеличивают летальность[3,4]. Целью работы явилось изучение нуждемости населения ЮКО в специализированных видах стационарной помощи и насколько оно охвачено ею.

Материал и методика. Мы изучали распространенность воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в Шымкенте, Туркестане, Кентау, а также в 5 сельских районов по данным обращаемости и госпитализации. Структуру стационарной заболеваемости изучали по материалам челюстно-лицевого отделения городской больницы скорой медицинской помощи №2 города Шымкента за последние 10 лет. Данные обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента. Динамику числа больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области определяли по данным госпитализации с помощью регрессионного метода с использованием односторонней регрессии (П.Ф. Рокицкий, 1973), потребность в стационарной помощи – по Г.А. Попову (1963).

Результаты исследования. Установлено, что в сельской местности периостит наблюдался у 66,1% больных, а в городе - 73,1%. Мужчины болели в 1,3 раза чаще, чем женщины. Возраст больных составлял от 16 до 59 лет. Заболеваемость населения Южно-Казахстанской области воспалительными процессами челюстно-лицевой области является довольно высокой и достигает 44,3 на 10 000 сельского населения и 43,6 на 10 000 городского (см. таблицу). Заболеваемость сельского (А) и городского (Б) населения по данным обращаемости и медицинского осмотра и потребность в койках при воспалительных процессах челюстно-лицевой области в ЮКО РК. Высок удельный вес больных с периоститом, лимфаденитом и флегмоной клетчаточных пространств, что указывает на необходимость проведения более интенсивной плановой стоматологической санации. При изучении доли больных с воспалительными заболеваниями в городском специализированном стационаре определялась четкая тенденция к ее увеличению за последние 10 лет (см. рисунок).



Динамика количества больных с воспалительными заболеваниями, проживающих в городской (а) и сельской (б) местности, по данным госпитализации в челюстно-лицевое отделение ШГБСМП. 1-эмпирическая линия регрессии, 2- теоретическая. По осям - годы; по осям ординат - показатели на 1000 населения. 99 00 01 02 03 04 05 99 00 01 02 03 04 05 06 07 08

В челюстно-лицевом отделении большинство больных было с абсцессами и флегмонами клетчаточных пространств (всего 8,9%). Из сельских районах ЮКО за 2006-2010 гг. по поводу воспалительных процессов (остеомиелиты, флегмоны) госпитализировано соответственно 6,3% и 11,1% всех стационарных стоматологических больных. Эти показатели подчеркивают актуальность раннего выявления и профилактики указанных заболеваний на поликлиническом уровне, а также свидетельствует об утяжелении воспалительных процессов и необходимости лечить таких больных в стационарных условиях.

В связи со столь значительной заболеваемостью высока и потребность в стационарной помощи. Потребность в койках для жителей сельской местности составляет 0,33, а городов – 0,244 на 10 000 населения. Общее количество необходимых коек для лечения больных с указанной патологией в ЮКО составляет 78,12. Из них для больных сельской местности необходимо 52,82, а для городских жителей- 25,3 койки. Отмечена высокая потребность в стационарных койках для больных с флегмоной клетчаточных пространств лица и шеи, а также с остеомиелитом челюстей и лимфаденитом. Согласовывая показатели заболеваемости воспалительными процессами челюстно-лицевой области и потребности в стационарной помощи при них с данными перспективного планирования стационарной помощи населению ЮКО, мы считаем рациональным размещением коек в хирургических отделениях городских больниц и в центральных районных больницах, а также в специализированном стационаре городской больницы и областной детской клинической больнице.

Учитывая большой удельный вес в ЮКО сельских жителей, а также необходимость приближения специализированной помощи к населению, основное количество коек следует разместить в центральных районных больницах - 0,2 на 10000 населения (52,82 койки). Для уменьшения количества осложнений при лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области необходимо четкое распределение больных на каждом этапе оказания медицинской помощи в зависимости от тяжести воспалительного процесса, квалификации хирурга-стоматолога, а также оснащенности медицинского учреждения.

Больных с тяжелыми формами воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, пониженной резистентностью организма, сопутствующей соматической патологией и тяжелыми осложнениями следует лечить в городских многопрофильных больницах (областных), где имеются возможности для проведения интенсивной комплексной терапии, а при необходимости и сложных реаниматологических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимов М. Диагностика и патогенетические аспекты терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: автореф. ... докт. мед. наук: 21.05.91.- М.: ЦНИИС, 1991. - 42 с.
2. Соловьев М.М., Большаков О.И. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. - СПб, 1997. - 256 с.
3. Робустова Т.Г. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - М., 2000. - Т.1. - С.245-290.
4. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.- М., 2001. - 160 с.

ӘӘЖ 618.2.083:615.015.1:614.2(574.5)

ХИМИЯ ФАРМАЦЕВТИКА ӨНДІРІСІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТОЗАҢ ӘСЕРІНІҢ САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Г.Ж.Сарсенбаева, Д.Э. Джалакенова
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

Основными объектами исследования явились 880 работниц-женщин, занятых в основных и вспомогательных работах химико-фармацевтического производства «Санто». При изучении условий труда использованы санитарно-гигиенические методы. Для оценки состояния здоровья работниц применены медико-

статистические методы. Для установления степени взаимосвязи показателей здоровья с условиями труда, социально-гигиеническими и медико-организационными факторами использован корреляционный анализ. В целях установления прогностических уровней заболеваемости применена аппроксимирующая функция.

SUMMARY

The main research objects were 880 women-workers, working at the basic and helper industry of chemical-pharmaceutical manufacture Santo. During study of work condition used sanitary-hygienic methods. To value women-workers health condition were used medical statistic methods. For establishing degrees of intercommunication health level indices between the condition of work, social-hygienic and medical-organisational factors were used correlation analysis.

Тозаң факторын және оның жұмысшыларға әсерінің нәтижесін бағалау үшін әдебиеттерді оқу, жұмыс аумағындағы ауаның қаншалықты шаң екендігін анықтау, ондағы бос кремний диоксидінің құрамын анықтау, жинау және осы деректердің барлығын сараптау қажет. Өйткені бос кремний диоксидінің болуы өндіріс тозаңының фиброгендігінің деңгейін анықтайды. Тозаңдануды зерттеу өндіріс технологиясын зерттеуден басталып, шикізат қандай механикалық, термиялық және басқа да өңдеулердің қандай түрлерінен өтетіні, технологиялық процестің барысында аэрозолдар бөлінетіні және олардың құрамдары қандай екені, сондай-ақ соңғы өнімнің жағдайы анықталады. Ерекше назар технологиялық процестің үздіксіздігіне және тозаңдануды арттыратын өсіретін түрлі қол операциялары атқарылатынына аударылды.

Сонымен қатар шаңның пайда болуының тұрақтылығы мен кезеңдігі анықталып, осыған байланысты шаңды тексеруге алады тек әртүрлі жұмыс орындарынан ғана емес, түрлі ауысым кезеңдеріне жоспарланды. Кейде жылдың әртүрлі уақытында анализ жүргізу қажеттігі туындайды. Жұмыс орындарында қаншалықты шаңданғанын анықтауды тыныс алу деңгейінде жүргізу қажет (еденнен 1,5 метр биіктікте). Егер жұмыс орны дәл анықталмаса, онда шаңның шоғырлануы жұмысшылар ауысым уақытының 50% көбін өткізетін жұмыс аймағының ортасында тексеріледі. Ауаны тексеруге алу кезеңінде міндетті түрде оны алу жағдайы тіркеледі: жұмыс орнындағы ауаның температурасы, атмосфералық қысым, орындалатын операцияның түрі, желдеткіш жүйесінің жұмысы, ауаны тарту уақыты, жылдамдығы мен ұзақтығы. Ауадағы шаңның химиялық құрамы мен концентрациясынан басқа оның дисперстігінің үлкен мәні бар. Дисперстікті анықтаудың қарапайым және жеңіл әдісі шаңды препаратты микроскоппен зерттеу болып табылады. Шаң құрамдарының мөлшерлерін өлшеу окулярлы микрометрдің көмегімен жүргізіледі. Ол микроскоп окуляры трубкасымен тең диаметрлі дөңгелек әйнекке салынған сызғыш. Объектив-микрометр көмегімен микрометр окулярдың бөліну бағасын анықтасақ, кейін ол шаңның дисперстігін түрлі диаметрдегі шаң бөлшектерінің пайыздарында көрсетеді. Жұмыс аумағындағы ауаның шаңдануын бақылау әдістері мен құралдарының өте көптеген түрлері екі топқа бөлінеді: шаң жинаушыларда кейін шаң салмағын өлшеумен дисперсті фазаның бөлінуімен (Сүзгілеу, электро- немесе термопреципитация) тікелей әдістері; шаңның салмақты концентрациясын мг/м³ анықтауды қамтамасыз ететін жанама әдістер (дисперсті фазаны бөлмей). Өндірістік тозаң жағымсыз фактор ретінде іс жүзінде ХФӨ-нің барлық сатысында, соның ішінде донғалақтау және кептіру, қораптау, антибиотикті бөлу, антибиотик ерітіндісін лиофилді кептіру және антибиотик салынған құтыларды қарау сатыларында кездесетін болғандықтан да оның проблемасы өте өзекті. Тері-аллергиялық патология түрінде өтетін тозаң этиологиясы кәсіби ауруы барлық кәсіби патологиялардың арасында алдыңғы орындардың бірін алады (4,2%). Қазіргі уақытта тозаң этиологиясымен тері ауруын туғызатын өндірістік аэрозолдардың 60 көп түрі кездеседі (аллергодерматоздар). Одан басқа шаң ауаның мөлдірлігін және күн радиациясының жұмыс бөлмелеріне түсуін кемітеді, жұмыс орындарының жарығын төмендетеді, өсімдіктердің өсуін тежейді, өндірістік орталықтарда тұмандарды жиілетеді, тұрғындардың санитарлық өмір сүру жағдайын нашарлатады. Шаң сонымен қатар өндіріс жабдықтарының бүлінуіне, бөлмелер мен ғимараттардың ластануына әкеліп соғады, бағалы материалдардың орасан көп мөлшерін алып кетеді, тұрғындар тұратын орындағы жер қабаттарын ластайды.

Өндіріс жағдайларында тозаңдарды зерттеу (шаңның пайда болу көзі мен себептері, гигиеналық сипаттамасы), функционалды жылжу мен кәсіби аурулардың этиологиясындағы шаңның ролін анықтау, сондай-ақ жұмыс істейтіндерді оның әсер етуінен қорғау бойынша шараларын негіздеу ағымдағы санитарлық қадағалау саласындағы еңбек гигиенасы бойынша санитар дәрігердің жұмысының ауқымды тарауын құрайды. ХФӨ-ндегі өндірістік аэрозолдар көптеген майда, қатты немесе сұйық бөліктер ретінде ауада қалқып жүретін дисперсионды ортадан (ауа сондай) және дисперсті фазалардан тұратын аэродисперсті жүйелер түрінде болады. Өндірістік тозаң осындай колоидті жүйелердің бірі болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Измеров Н.Ф., Капцов В.А., Денисов Э.И., Овакимов В.Г. Социально-гигиенические аспекты профессионального риска для здоровья и резервы защиты временем // Медицина труда и промышленная экология. 1994. № 2. С. 1-4.
2. Фесенко М.А. Химическая безопасность репродуктивных токсикантов в медицине труда // Медико-экологические проблемы репродуктивного здоровья работающих: сб. тез. междунар. конф. М., 1998. С. 98.

ӘӨЖ 618.2.083:615.015.1:614.2(574.5)

ХИМИЯ ФАРМАЦЕВТИКА ӨНДІРІСІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АУРУШАНДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ӨМІР СҮРУ САЛТЫНЫҢ, ЕҢБЕК ШАРТЫНЫҢ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ЫҚПАЛЫ*Г.Ж.Сарсенбаева, Д.Э. Джалакенова**Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

Установлена зависимость между общей заболеваемостью и условиями производственной среды. Проведена оценка влияния социально-гигиенических и медико-организационных факторов на здоровье женщин-работниц химико-фармацевтического производства, а также установлены причины частой и длительной заболеваемости и прогнозные уровни показателя по основным нозологическим формам болезней, которые стали основной формирования групп здоровья для эффективной организации и проведения профилактических мероприятий.

SUMMARY

The main research objects were 880 women working at the basic and helper industry of chemical-pharmaceutical manufacture «Santo». Sanitary- hygienic methods were used during study of work condition. To value womens work health condition medical statistic methods were used.

Correlation analyses was used for establishing degrees of inter communication health level indices and work of condition social- hygienic and medical- organisational factors.

Медициналық көмек сапасын тиімді басқару және тұрғындардың денсаулық мәселелері басқару шешімдерін қабылдауға ақпараттық дайындықпен және оларды орындау барысын бақылаумен тығыз байланысты. Денсаулық сақтау тәжірибесі көрсеткендей, басқару шешімдерін қабылдаудың теориясында түрлі аспектілерінің әлсіз өңделуіне, денсаулық сақтау жүйесіндегі күрделілік пен қиындықтарға қарамастан, маңыздысы да болашағы бар бағыты денсаулық сақтау органдары мен мекемелердің басшылары мен тәжірибелік дәрігерлерінің көп қайталанбалы, күнделікті басқару қызметін әдістемелік қамтамасыз етілуін дамыту болып табылады. Осыған байланысты ХФӨ-нде жұмыс істейтін әйелдердің ауруға шалдығу мүмкіндігін кешенді бағалау үшін болжамды кесте өндеп дайындау индивидум, жеке әлеуметтік топтар деңгейінде медициналық көмек сапасын бақылауды басқарудың теориялық және практикалық тұрғыдан да нақты кәсіпорындар мен мекемелердің қажеттілігіне ыңғайластырылған ауруларға ықпал ететін себептерді өте қажетті бағалау әдістемесін қолданудың жақсы үлгісін көрсетеді. Осы әдістеме тәжірибедегі денсаулық сақтау жұмысшылары алдындағы күнделікті бірнеше рет қайталанатын мәселелерді танып білу мен сараптау міндетін шешуге мүмкіндік береді. Мұнда жұмыс істейтін әйелдердің денсаулығын қорғау үшін қабылданатын басқару шешімдерінің негізділігін және нақтылығын жоғарылатуда зор мүмкіндіктері жасырынуда.

Осындай әдіс алғашқы рет ХФӨ-нде жұмыс істейтін әйелдердің ауруға шалдығуына алып келетін қатерлі себептердің рөлдерін бағалау үшін ұсынылатынын айта кету керек. Біздің зерттеуімізде ХФӨ-нде жұмыс істейтін әйелдердің ауруға шалдығу мүмкіндігін кешенді бағалау үшін себептердің 3 тобы ескерілді: әлеуметтік-гигиеналық, өндірістік және медициналық белсенділік. Мүмкіндік себептердің болжамдық кестесін өндеп дайындау және реттеу үшін біз олардың әрқайсысына бөлек және топтың барлығына бүтіндей «салмағының» мөлшері бойынша ықпал ету күші анықталды. Көп өлшемді сараптау тобына жататын математикалық әдістердің арасында қатысты мүмкіндіктің жоғары көрсеткішінің себептерді әрқайсысы бойынша төменгі деңгейіне қарапайым салмақтық индекс кең таралған. Егер фактор нәтижелі көрсеткіш деңгейіне әсер етпесе, онда бұл қатынас бірлікке тең. Бұл қатынас неғұрлым көп болса, соғұрлым фактордың мәні жоғары. Неғұрлым жұмыс істейтін әйелдердің ауруға шалдығу мүмкіндігі жоғары болса, соғұрлым оларды жағымсыз болжам тобына қосу үшін негіз жоғары.

Шеткі, қиыр көрініс мүмкіндіктері (тек аса жағымсыз және тек аса жағымда факторлардың үйлесуі) есепке алынған себептер жинағының ықпалын бағалау түрлі тәуекел мүмкіндігімен жұмыс істейтін әйелдерді бөлуге мүмкіндік береді. Біздің зерттеуімізде бар тәуекел диапазоны 8,1-22,4 құрады. Әдістемеге сәйкес, біз оны үш диапазоншаға немесе қашықтыққа бөлдік: аз (8,1-12,4), орта (12,5-16,7) және үлкен (16,8-22,4) ауруға шалдығудың тәуекел мүмкіндігі. Ауруға шалдығудың мүмкін мөлшерін анықтаушы осы диапазонға сәйкес келесі болжам топтары бөлінді: жағымды болжам тобы, назар тобы және жағымсыз болжам тобы.

Жұмыс істейтін әйелдердің патология тәуекелінің диапазоншасы және тобы

Тәуекел диапазоншасы	Диапазонша көлемі	Тәуекел тобы
Аз тәуекел мүмкіндігі	8,1-12,4	Жағымды болжам
Орта тәуекел мүмкіндігі	12,5-16,7	Назар
Жоғары тәуекел мүмкіндігі	16,8-22,4	Жағымсыз болжам
Барлық диапазон	8,1-22,4	

Әр нақты жағдайда патологияның тәуекел мүмкіндігін анықтау және медициналық-әлеуметтік, емдеу-сауықтыру шараларын негіздеу үшін зерттелуші әйелде анықталған әрбір фактордың белгісіне сәйкес тәуекел көрсеткіштерін және оларды жинақтай келіп оған сәйкес келетін тәуекел деңгейін табады. Тәуекел диапазондары шкаласы бойынша болжам тобын анықтайды және осыған сәйкес негізді шешім қабылдайды.

Осылайша, жұмыс істейтін әйелдердің ауруға шалдығудың тәуекелін кешенді интеграциялық бағалау бойынша өңделіп дайындалған болжамдық кесте денсаулық сақтау органдары мен мекемелердің басшыларына, тәжірибелік дәрігерлерге ғылыми-негізделген шаралар дайындау және ХФӨ-нде жұмыс істейтін әрбір нақты әйелдің денсаулығын мақсатты басқару үшін маңызды құрал болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сивочалова О.В., Радионова Г.К. Медико-экологические аспекты проблемы охраны репродуктивного здоровья работающих граждан России // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.- М., 1999. -№ 2, -С. 103-107.
2. Мамедалиева Н.М. Охрана репродуктивного здоровья один из приоритетов здорового образа жизни // Актуальные проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни в рамках стратегии «Казахстан - 2030»: матер.нац. конф., посвящ. Всемирному Дню Народоношения 10 июля 1998г. –Алматы, 1998. –С. 76-77.

УДК 616.8-009.836.14-085:615.21:615.85

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕССОНИЦЕ

Н.А. Сарыбаева, Н.Х.Аубакирова

*Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Шымкентская городская поликлиника №2, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Ұйқысыздық ұйықтар кезде, оянатын кезде байқалады. Ол кезде күнделікті активтіліктің бұзылысына алып келетін ұйқының ұзақтығы мен сапасы бұзылады. Көптеген зерттеудерде ұйқысыздықтың анықтамасы анықталды: ұйқының келуінің 30 минуттан көп кешігуі, немесе 85% - дан төмен ұйқының эффективтілігі. Алайда, клиникалық практикада науқастың ұйқының сапасы мен ұзақтылығы туралы субъективті түсінігі әлде қайда артық. Транзиторлы ұйқысыздық бір аптадан аз, ал қысқа ұзақтылы ұйқысыздық – бір аптадан төрт аптаға дейін созылады.

SUMMARY

Sleeplessness is defined as difficulty at sleep. Awakenings (after dream before desirable time of awakening), disorders in duration or quality of dream leading to disorders of daily activity, despite adequate possibilities and conditions for dream. In the majority of researches any definition of sleeplessness is accepted: delay in approaching of dream more than for 30 minutes, efficiency of dream (the relation of time of dream up the time of story in bed) less than 85%. However, in clinical practice subjective judgement of the patient about quality or quantity of dream is more important factor. Passing sleeplessness lasts less than one week, short- term- from one to four weeks.

Бессонница определяется трудностью при засыпании, пробуждении (после наступления сна, но до желаемого времени пробуждения), нарушением длительности или качества сна, приводящие к нарушениям повседневной активности, несмотря на адекватные возможности и условия для сна. В большинстве исследований принято произвольное определение бессонницы: задержка в наступлении сна более чем на 30 мин. или эффективность сна (отношение времени сна ко времени пребывания в постели) менее 85%. Однако, в клинической практике субъективное суждение пациента о качестве или количестве сна – более важный фактор. Преходящая (транзиторная) бессонница продолжается менее одной недели, кратковременная - от одной до четырех недель.

Хроническая бессонница – бессонница продолжительностью более одного месяца – имеет распространенность 10-15% и возникает чаще у женщин, пожилых взрослых и пациентов с хроническими соматическими или психиатрическими нарушениями. Она может следовать за эпизодами острой бессонницы у людей, предрасположенных к ней, и становится хронической за счет поведенческих и психических факторов, таких как тревога и беспокойство во время нахождения в постели, а также неверные представления о длительности сна. Последствия включают усталость, нарушения настроения, проблемы межличностных отношений, трудности при выполнении профессиональной деятельности и сниженное качество жизни. Подробный анамнез, полученный у пациента и его партнера (если таковой имеется) обычно позволяет точно классифицировать причины бессонницы. Для пациента полезным может быть ведение дневника с регистрацией времени сна в течение одной- четырех недель. Полисомнография требуется редко, лишь в случае сильного подозрения на нарушение дыхания во время сна, нарушение с периодическим движением конечностей (periodic limb movement disorder) или при отсутствии эффекта от лечения. Бессонницу можно классифицировать как

первичную или вторичную. Патогенез первичной бессонницы неизвестен, но имеющиеся данные указывают на состояние гипервозбуждения (гиперактивации). По сравнению с контрольной группой, пациенты с бессонницей проявляют повышенный общий церебральный метаболизм глюкозы на томографии с эмиссией позитронов в состоянии бодрствования или сна, повышенную бета-активность и сниженную тета- и дельта-активность на электроэнцефалографии во время сна, повышенную степень метаболизма в течении суток и более высокие уровни секреции адренокортикотропного гормона и кортизола.

Бессонница, вторичная по отношению к другим причинам, более распространена, чем первичная; ее необходимо исключить или вылечить перед постановкой диагноза первичной бессонницы. При сохранении бессонницы, несмотря на лечение вторичных причин, следует начать терапию первичной бессонницы. У одного отдельного пациента может отмечаться несколько причин данного нарушения. Нарушения циркадного ритма, такие как нарушения сна в связи с рабочими сменами и синдром запаздывания фазы сна [*delayed sleep phase syndrome*] (запаздывание периода сна более, чем на 2 часа по отношению к обычному времени), а также синдром добровольного недостаточного сна, следует рассматривать в дифференциальном диагнозе, но они не считаются формами бессонницы.

Методы поведенческой психотерапии. Методы поведенческой психотерапии (таблица) включают группу методик, которые направлены на факторы, способствующие хронизации бессонницы, независимо от ее причины. Терапия контроля стимула предполагает, что бессонница является неадекватной реакцией на такие факторы, как время отхода ко сну и обстановка спальни (например, регулярное чтение или просмотр телепередач в постели, вместо сна) и требует, чтобы пациент заново научился ассоциировать постель со сном. Терапия путем ограничением сна исходит из того, что люди, страдающие бессонницей, могут научиться увеличивать время сна за счет его временного лишения, добровольно уменьшив время, проводимое в постели. Методы релаксации основаны на гипотезе, что бессонница связана с гипервозбуждением. Психический компонент таких методов подразумевает просвещение относительно потребностей в сне, коррекцию нереальных ожиданий пациента и обсуждение его тревоги и преувеличенного восприятия последствий плохого сна. Просвещение по гигиене сна направлено на внешние факторы, которые могут способствовать укоренению бессонницы, такие как шум в спальне или потребление кофеина.

Типы поведенческой психотерапии. Терапия контроля стимулов Ложитесь спать только, когда ощущаете сонливость. Используйте спальню только для сна и занятий сексом. Если Вы не в состоянии заснуть в течении 15-20 минут, идите в другую комнату, почитайте или займитесь другими спокойными видами деятельности; отправляйтесь спать, только чувствуя сонливость; повторите при необходимости. Установите регулярное время пробуждения вне зависимости от длительности сна. Избегайте дневного сна. Терапия ограничения сна Снижайте время пребывания в постели до предполагаемого общего времени сна (минимум, 5 часов). Ежедневно повышайте время пребывания в постели на 15 мин., когда предполагаемая эффективность сна (отношение времени сна ко времени пребывания в постели) составляет, по меньшей мере, 90 мин. Терапия методами релаксации Физический компонент: прогрессирующая мышечная релаксация, био-обратная связь. Психический компонент: обучение созданию зрительных образов (*imagery*), медитация, гипноз. Психотерапия Просвещение с целью изменить ложные представления о сне (например, такие: для здоровья требуется минимум 8 часов сна за ночь). Просвещение по гигиене сна Коррекция внешних факторов, влияющих на сон: воздействия извне (домашние животные или храп партнера), температура в спальне, фиксация на часах у кровати, потребление алкоголя, никотина или кофеина, отсутствие физической активности или активность перед самым отходом ко сну.

Многие рандомизированные, контролируемые испытания продемонстрировали эффективность методов поведенческой психотерапии при первичной бессоннице. В двух крупных мета-анализах сделано заключение, что, по сравнению с плацебо, такие методы приводят к улучшениям первоначального *sleep-onset latency* и общего времени сна (каждый показатель, примерно, в среднем, на 30 мин.) и уменьшению числа и длительности пробуждений. Примерно, у 50% пациентов отмечается значимое клиническое улучшение. Лечение обычно сочетает несколько подходов. Хотя данные подтверждают эффективность различных отдельных компонентов терапии (за возможными исключениями просвещения по гигиене сна и психотерапии, самой по себе), комбинированные методы более эффективны, чем отдельные методики. Средняя зарегистрированная длительность дальнейшего наблюдения после завершения поведенческой психотерапии – шесть месяцев, со стойкими благотворными эффектами, отмеченными в большинстве исследований.

В большинстве исследований поведенческая психотерапия проводилась психологами, в среднем, по 6 занятий (всего, 5,8 часа) на пациента. Мета-анализ говорит о том, что индивидуальная терапия несколько более эффективна, чем групповая. Стажеры в области психологии и психиатрии, медсестры общественного здравоохранения и консультанты в первичной медицине успешно проводили данную терапию в течении 4-6 занятий по 20-50 мин. каждое. Успешные результаты были также зарегистрированы, когда терапия (состоящая из 3-10 занятий) проводилась врачами первичной практики, прошедшими 3-х часовую подготовку у психолога, имеющего опыт в лечении бессонницы. Исследование сокращенного курса поведенческой психотерапии, проводимой младшими клиническими психологами за 2 занятия продолжительностью по 25 мин., с двухнедельным перерывом, показало значительный эффект, сохраняющийся, по меньшей мере, в течении 3

месяцев. Самопомощь посредством видеопленок или письменных материалов также оказалась эффективной. Фармакологические методы терапии.

Классы препаратов, выдаваемых для лечения бессонницы по рецепту, включают бензодиазепины, агонисты бензодиазепиновых рецепторов и антидепрессанты с седативным действием. Бензодиазепины, одобренные Food and Drug Administration (FDA) для лечения бессонницы, включают препараты с длительным, промежуточным и коротким периодом полужизни, тогда как одобренные агонисты бензодиазепиновых рецепторов - препараты с промежуточным, коротким или ультракоротким периодом полужизни (приводится таблица). Бензодиазепины действуют через комплекс рецепторов бензодиазепин – гамма – аминокислоты, влияя на поток хлора. Агонисты бензодиазепиновых рецепторов привязываются к тем же самым рецепторным комплексам, но имеют разные аффинности по отношению к разным рецепторным подклассам.

Препараты, имеющиеся на рынке для лечения бессонницы без рецепта, включают седативные антагонисты гистамин-1 – рецепторов (дифенгидрамин и доксиламин) и мелатонин, но их применение не подтверждено неукоснительными данными. Рандомизированные, контролируемые испытания антагонистов гистамин-1-рецепторов говорят о том, что они улучшают сон субъективно, но заключения ограничены небольшим числом обследуемых, кратким периодом введения препарата и недостатком объективных показателей; утренняя заторможенность – известный побочный эффект. Исследования мелатонина, которые включали небольшие количества пациентов, пролеченных в течении кратких периодов различными дозами и формулами, показали противоречивые результаты.

Многие рандомизированные испытания показали эффективность бензодиазепинов и агонистов бензодиазепиновых рецепторов в устранении кратковременной бессонницы, но никакие исследования не вышли за пределы применения в течение 6 месяцев. Мета-анализ 22 исследований бензодиазепинов или агониста бензодиазепиновых рецепторов zolpidem (Ambien) продемонстрировали, что данные препараты приводят к значительному улучшению латентности сна, общего времени сна, уменьшению числа пробуждений и улучшению качества сна. В подгруппе девяти исследований, включавших соответствующие данные, средний пациент, получающий медикаменты, засыпал быстрее, чем 71% представителей контрольной группы, спал дольше, чем 76% контрольных обследуемых, просыпался реже, чем 74%, и отмечал более хорошее качество сна, чем 73% представителей контрольной группы.. Препараты краткосрочного действия имели более выраженный эффект на латентность сна, тогда как препараты промежуточного или длительного действия, имели более выраженный эффект на общее время сна.

Еще один мета-анализ терапии бензодиазепинами (включая препараты краткого, промежуточного и длительного действия) подтвердил благотворные эффекты данного класса препаратов на общее время сна, но не было выявлено значительного влияния на латентность сна. Исследования агониста бензодиазепиновых рецепторов zaleplon (Sonata) показали 50% снижение латентности, по сравнению с исходным состоянием, но не имели значительного воздействия на общее время сна, - результат, который соотносится с очень коротким временем полужизни препарата. Zaleplon, вводимый спустя 3,5 часа после исчезновения дневного света, увеличивал сон на 4 часа, но не приводил к какой-либо сонливости в течении дня или к нарушениям умственной деятельности. Шестимесячное исследование eszopiclone (Lunesta), агониста рецепторов бензодиазепина с промежуточным периодом полужизни, недавно одобренного для применения в США, показал 50% снижение латентности сна и 65% снижение времени пробуждений после наступления сна по сравнению с исходным статусом. Исследования с zolpidem показали, что его периодическое использование (три - пять раз в неделю) может быть также эффективно при хронической бессоннице, при этом стойкий эффект отмечался в те ночи, когда препарат принимается, и сон не ухудшался по сравнению с исходным статусом в ночи без приема препарата.

Воздействия отмены медикаментозного лечения, особенно рикошетной бессонницы, редки после прекращения бензодиазепинов длительного действия и имеют тенденцию к слабовыраженному проявлению после прекращения применения бензодиазепинов промежуточного действия. Однако, сообщалось о выраженной рикошетной бессоннице после прекращения triazolam, препарата краткого действия, которая продолжается обычно от одной до трех ночей.. В отличие от этого, исследования показали незначительное рикошетную бессонницу или ее отсутствие; рикошетной бессонницы не было отмечено после отмены zaleplon. Скорость отмены бензодиазепинов следует подбирать индивидуально, в зависимости от полужизни и дозы препарата, длительности терапии и от того, является ли бессонница хронической или острой.

Сообщалось о нескольких случаях антероградной амнезии спустя день после использования триазолама, но распространенность данного побочного явления неизвестна. Тогда как исследования показали различные дефициты памяти после использования бензодиазепинов различного периода полужизни, клинически значимая амнезия, по-видимому, в основном, ограничена препаратами краткосрочного действия. Амнезия, включая таковую, связанную со sleep-related eating, была описана при использовании zolpidem, но намного реже – при использовании триазолама. Наиболее выраженные побочные эффекты бензодиазепинов длительного действия – дневная сонливость и нарушение координации. Данные эффекты могут также отмечаться при использовании препаратов промежуточного действия, но менее часто: они редко вызываются препаратами краткого действия, такими как триазолам, и обычно отмечаются лишь при высоких дозах. Побочные эффекты более часты у пожилых, и здесь необходимы снижения дозы. Использование

бензодиазепинов длительного действия было связано с повышенным риском падений и переломов бедра у пожилых людей. Проблема с большинством исследований данных препаратов – их ограниченная длительность. Средняя продолжительность лечения в 22 исследованиях, включенных в вышеупомянутый мета-анализ, – 12 дней (максимальный период – 35 дней). Кратковременная толерантность, определяемая по ухудшению показателей сна с течением времени, не была отмечена при использовании *temazepam* в течении 8 недель, *zolpidem* непрерывно в течении 4-5 недель или с перерывами в течении 12 недель или при использовании *zaleplone* в течении 4-5 недель. Самое длительное испытание (6 месяцев лечения *eszopiclone*) показало стойкий благоприятный эффект без развития толерантности.

Антидепрессанты с седативным действием все чаще назначаются при хронической бессоннице, несмотря на скудость данных из рандомизированных испытаний в поддержку данной практики. Небольшие, рандомизированные испытания показали эффективность тразодона (*trazodone*) в лечении бессонницы у пациентов с депрессией. 14-дневное испытание, сравнивающее тразодон, золпидем и плацебо у пациентов с первичной бессонницей, показало улучшение латентности и длительности сна (при оценке путем анкетирования) при назначении тразодона по сравнению с плацебо, но меньше эффекта при сравнении с золпидемом. Четырехнедельное испытание трициклического антидепрессанта *doxepin* в лечении первичной бессонницы показало значительное снижение латентности сна (на 21% по сравнению с исходным статусом), повышение эффективности сна (на 13% выше исходного статуса) и общего времени сна (на 13% выше исходного уровня). Побочные эффекты трициклических антидепрессантов включают сухость во рту, постуральную гипотензию, сонливость, сердечные аритмии и увеличение массы тела, тогда как тразодон может вызывать гипотензию, запоры и приапизм. Миртазапин, тетрациклический антидепрессант, обладающий действиями адренергического и серотонергического антагониста, снижает время пробуждения после наступления сна, увеличивает его эффективность и повышает длительность медленно-волнового сна у здоровых людей, но отсутствуют данные по его эффектам при первичной бессоннице. Фармакологическая терапия vs. поведенческая психотерапия.

В ряде рандомизированных, контролируемых исследований поведенческая психотерапия сравнивалась с фармакологической и с комбинированной терапией. Одно из исследований (*triazolam* vs. поведенческая психотерапия) показало более короткую латентность сна через две недели при назначении триазолама, но одинаковую латентность через 4 недели. Еще одно исследование (*zolpidem* vs. поведенческая психотерапия) показало, что последняя превосходит его по своей эффективности на протяжении всего исследования. Катамнестическое наблюдение через 4-6 недель после прекращения приема препарата и завершения психотерапии показало стойкий эффект лишь в группах, получавших психотерапию, в обоих исследованиях. Мета-анализ, сравнивающий исследования поведенческой терапии с таковыми снотворных средств, показал подобные же краткосрочные исходы во время лечения за исключением того, что поведенческая терапия приводит к более выраженному снижению латентности сна.

При сравнениях сочетания поведенческой и лекарственной терапии с одной лишь психотерапией при наблюдении через 10-24 мес. улучшения сохранялись лишь после проведения психотерапии, но не сочетания методов, скорее всего, потому, что пациенты не так привержены обучению психотерапевтическим методам, если контролируют бессонницу медикаментами. В отличие от этого, психотерапия, которая сочеталась с попыткой постепенного снижения доз бензодиазепинов у пациентов с давней хронической бессонницей, приводила к более высокому проценту отказа от препаратов, по сравнению только лишь со снижением доз.

Поведенческая психотерапия была полностью признана эффективной при хронической первичной бессоннице, но ее роль при вторичной бессоннице, особенно в результате психиатрических нарушений, не была систематически исследована. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить, могут ли врачи первичной практики, учитывая их большую занятость, добиться результатов, обучив пациентов методам психотерапии за небольшое число занятий. Для пациентов с хронической первичной бессонницей, не получающих эффекта от психотерапии, остается вопрос о роли длительной лекарственной терапии. Хотя исследования лечения агонистов бензодиазепиновых рецепторов длительностью 6 месяцев показали эффективность без признаков толерантности, неизвестно, сохраняются ли эти результаты в течении более длительных периодов. Агонисты рецепторов мелатонина проявили эффект в рандомизированных испытаниях. *Ramelteon* (*Rozerem*) только что получил одобрение FDA, но потребуются больше опубликованных данных и клинического опыта для определения его роли в лечении бессонницы.

В 1999 г. Американская Академия медицины сна опубликовала доказательные практические параметры по нефармакологическому лечению хронической бессонницы. Были рекомендованы терапия контроля стимулов, прогрессирующая мышечная релаксация, био- обратная связь, терапия по ограничению сна и мультикомпонентная поведенческая психотерапия. Имелось недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать просвещение по гигиене сна, обучение формированию зрительных образов (*imagery*) или только психотерапию в качестве отдельных методов. В предварительном сообщении Конференции по бессоннице (июнь 2005), которую финансировал Национальный Институт Здоровья (*the National Institutes of Health*) отмечено, что как поведенческая психотерапия, так и агонисты бензодиазепиновых рецепторов эффективны в лечении депрессии, но долговременная эффективность антагонистов требует дальнейшего исследования.

Перед постановкой диагноза первичной бессонницы необходимо идентифицировать и рассмотреть ее вторичные причины. Эффективное лечение возможно для большинства а пациентов с хронической первичной бессонницей. Психо- и фармакологическая терапия имеют краткосрочную эффективность, но не хватает данных по эффективности фармакотерапии по истечении 6 месяцев. Я бы рекомендовал сначала курс поведенческой психотерапии, включая контроль стимулов, релаксацию, просвещение по гигиене сна и другие описанные выше методы. Врачи первичной практики могут направлять пациентов к специалистам в области сна или психологам или, учитывая распространенность первичной бессонницы и эффективность даже коротких курсов психотерапии, обучать их этим методам самостоятельно. Психотерапию не следует как правило сочетать со снотворными препаратами, с учетом данных о том, что они снижают ее эффект.

Хотя данные по отдаленным результатам отсутствуют, большинство специалистов рекомендуют долговременное применение фармакотерапии в подгруппе пациентов с хронической первичной бессонницей, которая не поддается поведенческой психотерапии. Тщательный мониторинг эффективности, толерантности и побочных действий существенен, особенно у пожилых. При бессоннице, которая в основном касается наступления сна, следует рассмотреть применение золпидема и залеплона без рецепта. При бессоннице, проявляющейся пробуждениями, можно попробовать бензодиазепины промежуточного действия, такие как temazeram, но эти препараты может вскоре вытеснить eszopiclone. Залеплон может также назначаться при пробуждении во второй половине ночи. Бензодиазепины длительного действия играют незначительную роль в ведении бессонницы при отсутствии сопутствующего тревожного нарушения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Michael H. Silber, M.B., Ch. B. Chronic Insomnia. The New England of Medicine, Vol. 353, p.p. 803 – 810
Перевод с англ.

УДК: 616.12 -008.33.1: 614.253.89

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

О.Т.Жузжанов, З.А..Керимбаева
АО «Медицинский университет Астана», г.Астана
МКТУ им. Х.А. Ясави, г.Шымкент

ТҮЙІН

Артериальды гипертониямен науқастардың өмірінің сапасын бағалау және оның ауруханаға дейінгі және ауруханалық этаптарда үнемі мониторинг жүргізу артериальды гипертониямен науқастардың жағдайын және керекті жағдайда оның терапиясын коррекциясын жасауға көмектеседі.

SUMMARY

The purpose of this research is to evaluate and compare life quality of patients with hypertension on pre-hospital and hospital stages, to regulate their blood pressure, if necessary to correct treatment of such patients and help them to control their state.

Качество жизни - это тот необходимый для оценки состояния основных функций человека универсальный критерий, который определяет степень социальной и духовной свободы индивида в самом широком смысле. Качество жизни включает с себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека, в которую включают и элементы, не связанные напрямую со здоровьем, это критерии, отвечающие требованию многомерности оценки КЖ. Другое свойство – это изменяемость во времени в зависимости от состояния больного обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Таким образом, данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и проводить коррекцию терапии в случае необходимости. Особенно важным является участие больного в оценке своего состояния. Именно самостоятельно проделанная оценка КЖ является ценным и надежным показателем общего состояния пациента. Субъективные переживания больного должен выражать только он сам. Оценка качества жизни во многом зависит от сложившихся социально – экономических условий, психологических особенностей личности, менталитета и других факторов определяющих отношение больного к окружающему миру и самому себе. Имеющиеся особенности образа жизни коренного и некоренного населения в оценке качества жизни имеют достоверные различия и должны учитываться при терапии такого сложного заболевания как артериальная гипертензия. Многие клиницисты относят АГ к психосоматическим заболеваниям, которые имеют свой профиль личности, поэтому важным является измерение образа жизни через определение качества жизни.

В современной литературе, посвященной артериальной гипертонии (АГ), все большее внимание уделяется изучению состояния психического здоровья и качества жизни больных [1,2,3,4,5]. Изменения в психоэмоциональной сфере, происходящие у больного АГ: психологическая дезадаптация к болезни,

повышенный уровень тревожности, нейротизма, снижение работоспособности больных существенно затрудняют их реабилитацию и требует поиска новых методов коррекции этих нарушений.

Цель исследования: оценить и сравнить качество жизни больных артериальной гипертензией на догоспитальном и госпитальном этапах.

Материал и методы: была проведена сравнительная оценка КЖБ АГ на до- и госпитальном этапах городского и сельского населения, при которой был использован опросник SF-36, который включает в себя 11 вопросов для самоопределения физического и психического состояния опрашиваемого. Опрос проводился на 350 человек (поликлиника 100, стационар-100, центральная районная больница Ордабасы-100 и группа контроля 50 человек

Результаты: по данным сравнительной оценки КЖБ АГ на до- и госпитальном этапах выявлено, что распределение по полу на всех этапах исследования среди обследуемого контингента следующее: мужчин от 14-39% женщин от 36% до 70%. Средний показатель возраста в поликлинике: от 59 до 79 лет, как и в стационаре- от 60 до 78 лет. С учетом национальности азиаты больше получили лечение в стационарных условиях 88%, по сравнению с неазиатами 12%, на этапе поликлиники-65%-35% соответственно. Из всех обследуемых городские жители значительно больше сельских составляет почти 99%. При оценке здоровья (ОЗ) большинство обследуемых от 60% до 66% на всех этапах оценили «как хорошее», но в стационаре «как плохое» составляет 8%, по сравнению с поликлиникой 1%. Более высокие показатели КЖ по таким шкалам, как показатель сравнительное оценка состояния (СС)- 46,9 наблюдается в поликлинике, чем в стационаре, и меньше, чем в группе контроля. При оценке физического ограничения (ФО)- 79,81 выявлено, что тяжелые физические нагрузки на этапе стационар преобладают над поликлиникой и группы контроля. При оценке ограничения влияния состояния здоровья на ходьбу не отмечается, что на этапе стационара, что и на других этапах. При поднятии по лестнице установлено на КЖ аналогично изменяется, так в стационаре так и на других этапах (поликлиника). При оценке влияния состояния здоровья на работу и повседневную деятельность нами удалось установить, что больные из-за АГ сократили время на работу на этапе стационара значительно выше ($p < 0,5$), чем поликлиника. Больные выполнили «объем работы меньше чем хотели» на этапах СВА 7,2% и 6,7% стационар, когда на этапе поликлиники это составляет 3,7% (т.е. в 2 раза меньше). При оценке ролевого эмоционального состояния (РЭ) больные отмечают, что это состояния здоровья повлияло на работу и повседневную деятельность. Так, «пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела» на всех этапах одинаково (стационар, поликлиника). При оценке социальной активности (СА), состояния здоровья повлияло на семью, друзей и т.д. Так, «немного» –почти одинаково на этапе поликлиника, в то время как в стационаре условиях несколько ниже ($p < 0,1$). Интенсивность боли на всех этапах не изменилось и больные АГ испытали очень слабую физическую боль. Как правило, больные чувствовали себя подавленными на этапе поликлиники, реже чем в стационаре. Чувства печали и упадок духа иногда возникало в поликлинике и стационаре, когда в группе контроля не возникало «ни разу». Больные чувствуют себя счастливыми большую часть времени на этапах стационара, поликлиники меньше, чем в группе контроля. Чувство усталости иногда возникало на этапах стационара, поликлиники, а в группе контроля возникало «редко».

Выводы: с помощью сравнительной оценки качества жизни методикой SF-36 выявлена тенденция к улучшению показателей качества жизни у больных на госпитальном этапе, чем на догоспитальном, проявившуюся в шкалах Физическая активность-79,81, Социальная активность-49,9, а также по сравнению КЖБ сельского населения на госпитальном этапе с показателями с госпитальным этапом городского населения удовлетворенность жизнью, в целом, у больных АГ намного лучше, чем у других сравниваемых (городских) групп. Важно отметить, что применение антигипертензивных препаратов и внедрение стандарта лечения АГ ведет только к улучшению КЖ по большинству показателей методики SF-36 на всех этапах терапии. Кроме того, сравнение КЖ по всем параметрам измерения среди коренного и некоренного населения показало достоверное различие, у коренного населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик А.А., Иванова Т.А. Руководство по исследованию качества жизни и медицине.СПБ: «Нева»2002.С.16.
2. Ware J.E. Sherburne C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-46): conceptual framework and item selection // Medical Care.-1992 –Vol.30-P.473-483.
3. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация, М., 1992.
4. World Health Organization. Quality of life group7 What is Quality of life// Wld Forum.-1996. –V.1.-P.29;
5. Claser A. Walker D. Quality of life// Lancet.-1995.-Vol.346-P.444-462.

УДК 61:74

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ҮШІН ҚҰЗЫРЕТТІ МАМАНДАРДЫ ДАЯРЛАУДАҒЫ ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІҢ МӘНІ

*Ж.Қ.Смаилова, Л.Қ.Рахымбеков, Л.Қ.Қаражанова
Мемлекеттік медицина университеті, Семей қаласы*

РЕЗЮМЕ

Роль высшего медицинского образования заключается в подготовке компетентных специалистов для системы здравоохранения. В данной работе авторами рассматриваются вопросы подготовки компетентных специалистов для системы здравоохранения. Сегодня услуги здравоохранения представляют собой сложный, с профессиональной точки зрения, процесс, который может быть обеспечен только при условии внедрения компетентного подхода в образовательный процесс медицинского вуза.

SUMMARY

Role of the higher medical education in preparation of competent experts for public health services system. In the given work questions of preparation of competent experts for public health service system are considered by authors. Today public health service is a difficult process from the professional point of view, process which can be provided only under condition of introduction of competent approach to educational process of medical high school.

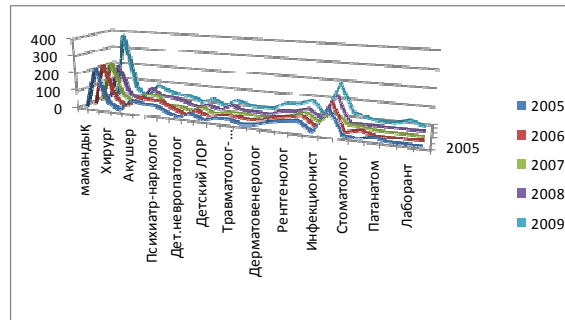
Қазіргі замандағы жоғары мектеп қоғам өмірі мен қоршаған ортаның күрделі мәселелерін түбегейлі және жүйелі сараптай білуге қабілетті, жоғары білімді және білікті маман дайындауға бағытталған оқу-тәрбие жұмысын жүзеге асыра отыра, жаңа ғасырдың адамын қалыптастыруға белсене қатысады. Аталған бағдарлама жоғары оқу орнының оқытушылар мен қызметкерлер ұжымының интеллектуалды тәуелсіз, әлеуметтік бейімделгіш, рухани байлығы қалыптасқан және дені сау жеке тұлға қалыптастыруға қатысу деңгейі мен формасын анықтайды.

Елімізде жүргізіліп жатқан медициналық және фармацевтикалық білім беруді реформалау жоғары оқу орны деңгейінде дәрігерлерді дайындау жүйесін жаңа деңгейге көтерудің қажетті шарты болып табылады. Дәрігер тұлғасы, оның жеке басының қасиеттері және кәсіптік құзыреттілігі медициналық университеттің білім беру шеңберінде қалыптасады, сондықтан болашақ дәрігерлердің кәсіби шеберлігін қалыптастыру мәселелері ерекше маңызға ие болып отыр. «XXI ғасыр дәрігерін оқыту барысында тек себеп-салдарлы байланысты анықтап, соның негізінде симптомдар мен синдромдар арқылы диагноз қойып, емдеу барысында дәстүрлі концепцияларды пайдаланумен ғана шектеліп қоймай, сонымен қатар қоршаған ортада болып жатқан процестердің көптеген факторларға байланысты екендігін де ескеру қажет. Ол үшін деректер мен жағдайларды бағалаудың, кәсіптік ой-танымның қалыптасуының басқа жолы, өмір сүрудің басқаша салты болғаны жөн. Бұл жағдай медицинадағы педагогиканың дамуына алғы-шарт болып табылады... Сонымен қатар ғылым, мәдениет, білім өзара интернационалды болып табылатындықтан, зор дүниетанымдық қызмет атқарады және болашақ дәрігерлерді дайындауда маңызды орын алады» [1].

Қазіргі кезеңдегі жоғары медициналық білім беру саласындағы өзгерістер қоғамның және мемлекеттің жоғары медициналық мектепке қоятын талаптарын үнемі қанағаттандырмайтындығымен, түлектердің білім сапасының төмендеуімен, қазіргі заманғы білім беру технологияларын пайдаланудағы консерватизмдікпен, молекулалық биология, молекулалық генетика саласына физикалық және химиялық биология мен иммунологияның жетістіктерін интегративті түрде енгізудегі енжарлық және т.б. байланысты деп атап көрсеткен жөн. Көптеген жағдайда жоғары медициналық білім беру жаңа білімді жинақтау, стандартты кәсіби мәселелерді шешу, белгілі жағдайларда әрекет ету үлгісімен сипатталады. Осыған байланысты жоғары медициналық білім беру жүйесінің алдында тұрған жаңа заман талаптарына сай және Болонь процесін жүзеге асыру барысында отандық медициналық жетістіктерін объективті сараптауға қабілетті жаңа деңгейдегі мамандарды дайындаудың мазмұны, құрылымы және технологиялары туралы жоғары медициналық білім беру жүйесінің алдында тұрған мәселе аса өзекті болып табылады. Қазіргі жағдайда Қазақстандағы медициналық білім беру жүйесі түлектердің білімін, дағдыларын және жеке тұлғалық қасиеттерін қалыптастыруға бағытталған денсаулық сақтау саласын дамытудың басты факторы болып табылады.

Денсаулық сақтау саласы мамандарының да кәсіптік құзыреттілігіне қойылатын талаптардың артуы жағдайында білім беру процесіне басқару ұйымдарынан бастап білім алушыларға дейін қатысушылардың жауапкершілігі артып келеді. Жоғары медициналық білім берудегі құзыреттілік тұрғының қажеттілігі қазіргі замандағы қоғамды сипаттайтын әлеуметтік-экономикалық, саяси, рухани-адамгершілік өзгерістермен анықталады. Бұл өзгерістер білім берудің осы саласының соңғы нәтижесінің жаңа сапасы – жоғары медициналық білім беру ұйымдарындағы білім алушылардың кәсіптік құзыреттілігіне қол жеткізу талабын қойып отыр. Осы жағдайда құзыретті медицина мамандарын дайындау мәселесі өзекті мәселелердің бірі болып табылады, өйткені халық денсаулығын қорғау еліміздің еңбек потенциалын сақтаудағы басты бағыттардың бірі болып табылады.

Аймақтағы медициналық мамандарға деген қажеттілікті қамтамасыз ету үшін Семей мемлекеттік медицина университетінде мамандарды дайындау облыстық денсаулық сақтау басқармаларының тапсырыстарын ескере отыра жүргізіледі. 2005-2010 жылдар аралығында денсаулық сақтау ұйымдарына дәрігер мамандардың қажеттілік диаграммасы.



Зерттелген аралықта жыл сайын мамандықтар бойынша сұраныстың артуы байқалады.

Осы сұраныстарға сай медициналық жоғары оқу орны дайындайтын түлектердің сапасы көптеген факторларға байланысты. Бұл оқытушылардың кәсіби шеберлігі, білім беру процесінің жағдайы мен қамтамасыз етілуі, білім беру процесіндегі элементтердің құрамы, білім алушының мотивациясы, білім берудің жаңа технологиялары, білімді бағалау жүйесі, білім беру процесінің басты бөлігінің бірі ретінде білім алушылардың өздік жұмысының ұйымдастырылуы, зерттеу элементтері енгізілген жеке тапсырмалар мен ғылыми жобаларды орындау. Осы орайда мынадай ұстанымға назар аударған жөн, «оқытушы болашақ медицина қызметкерлеріне білім беріп қана қоймай, сонымен қатар болашақ мамандығының мақсатына жауап бере алатын ерекше тәніетанымдық қабілетін тәрбиелеп, клиникалық ой–танымын қалыптастыру керек. Диалектика заңдылықтарын тәжірибелік іс–әрекетінде қолдана білуді, болмыстың шынайылығына сын көзбен қарауды, өз көзқарасын жасырмай, дәлелдей білуді үйрету қажет». [2].

Медициналық білім беруді реформалау аясында білім беру процесін ұйымдастырудың қажетті шарттары мыналар болып табылады: оқытудың зерттеу әдістерінің басымдылығы, шектес ғылымдардан әдістерді, идеяларды кеңінен қолдану, клиникалық ой–танымға және кәсіптік ерекше мәселелерді шешуге бағытталған кәсіптік құзыреттердің қалыптасуы, білім беру, шығармашылық және кәсіби қызметтің субъектісі ретінде білім алушының өздігінен дамуы, оның интеллектуалды жетістіктерге мотивациясы, аналитикалық-диагностикалық шеберлігінің дамуы, кәсіптік әрекеттерін болжауы. Сондықтан болашақ дәрігердің кәсіптік дүниетанымын қалыптастырудың басты мақсаты - оған белсенді кәсіптік қызметке кірісе алуға, әртүрлі кәсіби жағдайларда әрекет етуге және өзін жоғары рухани және өмірлік ұстанымы бар тұлға ретінде көрсете білуіне мүмкіндік беретін жаңа білім сапасын қамтамасыз ету болып табылады. Болашақ дәрігерді дайындаудың осы тұрғысы кез-келген адамды - өзінің құқығы мен бостандығы бар жеке әлеуметтік байлық деп қарастырып, білім алушыны оқыту процесінің мақсаты, нысаны, субъектісі, нәтижесі және тиімділік көрсеткіші ретіндегі қабылдап, білім беру процесін жеке тұлғаның дамуына қарай бағыттауға мүмкіндік береді. Жоғары медициналық білім беруді реформалау білім беру процесінің барлық субъектілерінің жеке тұлғалық функцияларының толық дамуы үшін жағдай жасауға бағытталған.

Бүгінгі таңда жоғары медициналық білім берудегі дәстүрлі ақпаратты-жинақтаушы үлгіден құзыреттілік-бағытты үлгіге ауысу өзекті мәселеге айналып отыр. Бұл құзыреттілік-бағытты үлгі ауруды емес, науқасты емдеу керек деген гуманистік принципті жүзеге асыруға мүмкіндік беретін болашақ дәрігердің стереотипті емес кәсіби мәселелерді шешуге, клиникалық ой –танымға қабілеттілігін қалыптастырады [3]. Осыған байланысты жоғары медициналық оқу орындарында кәсіптік құзыреттілікті қалыптастыру білім берудің мақсаттарына бағытталуы тиіс. Білім алушылардың осы мақсатқа жетуі арнайы және өлшенетін нәтижелерге сәйкес (мысалы, теориялық ғылымдар бойынша алған баға, емтихан қорытындылары, интернатурада, резидентурада оқыған кездегі бағалар және т.б.) құжаттандырылуы керек. Білім алушылардың бағасы олардың алған білімін тек жинақтап қана қоймай, сонымен қатар өзінің болашақтағы қызметіне, медициналық тәжірибесінде кездесетін әртүрлі мәселелерді шешуге қабілетінің дамуымен анықталады [4].

Олай болса, болашақ дәрігер құзыретті маман ретінде қоғамдық денсаулықтың өзекті мәселелерін шешуге, азаматтардың денсаулығын сақтауға, тұрғындардың әлеуметтік-мәдени ерекшеліктерін ескере білуге ұмтылуы қажет. Сол себепті, болашақ дәрігерді дайындау үлгісі білім беру процесінің барлық түрлерін қамтып, болашақ дәрігерге университет қабырғасында жүргенде-ақ мамандығына сәйкес кәсіптік құзыреттіліктерін қалыптастыруға бағытталуы тиіс.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Косарев И.И., Попков А.В. Педагогические аспекты высшего медицинского образования. М.: ФГУП Экспериментальная типография. 2003 г. С.6.
2. Пальцев М.А., И.Н. Денисов, Б.М. Чекнев. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. М., 2005 г., 248 с.
3. Бондаревская Е.В. Теория и практика личностно-ориентированного образования. – Ростов н/Д., 2000.–352 с.
4. Алпысбекова Г.М. Анализ и оценка состояния действующих квалификационных требований к специалистам стоматологического профиля и пути их совершенствования: Автореф. дисс. к.м.н. – Астана, 2005.

УДК 616.5-002.6-084(574.5)

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ НА ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ЗАРАЗНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ*Г.Б. Нурмагамбетова**Областной дерматовенерологический диспансер, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Белгіленген кәсіп тұлғаларын жыныстық жолмен жұғатын аурулар мен жұқпалы тері ауруларына профилактикалық (аурудың алдын алу) медициналық тексерулерінің ұйымдастырылуын айқындататын қолданыстағы нормативтік-құқықтық базаға талдау жасалынды. Оңтүстік Қазақстан облысында профилактикалық (аурудың алдын алу) медициналық тексерулерін жөнінде тәжірибесі бар жұмыстар ұсынылып көрсетілді.

SUMMARY

The authors analyzes the current regulatory and legal framework of defining organization of preventive medical examinations of people of certain professions for revealing sexually transmitted infections and infectious skin diseases. She also describes the experience of organization of preventive medical examinations in South-Kazakhstan oblast.

Несмотря на то, что история проведения медицинских осмотров на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), и заразные кожные заболевания (ЗКЗ) насчитывает более 50 лет, в настоящее время ситуация в этой области с точки зрения законодательства продолжает оставаться неопределенной. Постановлением Правительства Республики Казахстан № 2018 от 04.12.2009 года «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» определен перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В указанный перечень, наряду с ВИЧ-инфекцией, чумой, туберкулезом, холерой и другими инфекциями, вошлы и инфекции, передаваемые половым путем.

На сегодняшний день уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в целом по Казахстану продолжает оставаться высоким. В связи с этим система профилактических осмотров является наиболее активным и эффективным профилактическим мероприятием, дающим возможность охватить максимальное количество трудоспособного населения. Благодаря медицинским осмотрам выявляется ряд заболеваний, о наличии которых пациенты не подозревают и не обращаются самостоятельно за медицинской помощью в специализированные учреждения. Профилактические медицинские осмотры, как одно из направлений по сохранению и охране жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, регламентируются трудовым законодательством. Статьи 312 и 317 Трудового кодекса Республики Казахстан предусматривают медицинские осмотры некоторых категорий работников, а именно: - работодатель обязан организовывать проведение периодических медицинских осмотров и обследований работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными (особо вредными) и (или) опасными условиями труда. - работодатель обязан проводить обязательные, периодические медицинские осмотры и предсменное медицинское обследование работников, в случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, а также при переводе на другую работу с изменениями условий труда либо при проявлении признаков профессионального заболевания.

Статьей 155 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» дана более предметная расшифровка сути обязательных медицинских осмотров: - обязательные медицинские осмотры подразделяются на предварительные и периодические. Предварительные медицинские осмотры проводятся при поступлении на работу и учебу с целью выяснения пригодности к выполнению обязанностей по профессии или учебе, а также предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний. Периодические медицинские осмотры проводятся с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний. Таким образом, в указанных нормативных актах обозначены две группы медицинских осмотров, объединенных одним названием, но являющихся по своим целям, задачам, контингенту абсолютно разными видами медицинской деятельности.

Основная цель медицинских осмотров, указанных в Трудовом кодексе, определение профессиональной пригодности работника для осуществления деятельности, связанной с тяжелыми, вредными, опасными условиями труда, а также для предупреждения профессиональных заболеваний. Порядок проведения, перечень обязательных лабораторных исследований и набор специалистов при проведении медицинского осмотра на профессиональную пригодность, а также кратность его прохождения определяется приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 ноября 2009 года № 709 «Об утверждении Перечня вредных

производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения обязательных медицинских осмотров».

Цель медицинских осмотров, указанных в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», это обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности населения, а также предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, т.е. медосмотры на инфекции, передаваемые половым путем и заразные кожные заболевания. Медицинские осмотры этой группы проходят лица, занятые преимущественно в сфере обслуживания и находящиеся в контакте с большим количеством людей, в т.ч. и детского возраста, а значит, могут быть источником массового заражения и распространения инфекций. Действовавший в период с 2001 по 2010 год приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 27.07.2001 г. № 695 «О совершенствовании мер борьбы с болезнями, передающимися половым путем (БППП)» регламентировал проведение медицинских осмотров на ИППП и заразные кожные заболевания на базе кожно-венерологических учреждений, а это в свою очередь позволяло обеспечить преемственность между кабинетами медосмотров и лечебными подразделениями специализированной службы. В указанном приказе определялась и кратность медосмотра (1-2 раза в год) в зависимости от категории работников. Указанная кратность обусловлена прежде всего сроком инкубационного периода инфекций, передаваемых половым путем, высокой вероятностью заражения. Несмотря на свою профессиональную адекватность и полноценность, в процессе общей регламентации приказов Министерства здравоохранения РК указанный приказ был признан утратившим силу. Аналогичный приказ на уровне министерства здравоохранения пока не издан.

Чуть позже Министерством здравоохранения РК издан приказ № 766 от 20 октября 2003 «Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров декретированных групп населения». В данном приказе отражены перечень лиц, отнесенных к декретированным группам населения, кратность и объем необходимых лабораторных и функциональных исследований и т.д. Однако в данном приказе указано, что обследование на сифилис подлежащего контингента должно проводиться только экспресс-методом с забором крови из пальца руки (т.е. при помощи реакции микропреципитации), в то время как согласно приказа № 695 диагностика сифилиса лицам, подлежащим периодическим профилактическим медицинским осмотрам должна проводиться при помощи комплекса серологических реакций РСК с кардиолипновым и трепонемным антигеном + микрореакция преципитации с кардиолипновым антигеном, т.е. с забором крови из вены. Указанные противоречия, несмотря на неоднократные обращения специалистов дерматовенерологической службы в Министерство здравоохранения, устранены не были. Указанный приказ также признан утратившим силу в текущем году.

Таким образом, отсутствие единого нормативного документа, определяющего порядок проведения профилактических медицинских осмотров на ИППП и ЗКЗ, привело к тому, что фактически на сегодняшний день на территории Республики одновременно сосуществует два варианта проведения медицинских осмотров на ИППП и ЗКЗ, а именно: в кожно-венерологических учреждениях обследование на сифилис при помощи комплекса серологических реакций + мазок на флору; в амбулаторно-поликлинических организациях, имеющих лицензию на данный вид медицинской деятельности – обследование на сифилис при помощи микрореакции преципитации + мазок на флору при осмотре гинеколога. И в том, и в другом случае государственным органом санитарно-эпидемиологической службы ставится допуск к работе. Руководство здравоохранения Южно-Казахстанской области пыталось отрегулировать этот вопрос путем издания приказа начальника департамента здравоохранения ЮКО № 543 от 26.06.2003 года «О медицинских осмотрах декретированных групп населения», где регламентировалось проведение медицинских осмотров на базе кожно-венерологических учреждений, но отсутствие согласованности с Департаментом санитарно-эпидемиологического надзора области привело к вышеуказанной ситуации.

Статистика выявления ИППП при профилактических медицинских осмотрах на территории г.Шымкент основывается только на данных, предоставляемых кабинетом периодических профилактических медицинских осмотров областного дерматовенерологического диспансера, так как амбулаторно-поликлинические организации, оказывающие данный вид услуг при предоставлении статистических отчетов о выявленных ИППП и положительных микрореакциях в ОДВД, не дифференцируют пациентов, выявленных при обращении за медицинской помощью и при обращении с целью медицинских осмотров. В районах области вообще нет единого стандарта проведения профилактических осмотров на ИППП и ЗКЗ. В ряде районов данный вид помощи предоставляют дерматовенерологические учреждения, в остальных амбулаторно-поликлинические организации, в том числе и частные. За 8 месяцев 2010 года кабинетом профилактических медицинских осмотров ОДВД обследовано всего 14997 человек, в том числе с целью медицинского осмотра (предварительный и периодический) – 9154, с целью получения справки – 5843. В том числе:

Декретированная группа	Всего обсл-но	Выявле но	В том числе:			
			сифилис	Гонорея	трихомониаз	гарднереллез
Работники предприятий пищевой промышленности	1351	53 (4%)	5		16	32
Педагоги	823	43			29	14

		(5%)				
Медицинские работники	6795	199 (3%)	3	3	54	139
Работники предприятий по обслуживанию населения	185	5 (3%)		1	4	1
ИТОГО	9154	301 (3%)	8 (3%)	4 (1%)	103 (34%)	186 (62%)

Статистика выявления ИППП при профилактических медицинских осмотрах в ОДВД за 8 месяцев 2010 года составила, в-среднем, 9% от всех зарегистрированных ИППП по г.Шымкент. При этом, выявляемость ИППП среди обследованных представителей декретированных групп составляет, в-среднем, 3%. В структуре заболеваемости 62% случаев составляет гарднереллез, 34% - трихомоноз, 3% - сифилис и 1% - гонорея. Действующая в ОДВД модель организации медосмотров позволяет осуществлять оперативное взаимодействие кабинета профилактических медицинских осмотров и поликлинических отделений с целью своевременного осмотра контактных лиц и проведения противоэпидемической работы в очагах, что является важнейшей профилактической мерой.

Заключение. Проведение предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров определенных категорий работников на инфекции, передаваемые преимущественно половым путем и заразные кожные заболевания является наиболее эффективным методом предупреждения ИППП и ЗКЗ. В связи с этим целесообразно выделить медицинские осмотры определенных категорий работников на инфекции, передаваемые половым путем и заразно-кожные заболевания в отдельный вид деятельности при процедуре лицензирования, для чего необходимо внести изменения или дополнения в нормативные документы по лицензированию медицинской деятельности. В Южно-Казахстанской области, с учетом санитарно-эпидемиологической ситуации необходимо принятие нормативного документа на уровне управления здравоохранения по согласованию с управлением санитарно-эпидемиологического надзора, регламентирующего порядок проведения данных медицинских осмотров. Учитывая социальную значимость вышеперечисленных заболеваний, необходимость государственного контроля, целесообразно регламентировать проведение данного вида медицинских осмотров на базе специализированных кожно-венерологических учреждений с закреплением указанного положения в приказе Министерства здравоохранения, регламентирующем порядок оказания дерматовенерологической помощи. Решение вышеперечисленных задач позволит установить требуемый регламент проведения предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров (обследований) определенных категорий работников организаций, предприятий, учреждений всех форм собственности на инфекции, передающиеся половым путем, и заразные кожные заболевания в рамках действующего законодательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трудовой кодекс Республики Казахстан, статьи 312, 317. С. 92-95.
2. Кодекс Республики Казахстан « О здоровье народа и системе здравоохранения», статья 155.
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 04.12.2009 г. № 2018 «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
4. Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 27.07.2001 г. № 695 «О совершенствовании мер борьбы с болезнями, передающимися половым путем».
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16.11.2009 г. № 709 «Об утверждении Перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения обязательных медицинских осмотров».
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20.10.2003 г. № 766 «Об утверждении правил проведения обязательных медицинских осмотров декретированных групп населения».
7. Приказ начальника департамента здравоохранения ЮКО от 26.06.2003 года № 543 «О медицинских осмотрах декретированных групп населения».
8. Минуллин И.К. Бильдюк Е.В., Вафина Г.Г., Шарлыкова Т.С. Сборник тезисов X Всероссийского съезда дерматовенерологов, 2008 г. С.10.
9. Минуллин И.К. Опыт организации проведения профилактических медицинских осмотров декретированных групп населения в г.Казани. российский журнал кожных и венерических болезней, 2000 г., № 2. С. 60-61.

УДК: 614.2:616-08-039.74]: 005.571.11

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С. И.Мынбаев

Центр амбулаторной хирургии, г.Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Амбулаторно-поликлиническая служба – важный раздел системы здравоохранения, от состояния которого зависят её эффективность и качество, а также решение многих медико-социальных проблем. Развитие этой службы является одним из главных элементов стратегической программы реструктуризации здравоохранения [1, 3, 6, 7, 14]. За последние 10 лет здравоохранение Казахстана находится в состоянии непрерывного реформирования, при этом особую обеспокоенность вызывает состояние первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2, 4, 5, 8, 10]. Национальный проект «Денсаулық» явился первым практическим шагом в укреплении первичной медико-санитарной помощи и усилении профилактической направленности здравоохранения РК. Начатые преобразования обладают большими потенциальными возможностями. Однако, проблемы преобразования отрасли и амбулаторно-поликлинической помощи, как её структурной составляющей, необходимо решать на основе использования современных методов организации, основанной на оценке медицинской и экономической эффективности деятельности медицинской службы [9, 10, 12, 14, 15].

В качестве одного из направлений такого реформирования ПМСП может служить развитие подготовки врача общей практики (ВОП), которое должно постепенно заменить в оказании первичной медицинской помощи участковых терапевтов [9, 11-13]. Отправным пунктом внедрения общих врачебных (семейных) практик в системе здравоохранения РК стал приказ Минздрава Республики «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врач общей практики или семейного врача ВОП/СВ и подготовка отчетно-учетной документации ВОП/СВ. Кроме того, об организации медицинской помощи было определено, что ВОП в рамках ПМСП организуется при каждой амбулатории, центре общей врачебной (семейной) практики, участковой больнице, поликлинике районного и городского типа, ЦРБ, МСЧ и городской больнице, а также была уточнена численность прикрепленного к ВОП и СВ взрослого и детского населения. Таким образом врач общей практики (семейной) ВОП/СВ является одним из ключевых направлений реформирования, включая помощь на дому, укрепление здоровья, профилактические и реабилитационные мероприятия. Населению должен быть обеспечен прямой доступ к услугам ПМСП для всех в любое время, и эти услуги должны покрывать примерно 90% потребностей населения в первичной медицинской помощи. Основными участниками в системе первичной медицинской помощи являются ВОП/СВ, включая общих терапевтов и педиатров с участием врачей других специальностей. В работе ВОП/СВ должен быть задействован специально подготовленный, вспомогательный персонал, т.е. мед.сестры общей/семейной практики. Большинство услуг ПМСП оказывается в поликлиниках, амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах.

Постановлением Правительства РК были регламентированы выплаты надбавки и 90 тыс. тенге, а также облегченный банковский кредит каждого врача работающего на селе. Это диаметрально изменило положение – востребованность в кадрах этой специальности. Во многих областях РК органами управления здравоохранения разработаны региональные программы развития службы ВОП/СВ. Врачи общей практики (семейной) – это специалисты, прошедшие последипломную подготовку по медицинской специальности ВОП/СВ. Продолжительность подготовки ВОП/СВ в большинстве стран составляет от 3 до 6 лет. В настоящее время у нас в РК используются различные схемы подготовки в соответствии с национальными образовательными стандартами. Основными задачами профессиональной подготовки ВОП/СВ должны быть: увеличение объёма имеющихся теоретических знаний, формирование практических навыков для ведения больных с наиболее распространенными заболеваниями, неотложной помощи больным, обучение современным и эффективным методам лечения, закрепление всех этих навыков с учетом работы на врачебном участке, несёт всю полноту ответственности как за здоровье отдельного человека, так и за уровень здоровья обслуживаемого населения. Кроме того, ВОП/СВ должны обладать широкими знаниями в области профилактики заболеваний и социальной гигиены, а также организации здравоохранения и др.

Следует уделить особое внимание изучению экономики, психологии, социологии и других дисциплин, необходимых для подготовки не только грамотного, технически оснащенного врача-клинициста, но и врача-администратора. Кроме того, оказание первичной медико-социальной помощи населению должно осуществляться при условии существования налаженного механизма повышения квалификации ВОП/СВ, а также постоянных контактов их с врачами узких специальностей. В настоящее время в ряде стран организованы специальные центры подготовки ВОП/СВ на базе кафедр медицинских институтов, амбулаторно-поликлинических учреждений, Академии и факультетов усовершенствования врачей. Необходимо, чтобы медицинские ВУЗы получали социальные заказы от местных органов здравоохранения на подготовку ВОП/СВ. Это позволяет трудоустроить будущих специалистов. Финансирование ВОП/СВ осуществляется в рамках финансово-экономического пространства конкретного региона в соответствии с его ресурсными возможностями и с учетом особенностей демографического состава прикрепленного к врачу населения. Для ускорения развития системы ВОП/СВ необходимо создавать её на новых организационно-правовых принципах, где ВОП – индивидуальный субъект правовых отношений с ограничением правоспособности, касающейся условий некоммерческой деятельности и льготного налогообложения. Это является условием для реальной заинтересованности врача в результатах своей деятельности, повышения его престижа и гарантирует реализацию права пациента на свободный выбор врача.

Следует признать, что реформирование первичного звена здравоохранения – переход к работе по принципу ВОП/СВ практики – в стране медленно набирает темпы. В областях этот процесс протекает

достаточно неравномерно. Для более динамичного развития ВОП/СВ практики в регионах Республики необходимо решение таких первоочередных задач, как разработка нормативно-правовых и финансовых документов, регламентирующих профессиональную деятельность ВОП/СВ практики, а также создание и апробация различных моделей организации ВОП/СВ практик. Особую актуальность для внедрения института ВОП/СВ представляет сельское здравоохранение. Но сельские врачебные амбулатории и участковые больницы, работа которых организована по принципу семейной медицины, не имеют лицензии на вид деятельности. Социально-экономическая категория ВОП/СВ до сих пор не оформлена как самостоятельная система здравоохранения в Республике, как научно обоснованная специальность. Однако, организация ВОП/СВ-практики в областях и объём при амбулаторно-поликлинической службе идёт медленнее, чем предполагалось, и встречает на своём пути активное и пассивное сопротивление, а также крайне медленно внедряются современные стационарозамещающие технологии. Неукомплектованность врачами первичного звена возрастает, причём в стационарах число работающих увеличивается, что говорит о продолжающейся диспропорции в развитии ПМСП. Перераспределение объёмов оказания медицинской помощи на менее ресурсоёмкие идёт медленными темпами. Расширение сети специализированной медицинской помощи на догоспитальном этапе привело к тому, что участковый врач перестал быть лечащим врачом пациента, оказываемая им медицинская помощь ограничивается лечением только наиболее распространенных терапевтических заболеваний, и он фактически не несёт ответственности за объём и качество оказываемой медицинской помощи.

В результате, с одной стороны, такой специалист абсолютно не конкурентоспособен в рыночных условиях, с другой – не обеспечивает необходимого объёма профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи, что в конечном итоге сдерживает процесс реформирования скорой и стационарной медицинской помощи, перераспределения ресурсов и повышения эффективности функционирования системы здравоохранения в целом. Многие медицинские учреждения продолжают практику ведения больных в подобных стационарах при поликлиниках не лечащими врачами ВОП/СВ, а штатными врачами этих стационаров, что напрямую противоречит концепции перехода к системе ВОП/семейной медицины. Недостаточно широко используется контрактной при оплате труда врачей и специалистов со средним медицинским образованием, а ведь это может оказать решающее влияние на ускорение внедрения в практику современных организационных и медицинских технологий. Кроме того, большинство случаев не включают модели оценки конечных результатов труда специалистов, применение которых позволяет существенно изменить качество оказания медицинской помощи, повысить ответственность за своевременное и полное проведение профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятия, снижение степени затратности при оказании необходимых медицинских услуг. Особенно констатируем роль сестринского персонала в организации деятельности ВОП/СВ. Результативность и эффективность ВОП/семейной медицины в большей степени зависит от того, насколько хорошо подготовлен средний медицинский персонал. Сестрам ВОП/СВ приходится выполнять более широкий спектр манипуляции и обладать для этого большим количеством навыков по сравнению с обычными мед.сёстрами. Ещё шире круг обязанностей у фельдшеров. Расширение сферы деятельности среднего медицинского персонала должны сыграть важную роль в обеспечении специальной и медико-санитарной помощи больным и семьям РК. В работе ВОП врач и мед.сестра являются партнёрами, и от их взаимопонимания зависит контакт с больным и его родственниками.

Имеется и ещё один очень действенный механизм влияния на организацию, уровень и качество оказания первичной медицинской помощи. Это сформированная и уже функционирующая контрольно-разрешительная система, включающая в себя лицензирующие органы и системы стандартизации в отрасли. Таким образом, от этого зависит, насколько формирующаяся система ПМСП соответствует существующим требованиям и нормам, насколько чётко и корректно осуществляется контроль за выполнением лицензионных условий, насколько унифицированы при сохранении определенной гибкости модели подхода в организации практики деятельности врачей, средних медицинских работников, психологов и социальных работников, т.е. всей команды, зависит и успех проводимой реформы.

Кроме того, необходимо усилить на всех уровнях мониторинг и научное сопровождение проводимых реформ, обращаем внимание – переход ВОП/СВ практики как на ключевой момент преобразования всей системы здравоохранения и развитие общественного здравоохранения, расширение партнёрства при решении вопросов профилактики заболеваний и укрепления здоровья нации. Для развития ВОП/СВ требуется также разработать правовую и нормативную базу всей деятельности первичной медико-санитарной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агларова Л.С. Объём и характер амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами городскому населению // Здравоохран. РФ. – 2007. - № 2. – С. 26-29.
2. Агларова Л.С. Организация труда и анализ трудовых затрат врачей общей практики // Здравоохран. РФ. – 2006. - № 1. – С. 46-47.
3. Асадов Д.Л., Менликулов П.Р. Организация работы врача общей практики // Мед. журн. Узбекистана. – 1997. - № 4. – С. 12-14.

4. Багирова Г.Г., Волков Н.А., Краснова Т.Б. О последипломной подготовке врачей общей практики // *Терап. Арх.* – 1997. - № 3. – С. 78-80.
5. Беляков Н.А., Кром Л.И., Буравцов В.И., Гончар Н.Т., Каноплин А.С. О тенденциях в организации последипломной подготовки кадров здравоохранения // *Проблемы социал. гигиены, здравоохран. и история медицины.* – 2007. - № 1. – С. 51-53.
6. Гаилов А.Г. К оценке эффективности реформы здравоохранения в Таджикистане // *Здравоохран. РФ.* 2004. - № 3. – С. 36-37.
7. Денисов И., Новичкова Е.Н. Работа общей практики в современных условиях // *Врач.* – 1997. - № 4. С. 43-44.
8. Кислов А.И., Сопина Н.В., типичкин В.А. Опыт подготовки врачей первичного звена здравоохранения // *Здравоохран. РФ.* – 2007. - № 2. – С. 9-12.
9. Менликулов П.Р., Маркова Э.Р., Мухамедиярова Р.Г. Организация первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики в городах Республики // *Мед. журн. Узбекистана.* – 2001. - № 2-3. – С. 2-4.
10. Нечаев В.С., Кошман К.Б. Медико-социологические характеристики работы врача общей практики // *Здравоохран. РФ.* – 2008. - № 2. – С. 18-20.
11. Поляков И.В., Зеленская Т.М. Проблемы семейной (общеврачебной) практики // *Здравоохран. РФ.* – 2001. - № 2. – С. 24-26.
12. Соколовская Л.А. Программное обеспечение развития службы врача общей практики // *Здравоохран. РФ.* – 2005. - № 4. – С. 34-36.
13. Стремоухов А. О подготовке врачей общей практики // *Здравоохран. РФ.* – 2002. - № 3. – С. 59-61.
14. Тишук Е.А. Что может врач общей практики // *Мед. газета.* – 2004. - № 35 (306). С. 5.
15. Тишук Е.А., Щепина О.М. Актуальные вопросы управления здравоохранения // *Здравоохран. РФ.* – 2003. - № 3. – С. 28-30.

УДК: 616.2617-089-039.571.003.1

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

С. Ж. Мамедов

Областная клиническая больница, г.Шымкент

Центр амбулаторной хирургии и травматологии, г. Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

В настоящее время во всём мире специалисты в области организации здравоохранения признают чрезмерность и недостаточную эффективность затрат на стационарную помощь. Стратегическими направлениями реформирования здравоохранения являются общее сокращение числа больниц и совокупного коечного фонда, а также сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре [4, 7, 8, 12]. В тоже время зарубежный опыт показывает, что до 40-50% плановых хирургических операций можно выполнить в амбулаторно-поликлинических учреждениях [1, 5, 7, 14]. По данным некоторых авторов [5, 7] расширение объёма хирургической помощи в амбулаторных условиях позволяет выделить их следующие преимущества по сравнению с традиционной формой оказания хирургической помощи больным в стационаре. Сокращаются сроки оказания больным плановых и экстренных операций, высвобождается значительное число коек в хирургических стационарах для проведения оперативных вмешательств плановым больным, сокращаются сроки выздоровления, уменьшаются материальные и финансовые затраты на лечение больных, что даёт возможность получить ощутимый экономический эффект [2, 3, 9, 10].

Другим преимуществом амбулаторной хирургической помощи является значительное снижение частоты послеоперационных осложнений, прежде всего, гнойно-септического характера [1, 8, 15], так как в условиях дневного хирургического стационара практически отсутствует внутригоспитальная инфекция [6, 9, 11, 13]. Не менее показательными являются результаты Центра амбулаторной хирургии (ЦАХ) с дневным стационаром в лечении больных с гнойными заболеваниями и травмами, осложнившимися инфекциями, до 45% и более от числа пациентов хирургических клиник. В последние годы отмечается существенный рост числа больных этой категории, что приводит к дефициту коечного фонда в гнойных хирургических стационарах [1, 3, 8]. Решению проблемы оказания медицинской помощи этим больным в значительной степени способствует организация ЦАХ с дневным стационаром, который доказал свою эффективность за счет снижения уровня госпитализации больных этого профиля в специализированные стационары до 2% [2, 6, 8, 10].

Таким образом, пересмотр отношения к оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях сегодня диктует необходимость обеспечить должное качество медицинских услуг при наименьших затратах. Кроме того, можно подчеркнуть, что только рациональное, научно-обоснованное с медицинских и социально-экономических позиций сокращение коечного фонда с адекватным внедрением вариантов ЦАХ с дневным стационаром лечебно-диагностической помощи может дать ожидаемый эффект. Как правило, чаще в литературе описывается работа ЦАХ на базе крупных многопрофильных поликлиник в составе больницы. В связи с этим, хотелось бы поделиться опытом организации и работы ЦАХ в г. Шымкенте в составе поликлиники, которая обслуживает город и прилегающие районы области, 2 промышленных предприятия и несколько учебных заведений. Поликлиника расположена в типовом 2-этажном здании, рассчитанным на 1000 посещений за смену. В мае 1995 г. на базе поликлиники создан Центр амбулаторной хирургии. Главными

принципами работы ЦАХ являлись: безопасность для пациентов, максимальный клинический эффект, достигаемый применением самых современных хирургических технологий, минимальные экономические затраты. В состав ЦАХ входят: операционно-перевязочный блок, развёрнутый с соблюдением санитарно-эпидемиологических принципов. Операционная оснащена наборами инструментов общехирургического принципа и ортопедо-травмотологического назначения. Для анестезии используется анестезиологическое и реанимационное оборудование. Для послеоперационного наблюдения имеются 30 коек. Инфузионно-трансфузионная терапия проводится в условиях процедурного кабинета на 4 кушетках. Хирургические манипуляции выполняются в условиях перевязочной, где имеется всё необходимое оснащение.

На первом этапе (1995-2002 г.г.) работа осуществлялась руководителем Центра, врачом хирургического дневного стационара, операционной, перевязочной, процедурной, постовой медицинскими сёстрами, врачом-анестезиологом (1,0 ставки), медицинской сестрой-анестезисткой. По мере накопления опыта, расширения объёма помощи изменилось штатное расписание и структура ЦАХ. С июня 2008 г. в состав Центра амбулаторной хирургии вошло хирургическое отделение дневного пребывания (30 коек). В отделении - 5 операционных, перевязочная, процедурная, весь необходимый инструментарий и оборудование. Это позволило расширить диапазон операций в рамках претворения принципа «хирургия одного дня». В штате отделения - уролог, гинеколог, сосудистый хирург, невропатолог. Имеется палата интенсивной терапии, есть возможность круглосуточного наблюдения за больными. Это позволяет использовать весь современный диапазон методик для проведения анестезиологической помощи.

Качество выполнения хирургических вмешательств в ЦАХ определяется высокой квалификацией специалистов, что является главным условием при организации таких центров и формировании их штатов. Это обуславливает необходимость принятия всех мер безопасности для выполнения операций в рамках амбулаторной хирургии. Оценивая первый опыт работы и перспективы дальнейшего развития хирургической помощи в системе лечебных учреждений дополнительного звена, необходимо отметить, что основными путями повышения хирургической активности в амбулаторно-поликлинических условиях и расширения объёма помощи больным хирургического профиля можно считать следующие: придание системе квалифицированной и специализированной хирургической помощи в лечебных учреждениях дополнительного звена официального статуса как фактора ранней профилактической хирургической санации населения, создание в амбулаторно-хирургическом Центре современных операционно-перевязочных блоков с палатами послеоперационного пребывания больных, комплектование штатов таких формирований квалифицированными хирургами, анестезиологами и средним медицинским персоналом, оснащение Центра современным оборудованием, диагностической аппаратурой и инструментарием, организация транспортировки пациентов после оперативных вмешательств и последующего наблюдения за их состоянием на дому, а также четкой организации работы ЦАХ.

Отбор пациентов, в лечении которых возможно в условиях ЦАХ, определяется на консультативном приёме в поликлинике. Необходимо подчеркнуть высокую ответственность в определении показаний к осуществлению лечения в рамках принципа в амбулаторных условиях. Определять показания и лечебную тактику должен специалист, имеющий широкую клиническую эрудицию и большой клинический опыт. Всё должно быть подчинено главным принципам - полная безопасность для больного и максимальный лечебный эффект. Пациентам должен быть представлен выбор операций и хирурга, осуществление в условиях круглосуточного или дневного стационара или стационара дневного пребывания, а также должно быть получено согласие больного и родственников на проведение оперативных вмешательств в условиях ЦАХ. Важным критерием отбора пациентов в ЦАХ являются конкретные нозологические формы с особенностями их клинического течения. Предоперационная подготовка осуществляется в дневном стационаре, вечером накануне дня госпитализации. Утром, после записи ЭКГ, термометрии тела, осмотра врача приёмного отделения и при отсутствии противопоказаний пациента госпитализируют в ЦАХ. В отделении его осматривает лечащий врач, руководитель Центра и анестезиолог, назначается премедикация.

Преобладающее число пациентов, прошедших лечение в ЦАХ, это пациенты с патологией вен, грыжи различных локализаций, удаление доброкачественной опухоли кожи и подкожных клетчаток, вскрытие гнойников пальцев кисти и стопы и других частей тела, репозиции костных отломков неосложнённых переломов, некоторые гинекологические манипуляции, а также урологические операции. Рамки данной работы не позволяют нам подробно остановиться на особенностях лечебно-тактических принципов оказания оперативной помощи данным группам больных. Это будет предметом детального анализа в последующих публикациях. Оперативные вмешательства в целом проводились по известным методикам. Важное значение придаётся любым техническим особенностям, возникающим в ходе операции, которые могут повлиять на развитие послеоперационных осложнений и обусловить высокий риск их возникновения после ранней выписки пациента. У пациента даже с минимальными интраоперационными осложнениями дальнейшее лечение проводится в профильных отделениях стационара.

Выписка пациента осуществляется после совместного решения хирурга и анестезиолога с учетом течения ближайшего послеоперационного периода при согласии самого пациента, доставка его домой осуществляется санитарным транспортом в сопровождении бригады интенсивной терапии или фельдшера в зависимости от объёма и характера перенесенного вмешательства и анестезии. Практически всех

оперированных в условиях на следующий день осматривает на дому оперировавший хирург. В его задачи входят: оценка состояния, выявление осложнений в послеоперационном периоде, перевязки, удаление дренажей, определение показаний к госпитализации пациента в отделении стационара или плана дальнейшего наблюдения. При гладком течении послеоперационного периода, дальнейшее лечение больного осуществляет профильный специалист на дому. Экстренную медицинскую помощь согласно технологической программе лечения обеспечивает служба скорой медицинской помощи. При наличии показаний, врач выездной бригады принимает решение об экстренной госпитализации и пациента и осуществляет доставку.

Таким образом, накопленный опыт в работе ЦАХ по амбулаторной хирургии позволяет нам прежде всего экономить материальные и финансовые ресурсы. В последние годы рыночные отношения утверждаются нашей Республикой во всех отраслях. Не стало исключением и здравоохранение, где происходит структурная инвестиционная и кадровая перестройка, направленная на повышение экономической, и, что особенно важно - клинической эффективности системы, улучшение качества оказания медицинской помощи. Кроме того, создание центра амбулаторной хирургии крайне выгодно для государства, так как расходы на лечение больного в нём в 8-10 раз ниже, чем в стационаре. Рентабельность учреждения может возрасти до 40-45%, так как темпы роста доходов должны вырасти за счёт того, что применение в Центре новейших технологий, базирующихся на последних достижениях науки и техники, невысокая стоимость лечения, хорошие результаты, скорейшее выздоровление и восстановление трудоспособности и психологических комфорт привлекут большой поток больных. Такой подход позволит еще в большей степени развивать новые перспективные и экономически выгодные направления медицинской помощи к населению в различных вариантах и формах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атаева А.Т., Калининская А.А., Солтанов Б.С., Кадамов К.К., Полубабкина О.В., Васюкова В.С. Объём и характер деятельности дневного стационара для травматологических больных // Вестн. хир., 2000. - № 5. - Т. 30. С. 47-49.
2. Гусарова Г.И., Кузнецов С.И., Павлов В.В. Опыт развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в Самаркандской области // Здравоох. журн. для руков. и глав. бухг. России. - 2004. - № 6. - С. 61-64.
3. Журавлёва М.О., Багирова Г.Г., Леонтьева Н.П. Опыт работы дневного стационара поликлиники // Терапев. арх., 2005. - № 1. - Т. 7. - С. 25-30.
4. Золотилов В.В., Соколов Н.В., Миначенко В.К., Маркевич Ю.Н. Об опыте работы центра амбулаторной хирургии // Здравоохр. РФ для руков. и глав. бухг., 2001. - № 5. - С. 35-37.
5. Корюкин В.Г. Научное обоснование и механизм реализации обязательного мед. страхования в крупном городе. // Авт. дис. д-ра мед. наук - СПб, 1998. - С. 42.
6. Красильников А.В. Эффективность работы дневного стационара специализированного лечебного учреждения // Экон. и здравоохранение. - 2004. - № 11-12. - С. 41-46.
7. Лактионова Л.Г., Рогозин В.В. Организационная структура отделения амбулаторной хирургии с дневным стационаром на базе многопрофильной поликлиники // Здравоохр. РФ. Журн. для руков. и глав. бухг., 2004. - № 1. - С. 31-33.
8. Лисицин А.С., Савельев Ю.С., Дергачев С.В., Винник Л.Ф., Марушкин А.В., Малкин Д.М., Новиков К.В., Лисицина М.А. Амбулаторная хирургия в Санкт-Петербурге // Рос. мед. журн., 2002. - № 6. - С. 9-11.
9. Мосиенко Н.И., Кутин А.А., Магомедов Р.Х., Наумов С.С. Медицинская и экономическая эффективность работы центров амбулаторной хирургии // Рос. мед. журн., 2001. - № 5. - С. 9-11.
10. Положенцев С.Д., Малкин Д.М., Марушкин А.В., Лисицин А.С., Винник Л.Ф., Гончаров В.П., Шанин С.С. Совершенствование амбулаторной хирургической помощи по опыту работы центра амбулаторной хирургии // Ортопед. и травм., 2001. - № 5. - С. 53-55.
11. Раннев И.Б., Наумов С.С., Магомедов Р.Х., Башанкаев Б.Н. Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспектива их развития // Рос. здравоохр., 2005. - № 3. - С. 36-40.
12. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития - М., - 2007.
13. Durant Q.D. Ambulatory surgery Centers. Surviving, thriving into the 2000 - 5 // Med. Group Mangement J. 1999, Vol. 36, N 2 - P. 14-20.
14. Health Affairs Washington D.C. - 1996. - P. 17.
15. Marles D. Some day surgery (instructions) // Ytalth Affairs Washington D.C. - 1996. - P. 17.

УДК 618.3:616.916.1

КРАСНУХА И БЕРЕМЕННОСТЬ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ, АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ

*С.Н.Кульбаева, Р.Т.Глеужан, Г.Б.Сапиева, К.О.Абжаппарова, З.С.Хаджиметова, С.Ф. Зазулин
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр №2, г.Шымкент
ЦРБ Сайрамского района, с.Аксукуент*

ТҮЙІН

Қызылша аса қауіпті жұқпалы аурулар қатарына кірмейді, көптеген дамыған елдерде бұрын осы аурумен ауырғаны туралы мәліметтерсіз және серологиялық зерттеулер нәтижелерімен 20% әйелдер бала туу жасына жетіп отырған. Қызылшамен ауырмаған жүкті әйелдер қызылшамен ауырған көптеген балармен қарым-қатынаста (мысалы, балалар мекемелері, мектептер, ауруханалар жұмысшылары), болса, онда ауруды жұқтырып алу мүмкіндігі жоғары болып табылады. Қорыта келе айтқанда акушерлік көзқараспен қарағанда қызылша туралы сұрақ, әсіресе құрсақішілік инфицирлену диагностикасының әдісіне келетін болсақ толық ашылмаған және ары қараай зерттеуді қажет етеді.

SUMMARY

The rubella is not an infectious disease and according to official returns in different developed countries 20 % of women of genital age were without sign of this disease. The pregnant women who were not ill but contacted with children with this disease may expose themselves the large risk of infection

Краснуха - это острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом семейства тоговирусов. Главными клиническими признаками краснухи являются мелкопятнистая кожная сыпь, увеличение затылочных и задне-шейных лимфоузлов, общая интоксикация и гематологическая реакция. Вирус краснухи нестоек во внешней среде, очень чувствителен к воздействию температуры и химических веществ. Передача инфекции происходит воздушно-капельным путем. Для заражения требуется достаточно длительный и тесный контакт с больным (уход за больным ребенком, совместное пребывание в помещении и др.), но поскольку краснуха нередко протекает скрыто, когда конкретно произошел контакт, может быть неизвестно (1). Краснуха относится к детским инфекциям, но ей болеют и взрослые - особенно во время периодически повторяющихся (особенно в весеннее время) эпидемических вспышек. Инкубационный период продолжается 15-21 день. У детей заболевание протекает относительно легко. Начинается остро, с появления на коже бледно-розовой мелкопятнистой сыпи, не возвышающейся над поверхностью кожи, размером до 3-5 мм. Сыпь сначала появляется на лице, быстро распространяется по всему телу, особенно много элементов на спине, ягодицах, разгибательных поверхностях рук и ног. На ладонях сыпи не бывает. Позже может присоединиться увеличение задне-шейных и затылочных лимфатических узлов, незначительная лихорадка, катар верхних дыхательных путей и как осложнение - полиартралгия. У взрослых заболевание обычно протекает значительно тяжелее. Высыпанию могут предшествовать продромальные явления в виде общего недомогания, головной боли, озноба с повышением температуры до 38°, болей в суставах, насморка, болей в горле и, как правило, системного увеличения лимфоузлов, особенно задне-шейных и затылочных. Самым частым осложнением у взрослых является поражение мелких суставов рук в виде артралгий и полиартритов, которое встречается у трети заболевших. Самое тяжелое, хотя и редкое, осложнение - это поражение центральной и периферической нервной системы - энцефалит, периферические невралгии (2).

При лабораторном исследовании крови характерно наличие нейтрофильного лейкоцитоза и появление специфических плазматических клеток. За 2-3 дня до появления сыпи из носоглотки можно выделить вирус краснухи, а в конце высыпания или после его исчезновения - наличие и рост в сыворотке крови специфических антител, что определяется специальной серологической реакцией. Из крови выделяется специфический антиген IqM - такие исследования проводятся за рубежом. Краснуха не является очень заразным заболеванием, и до недавнего времени в большинстве развитых стран примерно 20% женщин достигало детородного возраста, не имея, по данным серологического исследования, следов ранее перенесенного заболевания. Не переболевшие краснухой беременные женщины, контактирующие с большим количеством детей (например, работники детских учреждений, школ, больниц), среди которых могут быть больные краснухой, в том числе и со скрытым течением, подвергают себя большому риску заражения (3).

Влияние краснухи на плод. Долгие годы это заболевание не привлекало внимания акушеров. Лишь в начале 40-х годов австралийские медики на основании целого ряда наблюдений определили, что вирусы краснухи могут вызывать врожденные пороки плода и ряд других серьезных осложнений беременности, например спонтанный аборт, мертворождение и др. В дальнейшем эти данные подтвердились. В настоящее время заболевание беременных краснухой и ее отрицательное влияние на плод превратилось в серьезную проблему современного акушерства (2). Различают две формы болезни - врожденную и приобретенную. Они имеют существенные различия - прежде всего в механизме заражения. Вирус может передаваться двумя путями: горизонтальным - от больного к здоровому при контакте и вертикальным - от матери к плоду. При горизонтальной форме передачи возбудитель проникает воздушно-капельным путем в слизистую оболочку верхних дыхательных путей, затем - в кровь и распространяется по всему организму, поражая, в основном, капиллярную сеть и лимфатическую ткань. В период беременности вирус обладает избирательным тропизмом к молодой эмбриональной ткани, вызывая в первые три месяца беременности хроническое инфицирование эмбриона, нарушающее его внутриутробное развитие, или так называемую инфекционную эмбриопатию, а в более поздние сроки после формирования плаценты - инфекционную фетопатию. В первые недели беременности поражение эмбриона происходит через кровь матери и хорион во время общей вирусемии беременной. В дальнейшем, после формирования плаценты (14 недель беременности и позже), преобладает трансплацентарный характер заражения. Вирус краснухи через кровь матери во время общей вирусемии из

межворсинчатого пространства быстро проникает в фетальные сосуды, далее в пупочные сосуды и быстро достигает эндокарда, откуда некротические массы, содержащие активный вирус, гематогенным путем разносятся по всему организму, инфицируя различные органы и ткани плода.

Краснуха у беременных может иметь следующие последствия для плода: - отсутствие воздействия на плод; - инфицирование только плаценты; - инфицирование плаценты и плода, причем действие вируса на плод может проявляться разнообразно - от поражения многих систем до бессимптомного течения; - гибель плода, самопроизвольный аборт и мертворождение. Частота и степень поражения плода в значительной степени определяется сроком беременности в момент заражения.

Чем меньше срок беременности, при котором женщина заболела краснухой, тем чаще и значительнее проявляются тератогенные действия вируса. Наиболее опасен первый триместр беременности, в период органогенеза, по-видимому, потому, что эмбрион еще не обладает защитной реакцией. В 9-12 недель беременности тератогенность - 20-25%, а инфицирование - 35-40%. В 13-16 недель тератогенная опасность - 10-15%, инфицирование - 25%. Считается, что после третьего месяца беременности опасность инфицирования плода значительно снижается. Так, на 4-м месяце она составляет 5-6%, на 5-м и позднее - около 1-1,7%. Однако приведенные данные не являются вполне достоверными, так как в последнее время многие исследователи считают, что в первый триместр беременности опасность заражения приближается к 100%, а инфицирование плода может последовать за инфицированием матери в любые сроки беременности - вплоть до третьего триместра (1).

По некоторым данным, у женщин, заболевших за 6-12 месяцев до зачатия, также может отмечаться внутриутробное инфицирование плода; это, очевидно, объясняется длительным сохранением вирусов и их антигенов в крови матери. Поражения плода вирусом краснухи разнообразны, причем степень поражения не зависит от степени тяжести заболевания беременной. Выделяют классический синдром врожденной краснухи, так называемую триаду Грега (врача-окулиста из Австралии, который впервые описал наиболее типичные аномалии развития у плодов, родившихся от матерей, переболевших краснухой). Это: 1) катаракта - 75%; 2) пороки сердца - 50%; 3) глухота - 50%. Кроме классического синдрома существует расширенный синдром врожденной краснухи, который характеризуется множеством аномалий: 1. Микроцефалия, микрофтальмия. 2. Расширение родничков. 3. Глаукома. 4. Поражение головного мозга. 5. Поражение вестибулярного аппарата. 6. Пороки развития скелета. 7. Гепатоспленомегалия. 8. Пороки развития мочеполовых органов. 9. Другие повреждения и их сочетания.

Поражение нервной системы не всегда диагностируется при рождении, так как может проявляться гораздо позже в виде судорог, парезов, умственного недоразвития - от незначительного до идиотии. Инфицированные краснухой дети, даже не имеющие пороков развития, часто рождаются с малой массой тела и малым ростом, и в дальнейшем отстают в физическом развитии. Видимо, это связано с общей внутриклеточной интоксикацией. Кроме тератогенного воздействия вируса на плод могут встречаться и другие виды осложнений беременности: невынашивание (10-40%); мертворождение (20%); ранняя неонатальная смертность (25%); общее недоразвитие, сепсис. Вероятно, эта патология обусловлена общей интоксикацией, гипертермией, фетоплацентарной недостаточностью в результате инфицирования плаценты и нарушения обмена веществ. При краснухе может возникать чисто акушерская патология при родах: аномалия родовой деятельности, кровотечение, септические осложнения (2).

Диагностика краснухи. При типичной клинической картине, подтвержденной конкретным контактом, диагностика краснухи особых трудностей не представляет. Большое значение имеет эпидемиологический анамнез, то есть контакт не болевших краснухой и непривитых до беременности женщин с больными краснухой (уход беременных за больными детьми, работа в детских коллективах во время вспышки инфекции). Подозрение на краснуху, особенно во время эпидемии, возникает при появлении типичной сыпи, конъюнктивита и фарингита, а также увеличении заушных и шейных лимфатических узлов, артралгиях, полиартрите. Сыпь необходимо отличать от сыпи при кори, энтеровирусе, лекарственных аллергиях. Поэтому одних клинических симптомов для постановки диагноза недостаточно. Для подтверждения заражения краснухой необходимы: - выделение вируса из носоглотки обычно за 2-3 дня до высыпания путем посева на питательную среду; - положительная серологическая реакция крови с антигеном краснухи, при которой отмечается резкое нарастание антител в динамике, для чего реакцию следует проводить с промежутком 2-14 дней; - выделение из крови специфического для краснухи антигена IqM.

При интерпретации результатов серологического и бактериального исследований следует учитывать следующие факторы: 1. Инкубационный период - с момента контакта до появления сыпи или получения антител - составляет 14-21 день. 2. Сыпь держится в течение 2-7 дней и исчезает после образования антител, а вирус определяется в мазке из носоглотки еще около 2 недель, поэтому общий заразный период для плода доходит до 4 недель. 3. При оценке серологического исследования следует также учесть, что беременная может быть иммунизирована до беременности, в этом случае она будет сероположительна. Введение человеческого гамма-глобулина с профилактической целью беременным после контакта, по мнению большинства специалистов, нецелесообразно, так как он может изменить клинические проявления болезни, отсрочить появление антител в сыворотке крови и тем самым отсрочить время постановки правильного диагноза.

Итак, показателями недавно перенесенной краснухи являются: - выделение вируса краснухи из

носоглотики и крови; - повышение титра антител (в четыре раза и более) в динамике в двух порциях сыворотки, взятых с промежутком 2-14 дней; - наличие в крови специфического антигена IqM, который определяется только через 4 недели после начала заболевания. Если диагноз "краснуха" остается сомнительным, особенно в тех случаях, когда контакт имел место на раннем сроке беременности, то в 14-20 недель можно провести амниоцентез и попытаться выделить вирус из амниотической жидкости, хотя и отрицательные результаты не исключают инфицирования плаценты и плода, так как вирус к этому времени может исчезнуть.

Диагностика врожденной краснухи. Подозрение на врожденную краснуху у детей может быть основано на: - наличии одного или нескольких клинических признаков (см. выше) у новорожденного; - подтвержденном или подозреваемом заболевании краснухой у матери во время беременности; - выделении вируса из содержимого носоглотки, мочи, спинномозговой жидкости, особенно в первые три месяца жизни; - выделении специфического для краснухи антигена IqM из крови пуповины вскоре после рождения, что указывает на внутриутробное заражение; - наличии антител к краснухе в возрасте до 6 месяцев, особенно на фоне соответствующих клинических проявлений, так как свежеприобретенная инфекция в раннем детском возрасте не встречается.

Лечение краснухи и акушерская тактика. Специфического лечения неосложненная краснуха не требует. Показана изоляция, постельный режим. При осложнениях назначают: анальгетики; сульфаниламидные препараты; по показаниям антибиотики, полоскание горла антисептическими растворами; салицилаты. Подтвержденные данные - эпидемиологические, клинические, серологические - о заболеваемости краснухой в первом триместре и даже до 16 недель, независимо от тяжести заболевания, являются показанием для искусственного прерывания беременности при сроке до 16 недель. При контакте не иммунизированной до зачатия женщины с больным краснухой показан посев на вирус спустя 14-21 день после контакта и двухкратное серологическое исследование сыворотки крови на антитела. При положительных бактериологических и серологических результатах беременность прерывают на сроке до 16 недель даже при отсутствии клинических данных, учитывая возможное скрытое течение болезни. Введение человеческого гамма-глобулина беременным после возможного контакта с целью профилактики инфицирования плода не рекомендуется, так как это не предотвращает поражения плода, а лишь облегчает течение болезни. При выявлении заболевания или подозрении на инфицирование плода, если беременная заболела на сроке свыше 16 недель (подтверждено бактерио-серологическими исследованиями), показано прерывание беременности до 28 недель. При заболевании краснухой после 28 недель беременная берется на особый учет в группу высокого риска. В дальнейшем проводятся профилактические мероприятия по защите плода, лечение фетоплацентарной недостаточности, профилактика и лечение внутриутробной гипоксии плода, невынашиваемости, септических осложнений общепринятыми методами. Роды следует вести как угрожающие аномалиями родовой деятельности, кровотечением, септическими осложнениями, асфиксией новорожденного.

При выявлении признаков врожденной краснухи у ребенка или подозрении на нее следует как можно быстрее провести тщательное обследование (серологическое, неврологическое, аудиологическое, офтальмологическое). В дальнейшем ребенок должен постоянно наблюдаться у соответствующих специалистов. Необходимо учитывать, что зараженные дети в отличие от взрослых продолжают выделять вирус краснухи еще несколько месяцев после рождения и представляют потенциальную опасность для других беременных женщин, находящихся в родильном доме. Профилактика краснухи у беременных принадлежит акушеркам и врачам женских консультаций отделений патологии беременных, а также участковым и подростковым врачам. Санитарно-просветительская работа по данному вопросу является важнейшей обязанностью этих работников. Необходимо знать, что у женщин, перенесших краснуху, формируется стойкий и продолжительный иммунитет. Беременным, не иммунизированным до беременности, следует избегать контакта с больными краснухой, особенно это относится к работникам детских учреждений, в случаях ухода за больным ребенком в семье и др. В период эпидемической вспышки краснухи следует вообще избегать посещений детских коллективов и мест скопления людей: кинотеатров, поликлиник и т.п. До последнего времени на территории СНГ, активная иммунизация против краснухи не проводилась. В настоящее время в различных странах, в том числе и в Казахстане, определенным возрастным контингентам разрешено и рекомендуется применять несколько различных видов вакцин из живого ослабленного вируса краснухи, которые отличаются между собой по степени ослабленности, иммуногенности и частоте побочных действий. Это: моновалентная вакцина "Рудивакс", двухвалентная вакцина "Руди-рувакс", трехвалентная вакцина "Тримовакс". Степень защиты, которую дают прививки, в целом ниже, чем при естественном заражении, а уровень антител с годами снижается. Серологические исследования привитых показали повторное заражение у 50% лиц, прошедших иммунизацию, однако повторное заражение почти всегда протекает малосимптомно, а наличие вируса в крови отмечается крайне редко.

В мире существует два подхода к проблеме плановой иммунизации против краснухи. Так, в Великобритании, Австралии и большинстве европейских стран прививки делают всем девочкам-подросткам 8-14 лет. Недостатком является то, что многие к этому времени уже переболели краснухой; в детстве и имеют приобретенный иммунитет. У остальных, предположительно, вырабатывается иммунитет на период детородного возраста, но эпидемий этим предотвратить невозможно и серонегативные женщины могут заболеть в 50% случаев повторно, в том числе во время беременности. В США, Канаде используют другой

подход - прививки от краснухи делают всем мальчикам и девочкам в возрасте 12-15 месяцев, чтобы предотвратить эпидемии и снизить риск заражения вообще, в том числе и беременных. Но этот подход таит в себе риск снижения иммунитета к периоду репродуктивного возраста, и, следовательно, не исключена опасность заболевания во время беременности. Применение обоих подходов дает возможность иммунизировать женщин выборочно - перед планируемой беременностью, а также в послеродовой период на основании индивидуальных серологических исследований с целью профилактики заражения во время последующих беременностей. Целесообразно выделить группу так называемого повышенного риска среди девочек препубертатного и пубертатного возраста, не болевших ранее краснухой. Им следует рекомендовать активную иммунизацию, особенно в период, предшествующий запланированной беременности. В первую очередь это относится к учащимся ПТУ, студенткам, целесообразности иммунизации.

Подводя итоги, следует сказать, что вопрос о краснухе, с акушерской точки зрения, особенно если речь идет о методах диагностики внутриутробного инфицирования, остается не до конца изученным и нуждается в дальнейшем исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фризе К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. - Москва, 2003. - 108с.
2. Гусева О.И. Клиника, диагностика и лечение TORCH-инфекций во время беременности. - Н.Н.: 2002. - 86с.
3. Под ред. Стрижакова А.Н. и др. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. - М.: - 2004. - 283с.

УДК 616.314- 002: 616.314.17- 089- 084

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Л.О. Кенбаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

12-ден 18-жасқа дейінгі балаларды стоматологиялық зерттеулер нәтижесі жиілік және тіс жегі қарқындылығының жоғарғы пайызын көрсетті. Бұл жоспарлы бақылаудың қажеттілігін және жетілдіру қолайлығын алдын алу шараларын өңдеуді жергілікті және жалпы әрекетті талап етеді.

SUMMARY

Stomatologic inspection of children from 12 till 18 years has shown high percent of frequency and intensity of caries. It dictates necessity of planned supervision and working out of accessible preventive measures of local and general action

В понимании комплексной заботы о здоровье ребенка на первый план все больше выступает профилактическая точка зрения. Несмотря на давно известное утверждение, что «предотвращать легче, чем лечить», профилактика кариеса зубов длительное время находилась в отрыве от практики и в полном забвении. Профилактические мероприятия предусматривают: повышение устойчивости эмали к действию органических кислот; удаление зубного налета с поверхности эмали, что достигается правильной чисткой зубов; уменьшение пребывания сладостей в полости рта. К сожалению, большинство населения не в полной мере осознает необходимость и возможность проведения профилактических мероприятий и не владеет правилами ухода за полостью рта.

Пренебрежительное отношение к профилактике стоматологических заболеваний привело к тому, что интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди населения разного возраста продолжает увеличиваться, а число лиц без признаков заболеваний в полости рта остается низким. Нами было проведено стоматологическое обследование детей от 12 до 18 лет в трех школах г.Шымкента. Все обследуемые дети были разделены на три группы с учетом социально-экономического положения. Первую группу составили дети, проживающие в частном секторе, нередко в домах барачного типа, неблагополучном с точки зрения экологии, группу сравнения (вторая) составили дети наиболее благоприятные с точки зрения экологии, социального статуса и рационального питания. К третьей группе были отнесены дети разного социального положения, но проживающие в благоустроенных домах и в районе со средней загрязненностью. Обследование детей выявило некоторые особенности в количественном и качественном поражении кариесом. (таблица).

Показатели кариеса

Группы	Основная (1)			Сравнения (вторая)			Сравнения (третья)		
	Возраст	Число обслед	Распространенность	Число обследов	Распространенность	КПУ (M+m)	Число обследов в	Распространенность	КПУ (M+m)
12	28	92,8	3,4+0,2 3	21	95,2	2,1+0,2	30	86,6	2,8+0,2
13	52	96,1	3,5+0,2 0	16	87,5	2,2+0,3 1	25	80	3,5+0,2 5

14	16	87,5	4,2+0,2 5	28	78,6	2,2+0,3 1	58	96,5	3,5+0,3 0
15	15	86,6	3+0,41	15	80	2,2+0,3 8	17	94,1	3,7+0,3 9
16	41	100	4,8+0,2 3	30	83,3	4,6+0,1 3	37	86,4	4,4+0,1 8
17	27	96,2	4,2+0,3 7	27	85,1	3,3+0,4	32	93,7	4,3+0,3 9
18	18	94,4	5,2+0,5 7	20	90	3,6+0,4 4	21	90,4	3,8+0,5 1
Итого	197	95,8	4+0,32	157	85,3	3+0,31	220	90	3,7+0,3 2

В целом характерна высокая частота поражения кариесом зубов независимо от района проживания и возраста учащихся (от 80% до 100%). Наиболее высокие показатели распространенности кариеса наблюдались у подростков первой группы, проживающие в районе с наиболее неблагоприятными условиями проживания - 95,8 на 100 осмотренных. Высокое значение интенсивности в целом также выявлено у подростков первой группы. Наименьшее среднее число кариозных зубов на каждого обследуемого обнаружено у детей второй группы, проживающие в благоприятных условиях. Такие показатели сохранялись до 15 лет. Одинаково высокий по сравнению с предыдущими возрастами показатель интенсивности отмечен в 16 лет, независимо от группы наблюдения. Это, видимо, объясняется эндокринной перестройкой в организме подростков, стрессом, связанный с высокой образовательной нагрузкой, активным ростом, нерегулярным питанием и очень неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта отдельных учащихся.

Анализ же показателей числа кариозных, пломбированных и удаленных зубов показал, что у учащихся первой и третьей группы число кариозных зубов преобладает над пломбированными и уже есть удаленные постоянные зубы. Таким образом, обследование показало высокий процент частоты и интенсивности кариеса у детей неблагополучных с точки зрения экологии, социального статуса и рационального питания. Это диктует необходимость плановых наблюдений и разработки доступных профилактических мер местного и общего действия.

Большим достоинством профилактики стоматологических заболеваний является ее относительно низкая стоимость, по сравнению с лечением, предупредить заболевание стоит примерно в 10 раз дешевле, чем впоследствии лечить его. Поэтому именно сейчас, в период реформирования и расширения финансирования здравоохранения, наступает благоприятный момент для смены приоритетов и выработки правильных подходов к укреплению здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.В.Курякина. Терапевтическая стоматология. Москва-2004 г.
2. Х.М.Сайфуллина. Кариес зубов у детей и подростков. Москва-2001 г.

УДК 616.31- 053.2: 364.048.6 (574.5)

КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА НА БАЗЕ ОБЛАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

Л.О.Кенбаева, Е.К.Орманов

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областная стоматологическая поликлиника, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Іштен туған қоян жырық және жырық таңдаймен туылған балаларға кешенді емдеуді облыстық орталық жағдайында қайта қалпына келтіруді қамтуға мүмкіндігін береді. Оңтүстік Қазақстан облысында іштен туған қоян жырық және жырық таңдай мен туылған барлық балалар диспансерлік бақылауда және осы заманғы деңгейде емдеу. Алдын-алу іс-шарасын толық көлемде жүргізу.

SUMMARY

This article is about the complex system of childrens rehabilitation with the of cleft lip and cleft palate on the base of regional stomatological policlinic in town Shymkent.

Врожденные расщелины верхней губы и неба являются одними из наиболее частых и тяжелых форм врожденных пороков развития, которые сопровождаются тяжелыми анатомическими и функциональными нарушениями с первых часов жизни ребенка, что и определяет необходимость организации безотлагательной специализированной помощи детям с такого рода патологией. Частота рождения детей с пороками развития

лица и челюстей в странах СНГ колеблется от 0,7 до 1,5 на 1000 живорожденных детей. В странах Европы частота этих пороков развития составляет 1 на 1000, в Юго-восточной Азии 5-7 на 1000 живорожденных детей. [1]. По данным К.С.Бекбосыновой частота врожденных расщелин губы и неба в г. Шымкенте составляет 1,64 на 1000 рождений. Причем суммарная частота всех расщелин лица каждые 10 лет увеличивается почти в 2,5раза. [2]. В прямой зависимости от рациональности и своевременности проводимого лечения находится исход реабилитации, во многом определяющий жизненный путь ребенка, его воспитание, обучение, выбор профессии, участие в трудовой и общественной деятельности. В связи, с чем вопрос о лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба выходит за рамки медицинской проблемы и приобретает социально-экономический аспект.

Решение проблемы медико-социальной реабилитации детей с указанной патологией возможно только усилиями специалистов различных профилей: педиатров, стоматологов-хирургов, ортопедов, оториноларингологов, психоневрологов, генетиков, логопедов, методистов по лечебной физкультуре, объединенных в соответствующих центрах. [3]. Такого рода центр реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба действует на базе Областной стоматологической поликлиники города Шымкента и работает в тесном контакте с кафедрой стоматологии интернов ЮКГФА. Ведущими специалистами центра являются врач-ортодонт и хирург стоматолог. Они планируют лечение и его объем, определяют очередность вмешательств. Логопед занимается постановкой правильной речи у детей с расщелинами неба. Тренировки начинают в раннем возрасте (1-2 года), до образования у ребенка патологических навыков. Непосредственный контакт с малышом позволяет выработать у него правильное дыхание и сознательные речевые движения. Педиатр систематически следит за общим физическим развитием ребенка. Другие специалисты привлекаются по необходимости. Центр реабилитации проводит психологические разгрузки родителей, в беседах с которыми подчеркивается, что дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба, как правило, являются умственно полноценными (за исключением случаев, когда порок развития лица сочетается с врожденным пороком центральной нервной системы), а физические дефекты могут быть устранены в различные сроки по медицинским показаниям.

Опыт лечения 200 новорожденных свидетельствует об эффективности раннего ортопедического лечения, начатого в первые часы жизни, так как процесс кормления осложняет сообщение ротовой и носовой полости. Своевременное ортодонтическое лечение позволяет нивелировать данные осложнения. Ортопедический преформированный аппарат Т.В.Шаровой, фиксированный в полости рта ребенка до первого кормления, позволяет наладить грудное вскармливание, изменить в нужном направлении топографию расщепленных фрагментов верхней челюсти, ликвидировать дефект в области альвеолярных отростков и замкнуть их в единую дугу, что позволяет в свою очередь, в дальнейшем проведение оперативного вмешательства с хорошими анатомическими и функциональными результатами. [4]

Таким образом, предоперационное ортопедическое лечение должно рассматриваться как метод неотложной специализированной помощи детям с врожденными расщелинами верхней губы и неба с первых часов жизни в условиях родильного дома. Наш опыт показывает, что перенесение центра тяжести в комплексе мероприятий при лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба на раннее предоперационное ортопедическое лечение в условиях Областного центра реабилитации придает всем последующим манипуляциям более щадящий характер и гарантирует эффективную и полную реабилитацию детей в дошкольном возрасте. Раннее устранение обезображивания лица у ребенка снимает психическую травму у родителей, а затем и у самого больного, что создает нормальные условия для гармоничного развития личности и воспитания детей в дошкольных детских учреждениях. Раннее восстановление целостности органов жевательного и речевого аппарата создает условия для нормального развития звуковой речи и обучения детей с первого класса в общеобразовательной школе, возвращает им радость детства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Супиев Т.К., Негаметзянов Г.М., Ахмеджанов А.М. Поэтапная методика реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба с периода новорожденности.- Алматы, 1995.
2. Бекбосынова К.С., Тулебаев Р.К., Куандыков Е.У. // Здравоохранение Казахстана.-1996.-№ 4.-С.36-37.
3. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Основы ортодонтии.- Москва, 2001.
4. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Лечение зубочелюстно-лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами.- Москва, 1999.

УДК 616.314- 089.23- 053.2 (574.5)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ Г. ШЫМКЕНТА, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ

Л.О. Кенбаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Осы мақалада Оңтүстік Қазақстан облысының экологиялық қолайсыз аймақтарында тұратын балалардың эпидемиологиялық тексеру нәтижесінде тіс-жақ аномалиясы және ақауы калыптасу ерекшеліктері қарастырылған.

SUMMARY

This article presents the results of the lead epidemiological researches in studying the prevalence dentition anomalies and deformations in children of South-Kazakhstan .

Уровень здоровья человека в значительной степени зависит от качества среды его обитания. Загрязнения окружающей среды оказывает негативное воздействие на состояние здоровья жителей. Один из наиболее чувствительных показателей, отражающих изменение качества окружающей среды, - состояние здоровья детей. Организм детей находится в процессе роста, поэтому в большей степени подвержен влиянию различных факторов внешней среды. [1]. Южно-Казахстанский регион характеризуется сложной экологической обстановкой. Вредные вещества в атмосферу воздуха, воду, почву ЮКО поступают от предприятий нефтеперерабатывающей промышленности, энергетики, цветной металлургии, текстильной, хлопковой промышленности, фосфорного производства и автотранспорта. С 2002 года основными антропогенными загрязнителями окружающей среды в зоне влияния АО «Фосфор» оказываются преимущественно токсико-химическое воздействие на ЛОР-органы, являются: в атмосферном воздухе сульфаты, хлориды. В зонах функционирования и влияния хлопкоперерабатывающей и текстильной промышленности-хлорорганический и фосфорорганические пестициды.[2,3,4].

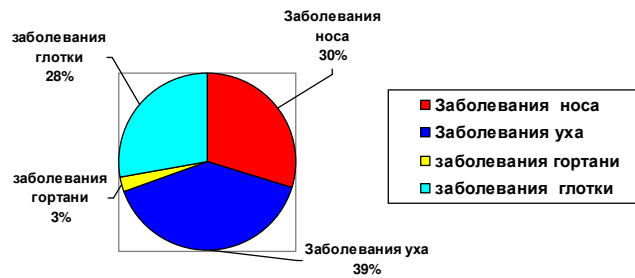
Превышение предельно допустимых концентраций (ПДК) в атмосфере ЮКО по азоту аммонийном составило до 2,29 ПДК, меди-3,1-25,7 ПДК, цинка-17,5-40,1 ПДК, нефтепродукта до 2,4 ПДК, марганца 2,5-8,6 ПДК. Индекс загрязненности воды (ИЗВ) составил 6.47-12,5 [2]. Высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха оказывает неблагоприятное воздействие на состояние здоровья населения: снижаются неспецифический иммунитет и сопротивляемость организма к неблагоприятным воздействием внешней среды, способствуя росту патологии органов дыхания как соматической, так и инфекционной природы. Отмечается рост таких экологически зависимых заболеваний, как бронхиальная астма у детей и подростков, новообразования во всех возрастных группах [1] Ухудшение экологической обстановки отрицательно влияет на частоту регистраций болезней ЛОР-органов, утяжеляет их течение и хронизацию. В литературе имеются данные о взаимосвязи зубочелюстных аномалий и деформаций с соматическими патологиями, но может ли неблагоприятная экологическая обстановка привести к росту патологии зубочелюстной системы?

Материалы и методы исследования: Проведено эпидемиологическое обследование 401 ребенка (169 мальчиков и 232 девочки) в возрасте от 3 до 16 лет, проживающих в г. Шымкенте и Южно-Казахстанской области. Стандартное эпидемиологическое обследование включало изучение состояния молочных и постоянных зубов, форму зубных дуг, прикрепление уздечек верхней, нижней губ и языка, глубину преддверия рта. Оценивали окклюзионные контакты в области передних и боковых зубов. Помимо стандартного эпидемиологического обследования, для определения влияния экзогенных факторов на развитие зубочелюстных аномалий плода проводили сбор анамнеза у матери и изучение амбулаторной карты ребенка. Обследуемые заполняли анкету, на основании которой в дальнейшем определяли социально-гигиенические и этиологические факторы. Влияющие на развитие патологии, оценивали информированность детей о наличии ортодонтической патологии и их мотивации к профилактике и лечению. Результаты клинического обследования фиксировали в соответствующем разделе анкеты врач-ортодонт. При заполнении ортодонтического раздела использовали классификацию ЗЧА и деформаций ВОЗ: регистрировали наличие диастемы, трем, скученного положения зубов, вестибулярно расположенного клыка, адентии; оценивали состояние окклюзии в трансверсальной, сагитальной и вертикальной плоскостях; КПУ+ кп, аномалии структуры твердых тканей зуба.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные свидетельствовали о высоком уровне нуждаемости в ортодонтическом лечении и диспансерном наблюдении 73% обследованных детей г. Шымкента. Отмечен низкий уровень информированности о наличии зубочелюстной патологии, профилактических мероприятиях и возможных вариантах ортодонтического лечения. Выявлены недостаточная медицинская активность и низкий уровень санитарно-гигиенических знаний у детей и родителей в отношении профилактики стоматологических заболеваний. Только 19% опрошенных оценивали свой прикус как «неправильный». Это свидетельствует о том, что большая часть школьников даже не догадывались об имеющихся у них аномалиях зубочелюстной системы. Только 1,7% из 58,7% нуждающихся в лечении проходят ортодонтическое лечение с помощью съемной и несъемной аппаратуры и состоят на диспансерном учете. Для 84% опрошенных основной мотивацией к ортодонтическому лечению является нарушение эстетики. Дистальная окклюзия занимает первое место среди патологии зубочелюстного аппарата. Это связано, скорее всего, с ростом патологии дыхательной системы на территории Южно-Казахстанской области. [5].

Структура ЛОР заболеваемости среди стационарных больных ЮКО (2008 г.). Первое место в структуре хронической патологии ЛОР-органов у детей дошкольного возраста преобладают патология уха (40,0 + 1,4%),

второе ранговое место занимают заболевания глотки (28,0 + 3,0%), третье ранговое место занимает хроническая патология носа и околоносовых пазух (30,0 + 3,0%); патология гортани (3,0 + 3,2%) (p<0,01) (рис.1)



Длительное нарушение носового дыхания в детском возрасте не только вредно влияет на развитие скелета грудной клетки, но и приводит к деформации лицевого скелета: верхняя челюсть развивается неправильно (сближаются ее боковые части), твердое небо становится узким, высоким. В результате происходит сужение верхнего зубного ряда, возникает скученность зубов верхней, а затем и нижней челюсти. По нашим данным, у 48% обследованных детей встречалось тесное положение зубов и у 33,64% обследованных – дистальный прикус.

Частота и виды зубочелюстных аномалий и деформаций у детей г. Шымкента и Южно-Казахстанской области:

Виды аномалий и деформаций зубочелюстной системы	Количество детей с аномалиями
1.Нарушение окклюзии в сагитальном направлении: дистальная окклюзия мезиальная окклюзия	33,64% 1,67%
2.Нарушение окклюзии в вертикальном направлении: вертикальная резцовая дизокклюзия прямая резцовая окклюзия (дизокклюзия) глубокая резцовая окклюзия (дизокклюзия)	6,28% 5,28% 18,34%
3.Нарушение окклюзии в трансверсальном направлении	7,79%

Таким образом, полученные данные при обследовании детей в возрасте от 3-х до 16 лет, родившихся и проживающих в Шымкенте и Южно-Казахстанской области, свидетельствуют об определенных региональных особенностях пораженности аномалиями зубочелюстной системы. Изучение эпидемиологии и социально-гигиенических факторов, влияющих на развитие зубочелюстных аномалий, позволили наметить наиболее важные направления их лечения и профилактики в условиях неоднородной социальной доступности специализированной стоматологической помощи детскому населению Южно-Казахстанской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скачкова М.А., Карпова Е.Г., Тарасенко Н.Ф. и др. Состояние здоровья детей дошкольного возраста в условиях экологического неблагополучия //Рос.педиатр.журн.-2005. -№ 3.-С.11-14.
2. Булешев М.А., Сисабеков К.Е., Жаксыбергенов А.М. Морфологическое обоснование вопросов патогенеза, профилактики, лечения интоксикаций химическими факторами современного хлопководства //Вестник Южно-Казахстанской мед.академии.-2007.-№3-С.60-62.
3. Досыбаева Г.Н. Влияние неблагоприятных факторов хлопкового производства на органы дыхания // Вестник Южно-Казахстанской мед.академии.-2006.-№2-С.142-143.
4. Заболевания органов дыхания у работников хлопкоперерабатывающей промышленности /С.А.Ибраев, Б.С.Искаков, Г.Н.Досыбаева и др.//Материалы XI междунар. Науч.конф. и II междунар. науч. онкол.конф.- Берлин,2007.-С.117-119-899.
5. Рахимбаева Ж.Б. Характеристика отоларингологической патологии у детей в экологически неблагоприятных регионах Южно-Казахстанской области // Вестник Южно-Казахстанской мед.академии.- 2009.-№2(43)-С.159-162.

УДК 614.2:622.349.5

**ШУ-САРЫСУ УРАН КЕН ПРОВИНЦИЯ ӨНЕРКӘСІБІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН
ГИГИЕНАЛЫҚ ТҮРҒЫДЫН БАҒАЛАУ***П.Д.Утепов, Д.П.Утепов, О.И.Исабеков, А.А.Жусип**ҚР Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар Ұлттық Оңтүстік Қазақстан филиалы, Шымкент қаласы.**Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы.**Медициналық жедел жәрдем көрсету стансасы, Шымкент қаласы.***РЕЗЮМЕ**

Проведена гигиеническая оценка условий и характера труда рабочих в предприятиях урановорудной промышленности Шу-Сарыуской ураново рудной провинции. Изучены результаты посменного хронометражного наблюдения трудовой деятельности рабочих основных профессий. Определены неблагоприятные производственные факторы (производственный микроклимат, запыленность и загазованность воздуха, производственный шум) а так же, дана оценка тяжести и напряженности трудового процесса операторов производства.

SUMMARY

The conditions and nature of work in the uranium ore-mining enterprises in the Shu-Sarysu uranium ore province were assessed sanitarily. The results of the shift time-keeping observations at activities of the workers of main professions were studied. The unfavourable production factors (such as the production microclimate, saturation of the air with dust and gases, the production noise, etc.) were determined, in addition, heaviness and tension of the work process of the production operators were assessed.

Қазақстан дүние жүзі бойынша, табиғи уран кен қоры бойынша Австралия, Канададан кейінгі үшінші орынға ие және оның қоры шамамен 1.5 млн. тоннаны құрайды [1,2]. Еліміздің өнеркәсібі «Қазақстан уран өнеркәсібінің ұзақ мерзімді 2004-2015 жылдарға даму программасы» негізінде, бүгінге Дүние жүзінде озық және қауіпсіз деп танылған жерасты сілтілеу әдісін қолдануда және өндіріс орындарының басым көпшілігі еліміздің Шу-Сарысу, Сырдария уран кен провинцияларында орналасқан [2,3,4]. Бүгінгі кезеңде «Қазатомөнеркәсіп» ұлттық атом компаниясының өндіретін жылдық уран көлемі 4 мың тоннаны құрайды, ол 1997 жылмен салыстырғанда 5 есеге артып, 2015 жылы уран өндіруді 15 мың тоннаға жеткізумен 3,7 есеге арттыру жоспарланған. Бұл өнеркәсіпте жаңа жұмыс орындарының ашылуы мен білікті жұмысшы мамандарды тартуға әкеледі [5,6]. Осыған орай, уран өнеркәсібі жұмысшыларының еңбек сипаты мен еңбек жағдайына гигиеналық тұрғыда бағалауға зерттеулер жүргізу бүгінгі күннің талабы.

Зерттеудің нысандары мен әдістері. Бұл жұмыс «Қазатомөнеркәсіп» ұлттық атом компаниясының Шу-Сарысу уран кен провинциясының өнімді сұйықтық өңдеу участогі (Бұдан әрі-ӨСӨУ) мен аффинаж зауытында жүргізілді. Өндіріс орны кәсіби факторларының (микроклимат, ауа шаңдануы мен газдануы, өндірістік шу мен діріл) әсерін жалпы танымал гигиеналық, жұмыс үрдісі мен ауырлығын бағалау апталық хронометраж әдістерімен жүргізілді. Еңбек процессін хронометражды бағалау 50 жұмысшы (сирек жерасты элементтерін бөлу аппаратшысы, геотехнологиялық алқап операторы, жерасты ұңғымалы сілтілеу операторы, жерасты ұңғыма жөндеу операторы) қамтылып, зерттеулер нәтижесі вариациялық статистика және корреляциялық әдіспен персоналды компьютерде өңделді. Статистикалық дәлділік Стьюдент бойынша параметрлік әдістермен бағаланды. Зерттеудің көлемі статистикалық дәлділік мәліметін алуға мүмкіндік берді.

Зерттеу нәтижелері мен оны талдау. Уранды өндірудің технологиялық регламентін талқылауда; уран өнімі аралық шикізатын өндіруде ауысымды геотехнологиялық алқаппен өзара байланысқан ӨСӨУ, жерасты сілтілеу әдісімен жүргізіледі. Жер асты сілтілеуде көмір қышқылы арқылы табиғи қатты уранды сұйықтық жағдайға түсіру арқылы жер бетіне көтеріп, тұндыра отырып сорбция колонналарының ионит қатпарында сүзуден өткізеді. Анионит өнімді сұйықтығынан уранды десорбциялау нитратты сұйықтығымен жүргізіп, уран атомдарымен 40 г/л мөлшерінде қаныққан десорбтант өнімін аффинаж зауытында тұндырады. Тұндыру жолымен алынған уран кристалдарын сүзіп, шайып, пеште кептіреді. Алынған, химиялық коцентрattan (сары кек) металлургия зауытында өңделіп, ядролы таза өнім закись-окись (U3O8) алынатыны анықталды. Өндірістің геотехнологиялық алқабында жұмыс ашық аспан астында және ӨСӨУ-і мен аффинаж зауытындағы жұмыстар жабық ғимарат ішінде өтеді. Аймақтың өзіндік климат-географиялық жағдайы жазғы және қысқы кезеңдерде геотехнологиялық ұңғыма операторы, жерасты ұңғымалы сілтілеу операторы мен жерасты ұңғыма жөндеу операторларының жұмыс барысына жыл кезеңдеріне қарай жағымсыз микроклимат жағдайы туындады, ауа температурасы жазғы кезеңдерде $35,3 \pm 1,4$ оС, құрғақ ауа ылғалдылығымен $38,3 \pm 1,2$ % сипатталып, керісінше қыс мезгілдерінде суық ауа температурасы ($30,1 \pm 1,4$ оС) және қалыпты ауа ылғалдылығымен ($58,3 \pm 0,7$ %) орын алды.

7 кесте Жұмыс орны микроклимат көрсеткіштері

№	Көрсеткіштер	Жазғы мезгіл	Қысқы мезгіл
		M±m	M±m
1	Ауа температурасы	26,6±0,4 оС	20,2±0,5 оС
2	Салыстырмалы ауа ылғалдылығы	65±0,6 %	58±0,7 %
3	Ауа қозғалысының жылдамдылығы	0,4±0,01м/с	0,3±0,02м/с

7 кестеде көрсетілгендей, жабық ғимаратта жұмыс орнының микроклимат жағдайы, рұқсат етілген нормативтен ауытқуымен сипатталады. Ауа температурасының жазғы мезгілдерде 26,6±0,4 оС, салыстырмалы ауа ылғалдылығы 65±0,6 % көрсетіп, ауа температурасы 6 оС-қа және ауа ылғалдылығының 5 %-ға жоғары болуы, операторлардың жұмысы барысында организмнің терморегуляция процессінің бұзылуымен сипатталады. Қысқы мезгілдерде ауа температурасы 20,2±0,5 оС, салыстырмалы ауа ылғалдылығы 58±0,7 % және ауа қозғалысының жылдамдылығы 0,3±0,02 м/с болып отырды. Жұмыс орны атмосфералық ауасының технологиялық процесстің жүруі барысында, шаңдануы мен газ буларымен ластануы кәсіби зиянды факторлардың организмге әсерін тереңдете түсуде. 8 кестеде көрсетілгендей, жұмыс орны ауасының шаңдану деңгейі, жылдың жазғы мезгілдерінде 7,3±0,4 мг/м³ болып, 5,8±0,3 мг/м³ қыс мезгіліне қарағанда көбейеді. Жалпы зерттелген сынамалардың ауадағы шаң мөлшерінің концентрациясы, 61% ұрықсат етілген деңгейден жоғары болды. ӨСӨУ-і мен аффинаж зауытының жекеленген жұмыс орындарында 12,0-15,7 мг/м³ аралығымен, ұрықсат етілген деңгейден 2-2,5 есе жоғары (6,0 мг/м³) болып отырды. Шаңның дисперсиясы бойынша 82 %-да микроскопиялық >0,5 мкм мен < 0,25 мкм арасындағы аралас шаңдарды құрайды.

8 кесте Жұмыс орны ауа шаңдануы мен газдануының көрсеткіштері

№	Көрсеткіш	Жазғы мезгіл			Қысқы мезгіл		
		max	min	M±m	max	min	M±m
1	Ауа шаңы	15,7	1,2	7,3±0,4	12,0	1,0	5,8±0,3
2	Күкірт қышқылы	4,1	0,6	1,4±0,09	3,9	0,6	1,4±0,09
3	Күкіртті ангидрид	5,0	0,5	1,8±0,1	4,8	0,5	1,7±0,1
4	Аммиак	48,0	5,0	15,7±1,3	41,0	6,1	13,8±1,1
5	Көміртек оксиді(II)	15,0	3,0	5,9±0,4	14,0	4,0	5,3±0,3
6	Азот оксиді (IV)	2,8	0,4	1,7±0,07	2,7	0,4	1,6±0,07

Жабық өндіріс ханалары мен бөлмелерінің ауа ластану деңгейі оның пайдалану бағытына қарай анықталады. Күкірт қышқылы газы жазғы және қысқы кезеңде 1,4±0,09 мг/м³ мөлшерін құрап, нормадан 0,4 мг/м³ деңгейінде асық болды, жалпы зерттелген сынамалардың 81,7 % күкірт қышқылы газдары анықталып және оның мөлшері 3-4 есеге нормадан тыс артық болуы жерасты ұңғымалы сілтілеу операторы жұмыс орындарында байқалады. Ал күкіртті ангидрид газы жылдың зерттеу кезеңдерінде 1,8±0,1-1,7±0,1 мг/м³ мөлшерін құрап белгіленген (1 мг/м³) нормадан аспады. Аффинаж зауытының цехында өнімді сұйықтықты десорбциялауда когулянт ретінде пайдаланылған аммиакты селитраның су ерітіндісінен ауаға аммиак газ булары бөлінеді. Ол зерттеулер сынамасының 24 % анықталған және жазғы-қысқы кезеңдерде max 48,0-41,0 мг/м³ мөлшерін құрап белгіленген (20,0 мг/м³) нормадан асық болды. Ауа ластануының басым көпшілігі, өнеркәсіптің сирек жерасты элементтерін бөлу аппаратшысының жұмысына тән келеді. Азот оксиді (IV) газының деңгейі зерттеу кезеңдерінде 7,3±0,4-5,8±0,3 мг/м³ мөлшерінде анықталып, жалпы сынамалардың 24% ауа ластануы белгіленді. Технологиялық процесі негізінде кептіргіш пештердің жұмысы барысында ауаға берілетін көміртек оксиді (II) газдарының 1,7±0,07-1,6±0,07 мг/м³ рұқсат етілген деңгейінен (20,0 мг/м³) аспаған мөлшерінде анықталды.

Зерттеудегі ӨСӨУ-і мен аффинаж зауытының технологиялық процессінің толық механикалануына байланысты жұмыс орнының өндірістік шу мен дірілдің болуы шарт. Өндірістік шу деңгейін қалыптастыратын электромоторлар мен түрлі процесстегі қондырғылар өнеркәсіптің барлық дерлік бөлімдерінде бары анықталды. Өндіріс орнында кең жолақты шудың эквивалентті деңгейі 85±0,9 дБА болды. Ал, технологиялық сұйықтық түсіру мен арту платформаларының іске қосылуы барысында шудың эквивалентті деңгейі 90-112 дБа дейін жететіндігі анықталады. Дыбыстың қысымы деңгейі 500-4000 октавалық жолақтарда гигеналық рұқсат етілген деңгейден 2-8 дБ аралығында асып отырғаны байқалады. Сонымен жұмыс барысында жалпы дірілдің деңгейі айқындалады. Алайда бізбен жүргізілген зерттеулер, діріл деңгейінің рұқсат етілген деңгейден төмен екенін көрсетіп жалпы жұмыс орнының факторы ретінде ескерілмеді. Хронометражды зерттеуде, ӨСӨУ-н жерасты ұңғымалы сілтілеу операторы жұмыс күнінің 82,3 % негізгі жұмыс атқаруға жұмсайды. Аммиакты селитраның су ерітіндісін дайындау процесі жартылай механикаландырылған. Операторлар 50 кг қапты жерден көтеріп 0,5 м биіктіктегі кюветке аударып, қаптың аузын ашып төгеді. Ауысым барысында осылай 10-15 қапқа дейін жалпы салмағы 500-750 кг зат көтереді және қапты қолмен арту сәтінде операторлар 3,4 - пен 5,1 ккал/мин. энергия жоғалтады. Осы жұмыстар кезінде ауа құрамындағы аммиак газ буларының мөлшері max 48,0 мг/м³ жетіп, оператор организмнің тыныс алу минуттық көлемі 27 мин/л- ден 36 мин/л жетіп, ал пульс жиілігі 94 ден 120 мин/соғ. дейін көтеріледі. Сирек жерасты элементтерін бөлу аппаратшысы жұмысының

хронометражды зерттеуінде, олардың ауысым арасындағы жұмыс уақытының 86,3 % негізгі жұмысына және 13,7 % әкімшілік-басқару, тамақтану, үзіліс т.б. жұмсалатыны айқындалды. Күндік жұмыс ауысым барысында сорбция, десорбция колонналары, өнімді сұйықтықты тасымалдау құбырлары, уран атом кристалдарын тұндыру мен кептіргіш пештерде өңдеуді басқару-бақылау аспабының көрсеткіштерін жазып технологиялық процеске талдау жасап, қажетті жағдайларда түзетулер мен жөндеу, сайман ауыстыру жұмыстарын слесарлармен бірге орындай отырып жалпы жұмыс ауысымының 46-53 % жұмсайды. Олардың осындай еңбек іс-әрекеті нәтижесінде 2,8 ден 4,4 мин/ккал дейін энергия жоғалтумен, ЖЖЖ 85 ден 98 мин/соғ. дейінгі өзгерістер тіркеледі. Жер асты ұңғыма жөндеу операторы жұмысының 81,9 % уақытын, 200 астам жер асты сілтілеу ұңғыманы және тасымалдау құбырларының жағдайын бақылау мен жөндеу жұмыстарын жүргізуге кетеді. Ауысым барысында 10-15 км геотехнологиялық алқапта жүріп отырады. Жөндеу жұмыстарын жүргізу, жартылай механикаландырылған оған, істен шыққан немесе тозған электромоторды 250 м тереңдіктен көтеру, қайта түсіру, қосалқы бөлшектерді тасмалдау жылжымалы транспорт құралымен жүргізіледі. Жөндеу жұмыстарын жүргізу барысында операторлар 3,0 ден 4,9 дейін мин/ккал энергия жұмсайды, ал жұмыс атқарудағы еңбек процессінің ширығу мен еңбек ауырлығы, теміруран өндірісі кеншілерінің еңбегімен пара пар келеді [5].

Қорытынды. Гигиеналық зерттеулеріміздің нәтижесіне сәкес, уран өнеркәсібі жұмысшыларының еңбегі жұмыс орны микроклиматы, ауа шаңдану мен газ буы және өндіріс шу деңгейінің қолайсыз факторларының әсерінде болатыны айқындалады. Операторлардың атқаратын жұмыс жағдайын хронометражды талдау қорытындысымен, еңбек процессінің ширығу дәрежесі бойынша өндірістік «еңбек үрдісінің ауырлығы» 3 кластың 2 дәрежесі және «еңбек үрдісінің ширығуы» 3 кластың 1 дәрежесінде болды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Петров Н.Н., Язиков В.Г., Берикболов Б.РУрановые месторождения Казахстана - Алматы: Ғылым.2000.120 с.
2. Сыромятников Н.Г. Экологическая значимость содержания естественных радионуклидов в подземных водах на участках рудных месторождений и населенных пунктов Казахстана // Геология Казахстана. -2001. - №1. - С.73-79.
3. Бектурганов Р.С., Оспанова А.Х. Природно-географические и техногенные характеристики по добыче урана Шу-Сарысуйской урановорудной провинции // Актуальные проблемы образования, науки и производства - 2008: сб. науч. тр. междунар. науч.-метод. конф. - Шымкент, 2008. - С.53-55.
4. Торгаутов Б.К., Медетов Ж.Б., Утепов П.Д., Алибеков А. Медико-демографические показатели населения проживающих Шу-Сарысуйской урановорудной провинции // Современные вопросы гигиены труда и профзаболеваний: сб. науч. тр. респуб. науч.-практ. конф. с междунар. уч. - Караганда, 2007. - С.177-179.
5. Сауров М.М., Гнеушева Г.И. Условия труда, пылерадиационная обстановка и бронхолегочные заболевания шахтеров железоурановых рудников // Медицинская радиология и радиационная безопасность. -2004. Том 49.№1. -С.5-13.

УДК 614.2:622.349.5

ТАУКЕН МАМАНДЫҒЫН ИГЕРУШІ ОҚУШЫ-ЖАСӨСПІМДЕРДІҢ ӨНДІРІСТІК ТӘЖІРИБЕ БАРЫСЫНДАҒЫ ОРГАНИЗМІНІҢ ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

П.Д.Утепов, Д.П.Утепов, А.К.Короглиев

ҚР Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар Ұлттық орталығының Оңтүстік Қазақстан филиалы, Шымкент қ.

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы.

Медициналық жедел жәрдем көрсету стансасы, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

Проведена психо-физиологическая оценка состояния организма учащихся при прохождении производственной практики на уранодобывающих предприятиях. Определены влияния трудового процесса на основные функции организма таких как положительные на нервно-мышечную систему и отрицательные на центрально-нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную систему. Определена меж коорилиационная зависимость показателей нервно-мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системы с показателями центрально-нервной системы, как следствие раннего утомления организма.

SUMMARY

Condition of the students' organisms practicing in the uranium ore-mining enterprises during the production practice was psycho-physiologically assessed. The influences of the work process to the main functions of the organism were determined, such are the positive effects on the nerve-muscular system and the negative ones on the central nervous system, the circulatory system and the respiratory system. The dependence of nerve-muscular, circulatory and respiratory systems' indicators on the indicators of the central nervous system were observed, and determined to be the result of the premature fatigue of the organism.

Қазақстан Республикасының 2015 жылға дейінгі дамуының стратегиялық жоспарында білім, әсіресе орта білімді реформалау мәселесі айырықша орын алуда. Республикамыздың нарықтық қатынасқа өткеннен бері әлеуметтік-экономикалық мәселесі өз бетінше тұрақталып, әрі қарай дами түсуде [1]. Бұл, осы уақытқа дейін кенжелеу қалып келген еңбек нарығын түбегейлі өзгертіп, осы мәселе төңірегінде болатын кәсіптік бағдар, кәсіптік оқыту және кәсіптік бейімделу сияқты кейбір күрделі мәселелерді тез арада шешу мен қоса бұрын еленбей келген болашақ маман, яғни жас өскелең ұрпақ денсаулығына деген аландаушылықты одан бетер арттырып отыр [2, 3]. Осындай талаптың қойылу себебі, Республикадағы соңғы жылдар ішіндегі жасөспірімдер денсаулығының нашарлауынан қалаған мамандықты таңдау кезіндегі медициналық шектеулер мен кәсіптік талапқа сай келмеушіліктері бар жасөспірімдер санын Республика бойынша 60 %-дан 80 %-ға дейінгі кәсіби жарамсыздықтың жоғарылауынан туындауда [3,4,5]. Осыған орай, уран өнеркәсібінің жас жұмысшы мамандарын дайындау барысында, олардың денсаулығы мен еңбек қабілеттілігін қалыптастыруға байланысты ғылыми негізделген іс-шараларды қарастыру бүгінгі күннің өзекті мәселесі.

Зерттеудің нысандары мен әдістері. Бұл жұмыс тау-кен мамандығын игеруші Таукент №24 кәсіптік лицей оқушы-жасөспірімдерінің арасында жүргізілді. Зерттеулерде жасөспірімдер организмінің антропометрия, жүйке-бұлшық ет, жүрек-тамыр, орталық-жүйке және тыныс алу жүйесінің функционалдық жағдайы бағаланды. Психо-физиологиялық зерттеу жұмысы 2 серияда; игеру мамандығына сай өндірістік тәжірибе өтудің алдында және өндірістік тәжірибеден кейінгі аралықты қамтыды. Зерттеулер нәтижесі вариациялық статистика және корреляциялық әдіспен персоналды компьютерде өңделді. Статистикалық дәлділік Стюдент бойынша параметрлік әдістермен бағаланды. Зерттеудің көлемі статистикалық дәлділік мәліметін алуға мүмкіндік берді.

Зерттеу нәтижелері мен оны талдау. ОҚ облысы, Таукент №24 кәсіптік лицей уран өнеркәсібінің жұмысшы мамандарын дайындауға бағытталған оқу орны. Кәсіптік лицей оқу бағдарламасы негізінде, соңғы оқу жылының 6 ай көлемінде оқушы-жасөспірімдер өндірістік тәжірибеден өтеді. Осыған орай, өндірістік тәжірибеге жіберілген оқушы-жасөспірімдерінің жас шамалары $18,25 \pm 0,5$ құрап, дене бойшандық көрсеткіші $169,1 \pm 1,25$ болып, өндірістік тәжірибеден соң $172,3 \pm 1,11$ болды (1 кесте). Ал дене салмағы $65,6 \pm 2,36$ мен $66,1 \pm 2,22$ көрсеткіш мәнінде болып, жасына тән қалыпты жағдайда болды. Тек, дене салмақтарының бойға қатысты жетіспеушіліктері аңғарылады ($65,6 \pm 2,36$).

1 кесте. Өндірістік тәжірибеден кейінгі оқушы-жасөспірімдерінің антропометрия көрсеткіштерінің өзгерістері

№	Көрсеткіштер	Өнд. тәжірибеге дейін	Өнд. тәжірибеден кейін
1	Жасы	$18,25 \pm 0,5$	$18,75 \pm 0,3$
2	Бойы, см	$169,1 \pm 1,25$	$172,3 \pm 1,11$
3	Салмағы, кг.	$65,6 \pm 2,36$	$66,1 \pm 2,22$
4	КСБИ, г/см	$387,9 \pm 14,30$	$383,6 \pm 13,88$
5	Дене беткейі, м ²	$1,84 \pm 0,04$	$1,87 \pm 0,03$

Дене беткейі көрсеткіші $1,84 \pm 0,004$ болды, өндірістік тәжірибеден соң ($1,87 \pm 0,003$) 1,6 % ұлғайғанын көрсетеді. Өткізілген өндірістік тәжірибеден кейін жасөспірімдердің антропометриялық параметрі яғни бойы, салмағы, дене беткейінің өсуі және 6 айлық уақыт аралығындағы жас шамасының ұлғаюы байқалады. Алайда, бұл көрсеткіштердің жеткіншек жасқа сәйкес болатын организмнің өсу процесі қалыпты дәрежеде болмағанын байқаймыз. Кетленің салмақ-бой индексі көрсеткішінің фондық жағдайы жас шамасы мен ер адамдарға тән мәнге сәйкес болып, $387,9 \pm 14,30$ г/см құрағанымен уран өнеркәсібінде өткізілген өндірістік тәжірибеден кейін 1,1 % ($383,6 \pm 13,88$ г/см) төмендегені байқалады. Эрисман кеуде қуысының пропорционалды даму индексі $8,5 \pm 2,8$ ш.б. құрап, өте жақсы жетілгендігін көрсетті. Осы көрсеткіш өндірістік тәжірибеден кейін де жоғарғы $8,5 \pm 2,9$ өз дәрежеде қалды. Зерттеулердегі дене шымырлығын аңғартатын Пинье көрсеткіші $17,6 \pm 5,5$ ш.б. құраса, өндірістік тәжірибеден кейін $17,7 \pm 5,6$ болып 0,5 % көтеріліп, дененің мықтылығын көрсетті.

Оқушы-жасөспірімдерінің өнеркәсіп орнында ауыр жұмыс атқарғаннан кейін, қол күштері көрсеткіші едәуір өзгерген. 2 кестеде берілгендей бастапқы зерттеу қорытындысынан, максималды оң қол $54,7 \pm 2,1$ кг және максималды сол қол күштері $49,2 \pm 2,1$ кг бола отырып 10,2% және 7,8% жоғарлаған. Ал, оң қол мен сол қолдың максималды төзімділігі өндірістік тәжірибеге дейін $14,7 \pm 2,0$ - $10,8 \pm 1,8$ кг/сек болып, өндірістік тәжірибеден соң $22,3 \pm 1,9$ - $16,9 \pm 1,9$ кг/сек болып көрсеткіштің оң нәтижесінде күшейгенін көрсетті. Өндірістік тәжірибеге дейін күш индексі фондық жағдайда $73,75 \pm 2,3$ болғанын және өндірістік тәжірибеден кейінгі $75,0 \pm 2,3$ болып, көрсеткіштің 1,7% жоғарылағаны көрдік. Бұл өзгерістер, атқарылған жұмыстың сипатына байланысты екені анық.

Зерттеулер барысында алынған нәтижелердің статистикалық өңдеудегі корреляция барысында қол күші көрсеткішінің өзгерісіне (0,91) және Генче сынамасы (0,96) оң әсердегі байланыс себепкер болғаны айқындалады, ал Штанге сынамасы (-0,94) түршігу (-0,96), ширығу индексі (-0,94) кері байланыста болды. Өмірлік индекс көрсеткіші оң әсер $53,3 \pm 2,4$ мл/кг берді.

2 кесте. Өндірістік тәжірибеден кейінгі оқушы-жасөспірімдерінің жүйке-бұлшық ет жүйесінің өзгерістері

№	Көрсеткіштер	Өнд. тәжір. дейін	Өнд. тәжір. кейін
1	Максималды оң қол күші, кг	$49,7 \pm 2,4$	$54,7 \pm 2,5$
2	Оң қол күші, кг/сек	$14,7 \pm 2,0$	$22,3 \pm 1,9$

3	Максималды сол қол күші, кг	45,7±2,5	49,2±2,1
4	Сол қол күші, кг/сек	10,8±1,8	16,9±1,9
3	Күш индексі, %	73,75±2,3	75,0±2,3

Ал, өндірістік тәжірибе жұмысынан кейін 17,3% жоғарлап статистикалық нақтылықпен ($p < 0,05$) 62,5±2,8 мл/кг жетті. Өмірлік индекс көрсеткішінің жоғарлау тенденциясы күш индексімен (-0,98) және организмнің психоэмоциональдық жағдайының көрсеткіші реактивтілік үрей (-0,97) теріс корреляциялық байланыста болса, ал түршігу көрсеткішімен (0,98) оң корреляциялық байланыста болды. Жүрек-тамыр жүйесінің функционалдық жағдайын аңғартатын төзімділік коэффициенті алғашқыда 9,67±0,6 ш.б. құраса, өндірістік тәжірибеден кейін 93,4% жоғарлап, 18,7±2,7 ш.б. ($p < 0,01$) жетті. Бұл жоғарлау, кешенді өндірістік факторлар мен еңбек үрдісі әсерінен болғанын байқатып, организмнің жүрек-тамыр жүйесі қызметінің әлсірегендігін көрсетеді. Төзімділік индексімен көңіл қошы (0,82), агрессия индексі (0,81) және жүрек ырғағы (0,92) оң корреляциялық байланыста болды. Алғашқыда төмен болған өмірлік индекс көрсеткішіне өндірістік тәжірибеден кейін статистикалық нақты ($p < 0,001$) жоғарылап, қалыпты жағдайдағы мәніне жақындай түсті. Оған, күш индексі мен организмнің психоэмоциональдық жағдайының көрсеткіші реактивті үрей теріс, ал түршігу көрсеткішінің оң корреляциялық байланысы да себепкер болды. Төзімділік коэффициенті өндірістік тәжірибеден кейін 93,4% жоғарылағандығы, кешенді өндірістік факторлар мен еңбек процессіндегі психоэмоциональдық ($r = 0,82$, $r = 0,81$) төтенше жағдайдың әсерінен кейінгі жүрек-тамыр жүйесі функциясының әлсіреуіне әкелді. Систолдық артериялық қысымы (САҚ) мен диастолдық артериялық қысымының (ДАҚ) фондық көрсеткіштері қалыпты жағдай мәндері төңірегінде болды. 3 кестеде көрсетілгендей өндірістік тәжірибеден кейін жасөспірімдер жүрек-тамыр жүйесінің САҚ көрсеткіші 7,1 % жоғарылап, 121,25±6,5 мм.сын.бағ. құрады, ал ДАҚ көрсеткіші де осындай жоғарылау тенденциямен 5% көтерілді (78,7±3,1 мм.сын.бағ.). Өндірістік тәжірибеге дейінгі уақытта оқушы-жасөспірімдердің жүрек жиырылу жиілігі (ЖЖЖ) 75,2±3,1 мин/соғ. болса, өндірістік тәжірибеден кейін жұмыс орнының факторлары әсерінен 77,0±7,7 мин/соғ.-ға жетіп, 2,3% көтерілді. Бұл, осы өндірістік орта факторлар әсерінен жасөспірімдер организмнің қажуын аңғартады. Оқушы-жасөспірімдерінің фондық жағдайдағы Кердо индексінің -99,0±3,9 ш.б. парасимпатикалық тонус басымдылығын аңғартады. Индекстің теріс төмендеуінің (18,7%) артуы парасимпатикалық жүйке жүйесінің функционалдылығының артуын көрсетеді. Әсіресе, CV көрсеткіші алдында

15 кесте. Өндірістік тәжірибеден кейінгі оқушы-жасөспірімдердің жүрек-тамыр жүйесінің өзгерістері

№	Көрсеткіштер	Өнд. тәжір. дейін	Өнд. тәжір. кейін
1	САҚ мм.сын.бағ.	113,25±4,7	121,25±6,5
2	ДАҚ мм.сын.бағ.	75,0±3,5	78,7±3,1
3	ЖЖЖ мин/соғ.	75,2±3,1	77,0±7,7
4	Кердо инд. ш.б.	-99,0±3,9	-80,5±27,1

6,7±2,1 ш.б. құрасы өндірістік тәжірибеден кейін 2 есеге жоғарлап статистикалық нақтылықпен ($p < 0,05$) 13,4±1,36 ш.б. болды. Осындай жоғарылаулардың бірі X (47,6%) көрсеткішінде тіркелді. Ал ширығу индексі (ШИ) өндірістік ортадан кейін 33,4% төмендеп, ($p < 0,001$) 157,1± 54,6 ш.б. жетті. Сонымен бірге, өндірістік тәжірибеден кейінгі төмендеу тенденциясы МОЗ ($p < 0,05$), МО ($p < 0,05$) және орталықтандыру индексіне ($p < 0,05$) тіркелді. Бұл көріністер жеткіншек жастағы организмнің ерекшеліктерінің өндірістік орта факторларының кері ықпалына қайтарған жауабы. Осыған байланысты, 6 ай бойы уран өнеркәсібінің өндірістік тәжірибеде болған оқушы-жасөспірімдердің жүрек-тамыр жүйесінің САҚ (7,1%) және ДАҚ (5%) көрсеткіштері жоғарылауды көрсетсе, ал ЖЖЖ көрсеткіші 2,3% көтерілді. Бұл, осы өндірістік орта факторлар әсерінен жасөспірімдер организмнің қажуын аңғартады. Статистикалық өңдеу барысындағы жүргізілген корреляциялық әдіс жалпы жүрек-тамыр жүйесінің негізгі көрсеткіштерінің жоғарылауын оның ішінде САҚ көрсеткішінің өзін-өзі сезіну ($r = 0,98$) мен жанама агрессиямен ($r = -0,91$) теріс байланысқа түскенін көреміз. ДАҚ көрсеткіші агрессия индексі ($r = -0,93$) және жанама агрессиямен ($r = -0,97$) теріс корреляциялық байланысқа түсті. Кердо индексі белсенділік көрсеткішімен оң ($r = -0,85$), ал көңіл-күй ($r = -0,98$) және орталықтандыру индексімен ($r = -0,85$) теріс байланыста болды.

Өткізілген өндірістік тәжірибеден соң тыныс алу жиілігі мен тыныс алудың минуттық көлемі фондық жағдайдағы көрсеткіштері қалыпты мәндерден жоғары болғаны байқалады. Алғашқыда тыныс алу жиілігі 23,7±1,6 мин/соғ.құрағанымен, өндірістік тәжірибеден кейін небәрі 1,1% жоғарылаған. Ал, тыныс алудың минуттық көлемі көрсеткіші де өндірістік тәжірибеден кейін 11,8±8,65 мин/л. жетіп, фондық мәнмен салыстырғанда 9,7 % жоғарылаған. Бұл тенденция, өкпенің өмірлік сымдылығы көрсеткішінде байқалады, алғашқыда 3,56±0,1 мл болып, атқарылған жұмыстардан кейін жоғарылап 4,22±0,2 мл.-ге жетті, яғни өндірістің суық микроклимат параметрлері мен шаң факторларының әсеріне бейімделмеген жас организм тыныс алу жүйесінің қорғану ретінде қайтарған жауаптары болуы мүмкін. Тыныс алу жүйесінің көрсеткіштері жоғарылау тенденциясын байқатса, ал дем жұту мен дем шығару қорлары керісінше осы өндірістік факторлар әсеріне өз жауаптарын төмендету арқылы жауап беріп отырды. Жұту қоры алғашқы зерттеулерде 632,5±123,1 мл болса, кейіннен 575,0±59,5 мл түсіп, 9% төмендеді. Дем шығару қоры өндірістік тәжірибеден кейін 4,5% төмендеп, 575,0±84,2 - 537,5±82,6 мл құрады. Генче сынамаcының өндірістік тәжірибеге дейінгі фондық мәні 25,5±0,6 сек. болса, ал өндірістік жұмыстан кейін 23,0±0,4 сек-қа дейін төмендеп, 9,8 % құрады. Ал, өндірістік

тәжірибеден кейін орындаған Штанге сынамаcы ($62,0 \pm 1,3 - 51,0 \pm 1,8$) алғашқы көрсеткішімен салыстырғанда 17,7 % төмен болып тіркелді. Жүргізілген статистикалық талдауымыз, организм тыныс алу жиілігінің дем шығару қорымен ($r = -0,99$), жаушылдық индексімен ($r = -0,92$) және ОИ ($r = -0,98$) көрсеткіштерімен және Штанге сынамаcымен ($r = -0,99$) теріс байланыста болса, РҮ ($r = 0,95$) және вербальды агрессиямен ($r = 0,99$) оң корреляциялық байланыста болады. Өкпенің өмірлік сыймдылығы көрсеткіші жүрек жиырылуының жиілігі мен ($r = -0,84$), агрессия индексімен ($r = -0,86$) және ширьғу индексімен ($r = -0,91$) кері байланыста болса, жүрек ырғағымен ($r = 0,96$) және М ($r = 0,94$) оң байланыста болғаны байқалады.

Қорытынды. Психо-физиологиялық зерттеулеріміздің нәтижесінде, тау-кен мамандығын игеруші жасөспірімдердің еңбегі барысында организмнің негізгі жүйе өзгерістерінің орын алғаны байқалады. Жүйке-бұлшық ет жүйесінің өзгерісі оң нәтижеге ие болса, орталық жүйке, жүрек-тамыр және тыныс алу жүйесі теріс нәтижеге, яғни организмнің жалпы қажу жағдайында болуда. Бұл жағдай организмнің еңбек қабілеттілігін тұрақтандыруға жаңа іс-шара қарастыруды талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Назарбаев Н.А. К свободному эффективному и безопасному обществу / Послание Президента страны народу Казахстана, -Астана, 2000.
2. Капустина А.В., Юшкова О.И., Порошенко А.С., Ямпольская Е.Г. Определение уровня профессиональной пригодности работников травмоопасных профессий // Современные вопросы гигиены труда и профзаболеваний: сб. науч. тр. респуб. науч.-практ. конф. с междун. уч. -Караганда, 2007. -С. 218-222.
3. Онаев С.Т., Исмаилова А.А., Досыбаева М.О. Кәсіби мектеп оқушыларының тыныс алу жүйесіне дене жаттығулардың әсері // Современные вопросы гигиены труда и профзаболеваний: сб. науч. тр. респуб. науч.-практ. конф. с междун. уч. -Караганда, 2007. - С. 177-179.
4. Шакимов М.Ш., Мусина Н.Р. Вопросы профессиональной пригодности учащихся средне-специальных заведений // Современные вопросы гигиены труда и профзаболеваний: сб. науч. тр. респуб. науч.-практ. конф. с междун. уч. -Караганда, 2007. - С. 238-240.
5. Кулкыбаев Г.А., Исмаилова А.А., Балаева Е.А., Рева Н. Применение показателей уровня здоровья горнорабочих и молодых специалистов, осваивающих горные профессии в практике профотбора // Актуальные вопросы профессиональной патологии в Казахстане: сб. науч. тр. междун. науч.-практ. конф. - Караганда, 2003. - С. 42-46.

618.39-07-084

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕРАЗВИВАЮЩИЕСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

С.Н.Кульбаева, Н.И.Калдыбекова, Г.К.Алмаханова, Г.А.Муздыбаева, В.Ю.Цветков, К.М. Халимова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Женская консультация МКТУ, г.Шымкент
ОПЦ№2, г.Шымкент

ТҮЙІН

Әйелдердегі созылмалы қабыну аурулары ұрықтың құрсақ қуысында өлуіне тікелей алып келмейді, бірақ оның дамуына кері әсер етеді және соның салдарынан басқада қосымша факторлар әсерінен ұрықтың құрсақ қуысында дамымай қалуына алып келеді. Соның салдарынан ұрықта жүрек ақауы дамиды, ал ол ұрықтың ары қарай дамуын тежеп тастайды.

SUMMARY

The chronic infections diseases of women not always lead to intrauterine death of fetus. But lead to certain disorders in his (her) development. But it can lead to the intrauterine death under the influence of another factors.

Вопросы охраны материнства и детства являются одними из приоритетных направлений современной медицины(1). Неблагоприятная демографическая ситуация в нашей стране и большой процент потерь желаемых беременностей, обуславливают не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы. Проблема неразвивающейся беременности(НБ) чрезвычайно актуальна как социальном, так и клиническом аспектах, так как частота данного патологического процесса в структуре репродуктивных потерь достаточно высока – 10-20%.

Большинство причин НБ хорошо изучены, разрабатываются алгоритмы их диагностики и лечения. Известно, наибольшее значение имеют генетический, инфекционный, эндокринный и аутоиммунный факторы (2,3). Однако, по разным данным, в 20-40% случаев причина потери беременности остается не до конца выясненной. Многие специалисты в качестве одной из причин неразвивающиеся беременности рассматривают нарушение в системе гемостаза, обусловленные приобретенными и наследственными тромбофилиями(4). Многочисленными исследованиями установлена зависимость частоты наступления и вынашивания

беременности от благополучного состояния эндометрия. Эндометрий под влиянием гормональных колебаний в течение менструального цикла подвергается определенным изменениям, необходимым для успешной имплантации эмбриона и его дальнейшего развития.

Различные патологические изменения эндометрия могут привести к дефектам имплантации и повторным абортam на ранних сроках беременности в спонтанных циклах программ вспомогательных репродуктивных технологий. Хроническое воспаление приводит к нарушению стероид - рецепторной системы эндометрия, являющейся важным звеном в механизме реализации процесса репродукции, и нарушение данной системы существенным образом отражается на морфо- функциональном состоянии эндометрия. При неразвивающейся беременности, которую еще называют "замершей беременностью", происходит гибель эмбриона/плода, но клинических признаков самопроизвольного выкидыша при этом нет.

Причины неразвивающейся беременности весьма разнообразны. Так, остановка развития эмбриона/плода может быть обусловлена воспалительным процессом в результате действия различных микроорганизмов. Чаще всего возбудителями воспаления являются: стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, клебсиеллы, вирус краснухи, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирус Коксаки, микоплазмы, хламидии, трепонемы, микобактерии, токсоплазмы, плазмодии, грибы (молочница).

Хронические инфекционные заболевания у женщины чаще всего напрямую не приводят непосредственно к внутриутробной гибели плода, но вызывают определенные нарушения в его развитии, которые способствующие внутриутробной смерти под влиянием других факторов. В результате непосредственного воздействия инфекционного фактора у плода формируется порок сердца, который препятствует его дальнейшему нормальному развитию. Однако, не всегда и не всякая инфекция приводит к гибели эмбриона/ плода. Влияние инфекции при этом зависит от пути ее проникновения, вовлечения в инфицирование плода и околоплодных оболочек, вида и активности возбудителя, количества проникающих микроорганизмов, продолжительности заболевания матери, активности защитных возможностей организма и прочих факторов. Микроорганизмы могут проникать в матку из нижележащих отделов репродуктивной системы, инфицируя околоплодные воды, которые потом заглатывает плод. Инфекция может распространяться и по околоплодным оболочкам, и далее к плоду, вызывая поражения его внутренних органов, что, в свою очередь, и является причиной его гибели. Инфекция может попадать к плоду и из хронических очагов воспаления в маточных трубах и в яичниках.

Гибель эмбриона/плода может быть обусловлена нарушением иммунных взаимоотношений принимая во внимание, что плодное яйцо является наполовину чужеродным для материнского организма. При этом активируются реакции отторжения, направленные на поражение плодного яйца и удаление его из матки. Неразвивающаяся беременность может быть обусловлена различными хромосомными нарушениями в первые 6-7 недель беременности хромосомные изменения имеются в 60-75% случаев самопроизвольного прерывания беременности, в 12-17 нед. - в 20-25%, в 17-28 нед. у 2-7%. С возрастом вероятность возникновения хромосомных нарушений увеличивается. Причинами развития хромосомных нарушений являются также и неблагоприятные внешние факторы. Остановку роста и развития эмбриона/плода могут вызвать тромботические осложнения, обусловленные генетическими дефектами системы свертывания крови у беременной. Наиболее распространенными среди них являются: мутация фактора V Лейден, мутация протромбина G20210A, мутация метилтетрагидрофолатредуктазы, полиморфизм гена активатора плазминогена, полиморфизм тромбоцитарных рецепторов.

Нарушения свертывающей системы крови, вызванные антифосфолипидным синдромом, также определяют неблагоприятное развитие эмбриона/плода. В ранние сроки беременности не исключена роль прямого повреждающего воздействия антифосфолипидных антител на структуры плодного яйца с последующим самопроизвольным прерыванием беременности. При данной патологии нарушается процесс имплантации плодного яйца. Кроме того, при антифосфолипидном синдроме уменьшение образования сосудов плаценты и снижение ее функции, что может и явиться причиной неразвивающейся беременности. Другой причиной нарушения развития эмбриона/плода и плаценты при антифосфолипидном синдроме тромбирование и повреждение маточно-плацентарных сосудов. Среди причин невынашивания беременности выделяют также и гормональные изменения. Нарушение образования и снижение функции желтого тела в яичнике приводит к уменьшению прогестерона и неполноценной подготовке матки к имплантации плодного яйца. В этой связи нарушается формирование маточно-плацентарного кровообращения, что влечет за собой уменьшение кровоснабжения эмбриона/плода, и его гибель. Нередко подобные нарушения имеют место при избыточном накоплении в организме женщины мужских половых гормонов, (синдром Штейна-Левенталя, адреногенитальный синдром), при пониженной или повышенной функции щитовидной железы.

Чем меньше срок беременности, тем выше чувствительность эмбриона/плода к действию повреждающих факторов. Однако она уменьшается неравномерно на протяжении внутриутробного развития. Выделяют критические периоды во время беременности, в которые плодное яйцо, эмбрион, плод особенно уязвимы для неблагоприятных воздействий: период имплантации (7-12 день), период эмбриогенезе (3-8 неделя), период формирования плаценты (до 12 недель), период формирования важнейших функциональных систем плода (20-24 недели). Выделяют ряд последовательных нарушений, характерных для неразвивающейся беременности: снижение и прекращение маточно-плацентарного кровообращения на фоне поражения структур

плаценты; прекращение маточно-плацентарного кровообращения; нарушение структуры внутреннего слоя матки (эндометрия), вызванное присутствием погибших элементов плодного яйца в полости матки. Клинические признаки неразвивающейся беременности могут быть крайне скудными на фоне прекращения увеличения размеров матки и их несоответствия сроку беременности. Однако матка может быть и нормальных размеров, может быть уменьшена, и может быть даже увеличена в случае наполнения ее кровью при отслойке плодного яйца. Какое-то время после гибели эмбриона/плода пациентка может ощущать себя беременной. Однако с течением времени субъективные признаки беременности постепенно исчезают. Периодически отмечаются мажущие кровянистые выделения из половых путей и спастические боли в животе. Хорионический гонадотропин в крови женщины, как правило, находится на предельно низком уровне или даже полностью отсутствует.

Наиболее достоверно выявить неразвивающуюся беременность можно по результатам ультразвукового исследования при отсутствии сердцебиения плода. Одним из наиболее распространенных вариантов неразвивающейся беременности является анэмбриония, т.е. отсутствие эмбриона в полости плодного яйца после 5-6 недель беременности. При этом плодное яйцо имеет меньшие размеры, чем положено, а эмбрион не визуализируется. При других вариантах неразвивающейся беременности по данным ультразвукового исследования плодное яйцо по размерам соответствует или отстает в своем развитии, эмбрион может визуализироваться, но без сердцебиения. Нередко может выявляться ретрохориальная гематома, которая представляет собой скопление крови в месте отслойки плодного яйца от стенки матки. При более длительном пребывании погибшего эмбриона в матке визуализация эмбриона невозможна, признаки его жизнедеятельности отсутствуют. Размеры матки отстают от срока беременности, отмечается деформация плодного яйца с нечеткими контурами.

Гибель эмбриона /плода не всегда сопровождается самопроизвольным его изгнанием из матки. Часто наблюдаются случаи, когда погибшее плодное яйцо задерживается в матке на неопределенно долгое время. Причиной такой задержки может быть: первичное плотное прикрепление плодного яйца к стенке матки во время имплантации, неполноценность реакций иммунного отторжения погибшего плодного яйца, снижение сократительной активности матки. В случае нахождения погибшего эмбриона в матке в течение 2-4 недель и более, происходит попадание элементов распада погибшего плодного яйца в материнский кровоток, что приводит к нарушению свертывающей системы крови и может быть причиной массивного кровотечения при попытке прерывания беременности. В связи с этим перед выскабливанием матки с целью удаления погибшего плодного яйца необходимо выполнить исследования состояния свертывающей системы крови и при необходимости провести соответствующее лечение.

После тщательного обследования и соответствующей подготовки женщины (проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение риска развития возможных осложнений) необходимо прервать замершую беременность. С этой целью выполняют инструментальное или медикаментозное расширение шейки матки и инструментальное удаление содержимого матки. Возможно также применение специальных медикаментозных средств для неоперативного удаления плодного яйца из матки. Непосредственно в ходе проведения аборта или сразу после его завершения необходимо проведение ультразвукового сканирования, чтобы убедиться в полном удалении частей плода и плаценты. После удаления плодного яйца при неразвивающейся беременности независимо от выбранного метода прерывания целесообразно проведение противовоспалительного лечения.

В каждом случае при неразвивающейся беременности требуется углубленного обследование для выявления возможных причин прерывания беременности с последующим их устранением или ослаблением действия. Для уменьшения вероятности действия возможных повреждающих факторов на течение беременности необходимо проводить скрининговое обследование пациенток, планирующих беременность, а также женщин в ранние сроки беременности на урогенитальную инфекцию. Важно также проведение медико-генетического консультирования с целью выявления групп высокого риска по врожденной и наследственной патологии. При наличии эндокринных причин невынашивания следует подобрать соответствующую корректирующую гормональную терапию. Важным является также выявление различных аутоиммунных нарушений и их коррекция. Повторная беременность возможна при устранении выявленных причин гибели эмбриона/плода, и после проведения необходимого лечения. При наступившей вновь беременности проводят ультразвуковое исследование, определение в крови маркеров возможных нарушений развития плода, включая: А - фетопротеин, хорионический гонадотропин, РАРР-А тест в наиболее информативные сроки. По показаниям проводят также инвазивную пренатальную диагностику, включая биопсию хориона, амниоцентез или кордоцентез для определения хромосомных и ряда моногенных заболеваний плода. Кроме того, проводят лечебно-профилактические мероприятия, направленных на ликвидацию инфекционного процесса, проводят специфическую противовоспалительную терапию в сочетании с иммунокорректорами, коррекцию нарушений свертывающей системы крови и профилактика плацентарной недостаточности с 14-16 недель беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тетруашвили Н.К. Роль системы цитокинов в патогенезе привычного выкидыша и преждевременных родов Тетруашвили Н.К., Сидельникова В.М., Верясов В.Н., Сухих Г.Т. Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов.-1999.-№3.-С.37-44.
2. Доброхотова Ю.Э., Савченко Т.Н. Неразвивающиеся беременность: учебно-методическое пособие ред. О.В. Макаров.-М.: РГМУ, 2002.
3. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности.-М.:МИА,2007.-304с.
4. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. - М.: Триада-Х,2005.-304с.

УДК 618.2-084

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПРОГРАММЕ «БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО»

С.Н. Кульбаева, Б.Т. Салимбаева, Э.А. Абдукасымова, К.А. Жандосова, Б.Д. Майсарова, А.К. Коптаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр, г.Шымкент

ТҮЙІН

Ана қауіпсіздігі бағдарламасы – 1987 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұйғарымымен қабылданған халықаралық бағдарлама. Ол өзіне кез – келген перзентханада кездесетін ана өлімін төмендетуге бағытталған мақсатты қояды.

SUMMARY

The program «Safe motherhood» is the international program which has been accepted by World Health Organization in 1987. It puts the main objective decrease in parentdeath rate which, alas, isn't excluded in practice of work of any maternity home.

Охрана материнства и детства является одной из ключевых проблем области, так как каждый пятый ребенок в республике рождается в ЮКО. Только за последние 5 лет число родов увеличилось на 20%. В области с 2005 года внедряются международные программы «Безопасное материнство и содействие эффективной перинатальной помощи», «Развитие детей раннего возраста», «Интегрированное ведение болезней детского возраста» и «Охрана и поддержка грудного вскармливания». К числу основных показателей, отражающих качество и уровень организации работы лечебно-профилактических родовспомогательных учреждений относится акушерский травматизм, гнойно-септическое инфицирование. Детальный анализ причин и факторов, определяющих данные осложнения, способствуют поискам эффективных мер для дальнейшего его снижения (1).

В первую очередь, это обеспечение охраны материнства, наличие обученного медперсонала для оказания помощи во время родов, доступ специализированной и неотложной акушерской помощи, скрининг для выявления беременных высокого риска, обучение и информированность женщин о беременности и родах, о симптомах всевозможных осложнений, доступность служб планирования семьи. Кроме того, обязательно наличие протоколов (руководств) для лечения неотложной патологии (кровотечений, эклампсии и т. д.) и проведение системного критического анализа качества медицинской помощи. Необходима поддержка во время родов (партнерские роды, о чем пойдет речь чуть ниже); удобное для роженицы любое положение тела во время родов; ранний и неограниченный контакт матери и ребенка после родов; сохранение тепловой цепочки; совместное пребывание матери и ребенка; исключительно грудное вскармливание; исключение из практики работы травматических процедур, таких, как сбривание волос, осмотр шейки матки, рутинные клизмы, амниотомия; правильное мытье рук персонала как наилучший способ профилактики инфекций — вкпе все это составляющая технологии безопасного материнства.

По данным ВОЗ, 15% от общего числа беременных нуждаются в квалифицированной помощи, у остальных 85 % беременность протекает физиологически. При беременности с малым риском число антенатальных визитов можно сократить до 3-5 раз. Акушерке как первому лицу, оказывающему помощь при родах, дается больше полномочий. Она дает роженице возможность родить самостоятельно. С внедрением программы «Безопасное материнство» ожидается значительное снижение материнской смертности, перинатальной и ранней неонатальной (смертность новорожденных до шести суток) смертности. Областной перинатальный центр г.Шымкент при поддержке программы «Здравплюс» и после прохождения сотрудников курса по «Основной дородовой, перинатальной и постнатальной помощи» работает по программе ВОЗ «Безопасное материнство» с 2005 года. Целью программы является снижение уровня материнской, младенческой и детской смертности.

Безопасное материнство – одна из подпрограммы Государственной программы «Здоровье народа» включает целый комплекс улучшения основных здравоохранительных служб для матери и ребенка (2). Согласно новой программе «Безопасное материнство» произошли изменения в системе охраны материнства и детства. Данная программа означает не только профилактику заболеваемости и смертности, она также

предполагает заботу о здоровье матери и ребенка. В это понятие входит физическое, умственное и социальное благополучие женщины до родов, во время и после родов, что должно обеспечить рождение здорового ребенка и здоровое потомство. Программа «Безопасное материнство» ориентирована на семью и общественность, поэтому внедрены партнерские роды. Согласно стратегии «Безопасное материнство» беременность рассматривается как физиологическое явление, а не как заболевание (3).

Благодаря программе «Безопасное материнство» сведены к минимуму необоснованные врачебные вмешательства во время беременности, родов и послеродовом периоде. В центре внимания при оказании помощи в родах – семья, поэтому внедрены партнерские, индивидуальные роды. Поощряются женщинам принимать разные положения во время I-II периода родов в индивидуальной палате. Обеспечен свободный доступ членов семьи к пациентке, присутствие родственников во время принятия родов. Использование партограммы позволило врачам родильного зала своевременно диагностировать осложнения во время родов и своевременно решить вопросы о дальнейшем ведении родов. Снизились затраты по медикаментам, по лабораторным исследованиям, по использованию дезинфицирующих средств. За время внедрения программы «Безопасное материнство» не допущено гнойно-септической заболеваемости, снизилась перинатальная, ранняя неонатальная смертность. Снижены кровотечения в дородовом, послеродовом периодах, резко снизился разрыв, разрез промежности. Сегодня в ЮКО во всех роддомах роды принимают на специальных родовых кроватях, а не на гинекологических креслах, как это было прежде. Для рожениц предусматриваются индивидуальные палаты, в максимальной степени приближенные к домашней обстановке, где располагаются спецкровати, здесь и принимают роды. А затем уже мать и дитя помещают в послеродовые палаты. Сегодня врачи отходят от прежних устоявшихся методов работы и предлагают будущим мамам рожать в удобных для них положениях, и при рождении ребенка сразу прикладывают его к материнской груди.

В родах по желанию могут принять участие и папы. В таких случаях этот процесс чудодейственного появления на свет новой жизни — ребенка — называется партнерскими родами. Присутствие и участие близкого человека благотворно воздействует на будущую маму: роды обычно проходят мягче, безболезненно, и, как показывает практика, количество вводимых обезболивающих значительно сокращается. Еще одна отличительная особенность программы заключается в том, что врачи стараются создать роженицам добрую и теплую атмосферу при родах и по их желанию ставят любимое музыкальное произведение. Кроме того, пациентки имеют право выбрать себе врача для ведения родового и послеродового периода. Все эти и другие нововведения, уверены врачи, должны дать свои положительные результаты для матери и новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по Безопасному материнству. Под редакцией Кулакова В.И. и соавтор., М.: из-во «Триада-Х». 1998г, 531стр.
2. Розенсон Н.Г., Чимбаев Г.Н., Бадигова Е.А. Партнерские роды //Астана медициналық журналы №5(50), 2008.-С.128-130.
3. Библиотека Кохрейна. Hodnett E.Caregiver Support for women during childbirth.

УДК 616.7-036.86-082

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ИНВАЛИДАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ш. А.Темиркулова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Дегенеративті-деструктивті буындардың кеселмен ауыратын науқастарға сауықтыру бағдарламасын, іске асыру үшін науқастың клиникалық ерекшелігін, қосымша ауруларын, науқастың жағдайын ескере отырып және осы этапта нақты емдік реабилитациялық анатомы-курорттық мекемелерде өткізу қажет.

SUMMARY

Construction of the rehabilitation program for sick joints of at degenerate-destructive diseases should be carried out during each period of regenerative treatment taking into account features of the clinical course, accompanying diseases, condition and possibilities of the patient, and also those problems which can be solved at the given stage white both medical-rehabilitation and sanatorium establishment.

В условиях здравоохранения нашей страны требуется разработка и совершенствование профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА) на основе рационального использования имеющихся ресурсов, что невозможно без проведения эпидемиологического исследования и экономического анализа медико-социальных потерь. Это придает особую значимость знаниям патологий ОДА с целью лучшей ориентации в направлении совершенствования организации, системы управления медико-социальной помощью этим пациентам; определяет насущную

необходимость сосредоточения работы на приоритетных направлениях профилактики, служит основанием для поиска новых форм профилактики и подходов к реабилитации этих больных. В лечебном комплексе нередко становятся необходимыми методы консервативной и оперативной хирургии, санаторно-курортного лечения, социальной и психологической реабилитации. Одним из пунктов решения проблемы адекватного лечения ревматологических больных является возможность обеспечения их льготными и бесплатными лекарственными препаратами [1]. Все вышесказанное в нашей работе доказывает преобладающую роль профилактики заболеваний ОДА.

Первичная профилактика возникновения дегенеративно-деструктивных заболеваний ОДА, в частности ОА, заключается в коррекции статических нарушений, врожденных аномалий ОДА, ограничении интенсивных нагрузок, снижении массы тела, изменении образа жизни с акцентом на оптимизацию нагрузок, питания, занятиях спортом и т.п. [2]. Рекомендуются дозированность и чередование нагрузок, занятия физкультурой, плаванием, коррекция осанки и походки (применение супинаторов), ежегодный отдых на море, лечение на бальнеологических и грязевых курортах и др. При появлении болевых ощущений необходимо назначение нестероидных противовоспалительных препаратов; немаловажная роль отводится локальной терапии (противовоспалительные гели, мази, кремы) [3]. Среди многочисленных путей профилактики ОА можно выделить следующие, наиболее значимые: профилактика и эффективное лечение травмы сустава; достаточная двигательная активность на протяжении всей жизни; снижение избыточного веса тела; своевременная коррекция приобретенного или врожденного нарушения биомеханики сустава (например, коррекция плоскостопия, исправление травматической деформации оси конечности, лечение врожденного вывиха бедра и т. п.). В целом восстановительное лечение больного заболеваниями ОДА включает комплекс медицинских и психологических мероприятий, проводимых в специально созданных центрах восстановительного лечения, основными направлениями которых являются: организационно-методические и правовые вопросы восстановительной медицины, медико-социальной реабилитации больных с заболеваниями ОДА и при поражении нервной системы; современные технологии восстановительной медицины (физиотерапия, курортология, лечебная физкультура и медицинский массаж, традиционная медицина, рефлексотерапия, мануальная терапия, психотерапия и др.) при поражениях органов опоры и движения; современные технологии оздоровления и профилактики заболеваний органов опоры и движения [4].

В 2007 г. в Москве проводился IV Международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация - 2007», посвященный проблемам медицинской реабилитации больных с заболеваниями ОДА и поражениями нервной системы. На нем отмечено, что в последние годы уделяется большое внимание восстановительной медицине: введена соответствующая врачебная специальность, открыты новые центры. Задачи, стоящие перед отраслью медицины, служат основой для модернизации здравоохранения – повышения доступности и качества медицинской помощи. Эти принципы восстановительной медицины имеют немаловажное значение и для нашей системы здравоохранения.

Принципы реабилитации больных базируются на комплексности применения средств реабилитации, их дифференцированности, последовательности, этапности и индивидуализации [5]. Роль кинези-, механотерапии и массажа в медицинской реабилитации больных с поражением ОДА является одной из основных в сохранении их двигательной активности и предотвращении нарушений. Их обязательно включают в комплекс восстановительного лечения. При показаниях назначают механотерапию, элементы мануальной терапии (постизометрическую релаксацию), рефлексотерапию, которые улучшают двигательную функцию пораженных суставов, функционирование мышц и всего ОДА, при необходимости проводят эндопротезирование суставов, артропластику и другие виды корригирующих операций [4,5]. Построение реабилитационной программы для больных дегенеративно- деструктивными заболеваниями суставов осуществляется в каждый период восстановительного лечения с учетом особенностей клинического течения болезни, сопутствующих заболеваний, состояния и возможностей больного, а также тех задач, которые могут быть решены на данном этапе и в конкретном лечебно-реабилитационном и санаторно-курортном учреждении [2,5].

Эффективность реабилитаций больных с дегенеративно-деструктивными заболеваниями возрастает при комплексном применении методов бальнео-, грязелечения, аппаратной физиотерапии. Эффективность непосредственных результатов при правильном и адекватном подборе применяемых алгоритмов достигает 93-97% [6]. Отдаленные результаты свидетельствуют о сохранении достигнутого эффекта в течение 6-12 месяцев, а в ряде случаев и дольше [5]. Важным стабилизирующим фактором при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов остается ежегодное лечение на курорте. Больным ОА его проводят в санаториях для заболеваний органов опоры и движения, бальнеологических курортах с радоновыми, сероводородными, йодобромными, хлоридными, натриевыми, азотными кремнистыми и другими минеральными водами, а также с иловыми сульфидными, торфяными, солнечными грязями [6]. Применение курортной терапии для лечения заболевания опоры и движения желателен в сезон благоприятных и устойчивых для каждого региона климатических условий [4]. Курортное лечение показано больным с дистрофическими поражениями суставов и позвоночника при отсутствии выраженных изменений внутренних органов, при возможности самообслуживания [5].

Применение естественных физических факторов на санаторно-курортном этапе повышает сопротивляемость больных к неблагоприятным факторам внешней среды, способствует восстановлению и

коррекции нарушенных функций ОДА, профилактике обострений заболеваний, возникновения и усугубления имеющихся у больного деформаций. Достижимая при этом ремиссия сохраняется, как правило, в течение 6-12 мес. [5]. Большой опыт свидетельствует, что раннее комплексное и систематическое применение реабилитационных мероприятий больным с дегенеративно-деструктивными заболеваниями суставов на разных этапах оказания медицинской помощи у большинства из них могут предотвратить прогрессирование имеющихся нарушений ОДА, сохранить на достаточном уровне его функциональные возможности, восстановить трудоспособность и повысить качество жизни пациентов [5,6]. В целом восстановительное лечение больного заболеваниями ОДА включает комплекс медицинских и психологических мероприятий, проводимых в центрах, отделениях восстановительного лечения, стационарах, поликлиниках [6].

Программа реабилитационных мероприятий должна включать еще следующие пункты по формированию здорового образа жизни: Активное формирование сознания жителей области на здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек путем внедрения новых форм работы по гигиеническому обучению и воспитанию населения. Профилактика рискованных и саморазрушающих форм поведения, травматизма и профессиональных вредностей производства средствами индивидуальной и групповой работы. Осуществление диспансерного наблюдения за больными с заболеваниями ОДА, за людьми с профессиями повышенного риска и занимающимися спортом.

Определение влияния физического воспитания на состояние здоровья и физическое развитие детей, подростков и молодежи в школах, средних и высших учебных заведениях города и области. Проведение восстановительного комплексного лечения больных и инвалидов с заболеваниями ОДА, перенесших травмы. Проведение целевых экспертных осмотров детей в общеобразовательных учреждениях на предмет раннего выявления нарушений осанки и сколиозов. Разработка индивидуальных программ восстановительного лечения. Проведение мероприятий по предупреждению спортивного травматизма и заболеваний, обусловленных нерациональными занятиями физкультурой и спортом. Активная пропаганда роли средств физической культуры и гигиенического воспитания в сохранении здоровья населения. Проведение анализа эффективности лечения больных с патологией ОДА и инвалидов.

Оказание комплексной психотерапевтической помощи семье и отдельным её членам путем семейного консультирования и индивидуальной психокоррекции. Построение реабилитационной программы для больных дегенеративно-деструктивными заболеваниями суставов должна осуществляться в каждый период восстановительного лечения с учетом особенностей клинического течения болезни, сопутствующих заболеваний, состояния и возможностей больного, а также тех задач, которые могут быть решены на данном этапе и конкретном лечебно-реабилитационном и санаторно-курортном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Распространенность и социальная значимость ревматических заболеваний в Российской Федерации //Научно-практическая ревматология. – 2009. - № 2. – С. 42-47.
2. Верткин А.Л., Талибов О.Б. Лечение остеоартроза: роль хондропротекторов //Лечащий врач. - 2000. - №9. – С. 4-6.
3. Насонова В.А. Диагностика и лечение больных пожилого возраста, страдающих манифестным остеоартрозом //Российский медицинский журнал. – 2001. - № 9(3-4). – С. 157-160.
4. Priolo F. Bone and joint imaging in rheumatic and orthopedic diseases. - Milan: GPanet S. r. L.- Via Agudio, 2002. – P. 59-182.
5. Григорьева В.Д., Шавианидзе Г.О. Медицинская реабилитация больных остеоартрозом //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2007. - № 6. – С. 46-50.
6. Бобровницкий И. П., Иванова Е.С. IV Международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация-2007 //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2008. - №2. – С.51-53.

УДК 616.9 – 022.369 (574.5)

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВБИ В ЮКО В 2009 ГОДУ

*Г.Н.Абуова, А.А.Нурмашева, Ф.А.Бердалиева, Г.А.Тулупова, У.М.Мухаметалина, М.С.Кадырова
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
КБ, ОЦ СПИД, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Ауруханашілік инфекциялар – бұл Оңтүстік Қазақстан облысының денсаулық сақтауының актуальды мәселесі. Ауруханашілік инфекцияларының аз анықталуының нәтижесінде олардың аурушандығы төмен деңгейде тіркеледі.

SUMMARY

Nosocomial infection is an urgent public health problem of the South Kazakhstan region. Low recorded incidence rate of nosocomial infections is a consequence of their low detectability.

Как известно, внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем здравоохранения всех стран мира, в том числе и Республики Казахстан. Наносимый ими социально-экономический ущерб огромен. Несмотря на большие достижения в области лечебно-диагностических

технологий, распространенность ВБИ в мире в современных условиях остается высокой и приобретает все большую медицинскую, экономическую и социальную значимость [1]. Согласно определению ВОЗ, к ВБИ относят «любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения в неё за лечебной помощью (или сотрудников больницы вследствие их работы в данном учреждении) вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки». Экономический ущерб, вызванный ВБИ, складывается из прямых и дополнительных затрат, связанных с увеличением срока пребывания пациента в стационаре. По данным американских авторов стоимость дополнительного пребывания в стационаре из-за ВБИ составляет ежегодно от 5 до 10 млрд. долларов. Социальный аспект ущерба населению складывается из нанесения вреда здоровью пострадавшим вплоть до инвалидности, а также увеличения летальности. По данным ВОЗ показатель летальности среди госпитализированных с ВБИ в 10 раз выше, чем у лиц без инфекции. Для Республики Казахстан и Южно-Казахстанской области проблема ВБИ не менее актуальна.

Нами был проведен анализ состояния заболеваемости ВБИ в Южно-Казахстанской области в 2009 году. Всего по области было госпитализировано в различные стационары 320 064 человек, из которых у 54 (т.е. у 0,016%) были зарегистрированы ВБИ. Показатель на 1000 госпитализированных составил 0,1%. Тогда как по данным ВОЗ, в странах Европы этот показатель составляет 7,7 %, в странах западной части Тихого океана – 9%, в регионах Юго-Восточной Азии – 10,0%, восточного Средиземноморья – 11%, в США – около 5%, в мире в среднем – 8,4%. В Великобритании ВБИ возникают у 9,0% госпитализированных больных и являются причиной 5000 летальных исходов в год. Анализ выявляемости заболеваемости и показателей ВБИ в разрезе районов ЮКО представлен в диаграмме 1.

Анализ выявляемости заболеваемости ВБИ в разрезе районов ЮКО

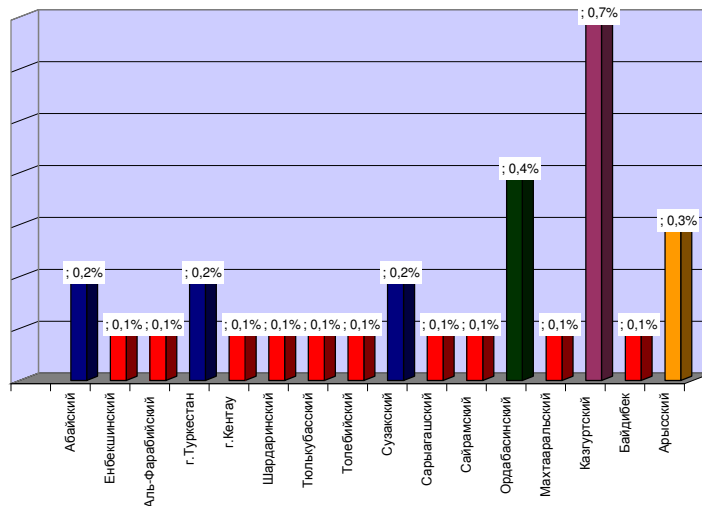


Диаграмма 1.

Самый высокий показатель заболеваемости ВБИ 0,7% выявлен в Казыгуртском районе, 0,4% - в Ордабасинском районе, 0,3% - Арысском районе, 0,2% - Сузакском районе, г.Туркестане и Абайском районе города Шымкент. Не регистрируются случаи ВБИ в Отрарском районе, возможной причиной этого является отсутствие баклаборатории в ЛПУ района, нет специально обученного медперсонала по вопросам инфекционного контроля [2]. В структуре ВБИ в области преобладают гнойно-септические инфекции (ГСИ) и составляют 94,4% всех ВБИ, из которых 3,9% зарегистрированы в хирургических стационарах, 74,5% - в родовспомогательных учреждениях, 11,7% - постинъекционные осложнения и 9,8% - возникли в других ЛПУ (диаграмма 2). Абсолютно не выявляются инфекции мочевыводящих путей, нижних дыхательных путей, инфекции кровотока. Другие ВБИ составили 5,5% (диаграмма 3).

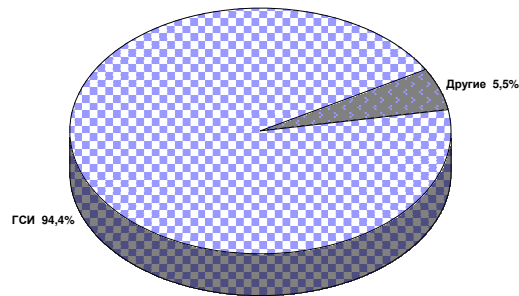


Диаграмма 2. Структура ВБИ в ЮКО в 2009 году

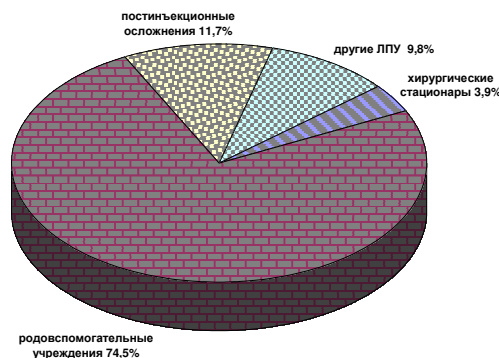


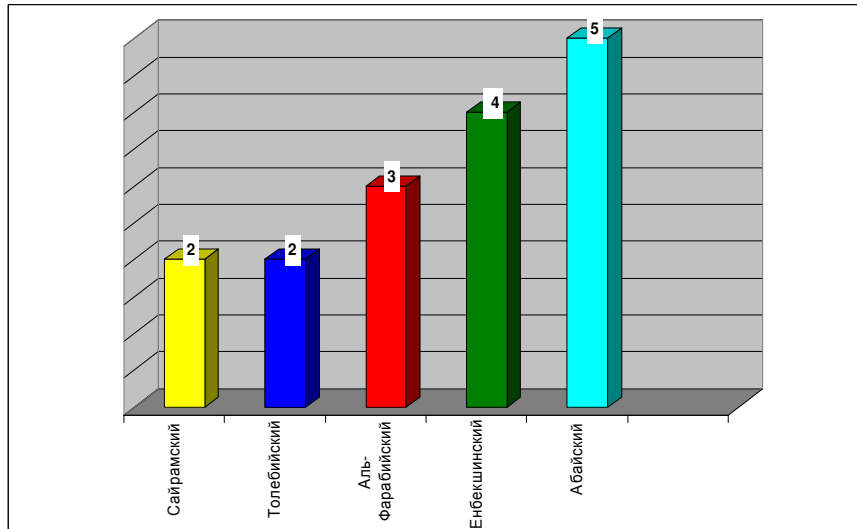
Диаграмма 3. Структура ГСИ в ЮКО в 2009 году

Как видно из диаграммы 3, в хирургических стационарах области ГСИ встречаются редко: на 43 780 операций, произведенных за год, зарегистрировано всего 2 осложнения (что составило 0,004%) в виде абсцесса, причем оба случая из Абайского района г.Шымкента были подтверждены лабораторно. В одном случае высеян золотистый стафилококк, в другом-синегнойная палочка. При исследовании причин данных ГСИ были выявлены нарушения режима стерилизации мединструментария и нарушения правил дезинфекции. К сожалению, при выявлении случаев осложнений не учтены такие, как нагноение послеоперационных ран, перитонит, сепсис. Причинами ГСИ не рассматриваются нарушения техники операций, а также нарушения правил обработки рук медперсонала.

Наибольший процент ГСИ в ЮКО в 2009 году был зарегистрирован в родовспомогательных учреждениях (74,5%). Так, на 70 308 родов (в том числе 6374 – с кесаревым сечением) выявлено 18 осложнений, среди которых эндометрит – 17 случаев, сепсис – 1 случай. Показатель данных осложнений составил 0,02%, после кесарева сечения – 0,1%. Наибольшее число осложнений выявлено в Казгуртском, Сайрамском, Туркестанском районах. Тогда как в Махтаральском, Отрарском, Шардаринском районах они вообще не выявляются. Этиологическими факторами послеродовых ГСИ явились в 3-х случаях – стафилококк, 2-х случаях – энтерококки, также БГКП и синегнойная палочка. К сожалению, встречающиеся в практике гнойные маститы, перитониты, инфекции послеродовых и послеоперационных ран как ВБИ вообще не рассматриваются. После гинекологических операций (всего 8073), в числе которых аборт (всего 5489) также регистрировались осложнения в виде эндометритов. Всего 4 случая за год – в Ордабасинском районе и Аль-Фарабийском районе г.Шымкента. Только 2 осложнения подтверждены лабораторно: высевались энтерококки. Официальными причинами данных осложнений послужили нарушения правил дезинфекции и стерилизации, несоблюдение асептики.

11,7% всех ГСИ составили постинъекционные осложнения, их наибольшее количество выявлено в Казгуртском районе. В данном районе также нет обученного специалиста по вопросам инфекционного контроля [2]. При анализе ВБИ среди новорожденных нами было выявлено: из родившихся живыми 68918 детей у 16 (т.е.у 0,02%) регистрировались такие инфекции, как гнойный конъюнктивит (в 31,2% случаев), мастит (в 6,2% случаев), инфекции кожи (в 37,5% случаев), другие инфекции (в 12,5% случаев), комбинированные ГСИ (в 12,5% случаев).

Таблица 2. Случаи ВБИ среди новорожденных в разрезе районов ЮКО



Показатели составили соответственно: в Төлебийском районе и Абайском районе г.Шымкента – 0,08% от числа всех родившихся, Аль-Фарабийском – 0,04% от числа родившихся, в Сайрамском – 0,03%, Енбекшинском – 0,02% от числа родившихся. Только 8 случаев инфекций были подтверждены лабораторно (50%), в 6 случаях высеян золотистый стафилококк, в 2 случаях – другие стафилококки. Такие состояния, как пневмонии у новорожденных, гнойный омфолит, сепсис также не рассматривались, как проявления ВБИ.

Также нами были проанализированы результаты планового лабораторного контроля СЭС медицинского персонала. Так, среди обследованных 5599 медицинских работников у 212 были выявлены положительные результаты, что составило 3,7%. Из обследованных на золотистый стафилококк 5090 человек у 206 был выявлен возбудитель, что составило 4% медицинского персонала. 33,3% работников медицины в Отрарском районе, 13% - в Арыском районе, 8,2% - в Сайрамском районе оказались бак.носителями стафилококка, что подтвердилось также результатами лабораторного самоконтроля. Среди возможных причин низкой выявляемости и регистрации ВБИ в области нами рассматриваются: существующие потребности в госпитальных эпидемиологах (так, в Махтаральском, Төлебийском районах, г.Туркестан лишь на 50% покрыта потребность в госпитальных эпидемиологах) [2]; потребность в медсестрах инфекционного контроля в Сайрамском районе покрыта на 80%, в Сарыагашском районе – на 50%, а в Сузакском районе – 0% [2]; не прошли обучение по вопросам инфекционного контроля Байдибекский, Казгуртский, Махтаральский, Отрарский, Сузакский, Тулкубасский, Шардаринский районы [2]; отсутствие баклабораторий в ЛПУ Махтаральского, Отрарского, Ордабасинского, Төлебийского районов г.Кентау, из-за чего процент лабораторных подтверждений ВБИ в области составил всего 54,7% (30 случаев из 54) [2]; высокий (до 4%) процент инфицированности медицинского персонала золотистым стафилококком, другими инфекциями.

В связи с вышеизложенными результатами анализа состояния заболеваемости ВБИ в ЮКО в 2009 году нами сделаны выводы: ВБИ представляют собой актуальную проблему здравоохранения ЮКО. Зарегистрированный низкий уровень заболеваемости ВБИ (0,1% на 1000 госпитализированных) является следствием низкой их выявляемости. При анализе ВБИ необходимо учитывать не только инфекции, развившиеся у госпитализированных, но и у всех обратившихся в лечебные учреждения за медицинской помощью. Необходимо улучшить выявление инфекций мочевых путей, дыхательных путей, сальмонеллеза.

Целесообразно как проявления ГСИ рассматривать перитониты, гнойные маститы, сепсис, нагноения послеоперационных ран, у новорожденных – гнойный омфолит, сепсис, пневмонии, остеомиелит, своевременно проводить необходимые профилактические и противоэпидемические мероприятия. С учетом низкого процента бак.подтверждений в целях расшифровки этиологической структуры ВБИ открыть баклаборатории в ЛПУ районов области. Следует осуществлять подготовку руководителей ЛПУ, госпитальных эпидемиологов, врачей всех специальностей, медицинских сестер по вопросам учета и регистрации ВБИ, инфекционного контроля, а также обследование и оздоровление мед.персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шкатова Е.Ю. и др. Инфекционная безопасность в ЛПУ. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2008г., стр.3-8.
2. Сводка ДГСЭН за 2009 год.

УДК 616.91-036.22(574.2)

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.Н.Абуова, Ш.Б.Бостанов, Д.С.Алиев, А.О.Байдаулетова, К.Н.Тажимаева, А.К.Муминов
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
ДГСЭН по ЮКО, ГИБ, г.Шымкент

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысындағы қырым-қанды безгегі ауруының қолайсыз эпидемиологиялық жағдайы, сонымен қатар оның себептері және қырым-қанды безгегі аурушандығын төмендетуге бағытталған іс шаралар талданды.

SUMMARY

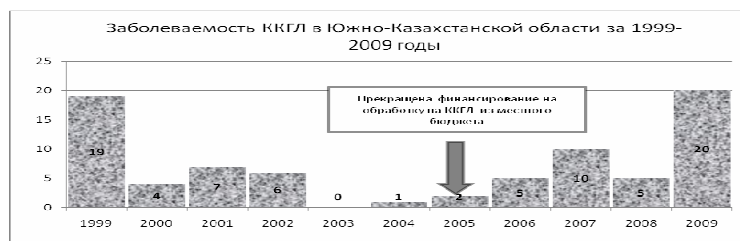
High-outbreak-risk epidemiological situation concerning of the Crimean - Congo Haemorrhagic Fever in the South-Kazakhstan area and measures taken on reduction of this disease have been analysed.

В 2009 году в Республике Казахстан было зарегистрировано 30 случаев конго-крымской геморрагической лихорадки: в Южно-Казахстанской, Жамбылской и Кызылординской областях [1]. Южно-Казахстанская область является одним из неблагополучных регионов Республики Казахстан по природной очаговости ККГЛ, чему способствуют особенности географического ландшафта региона, благоприятные климатические условия и циркуляция в природе зараженных вирусом клещей.

Ежегодно в регионе наблюдается обострение эпизоотической и эпидемиологической ситуации по ККГЛ [2]. Из-за возобновления активности природных очагов ККГЛ в 2009 г. сложилась крайне неблагополучная эпизоотическая ситуация. Если ранее активизация природных очагов в основном регистрировалась на территории Сузакского, Отрарского, Ордабасинского, Сайрамского и Байдибекского районов, то, начиная с 2006 года, появились очаги в Сарыагашском, Махтааральском, Шардаринском районах и городе Туркестане, то есть ареал природного очага распространился в южном направлении, из пустынной в степную зону. Активизации природных очагов ККГЛ способствовало увеличение численности клещей *Hyalomma asiaticum* и *Dermacentor dagestanicus*, что явилось следствием прекращения планомерных противоклещевых мероприятий, включающих обработку скота, скотопомещений и пастбищ [2]. Кроме того, активизации процесса способствовали климатические условия и увеличение поголовья скота и бесконтрольная миграция сельскохозяйственных животных. Ежегодно увеличение численности клещей и их миграционная активность отмечались в период с мая по июнь месяцы. За последние 3 года наблюдается активность клещей в южных регионах (Сарыагашский, Туркестанский, Шардаринский, Махтааральский) в июле-сентябре месяцах, что связано с увеличением их численности и расселением в скотопомещениях и хозяйственных постройках. Что также мы считаем следствием прекращения противоклещевых обработок сельхозживотных и скотопомещений. На отдельных территориях индекс инфицирования клещей вирусом ККГЛ достигает 9,4% от общего числа исследованных проб [1].

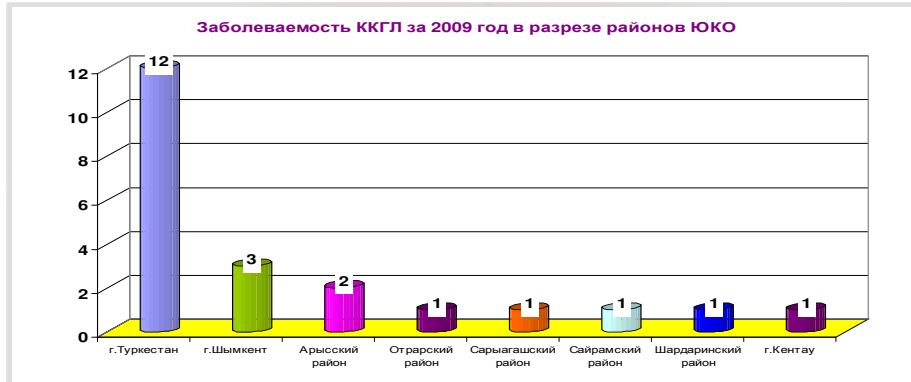
В период с 2003 по 2005 год включительно по специальной программе из гос.бюджета через облсельхозуправление производилось финансирование противоклещевых мероприятий. В этот же период отмечено снижение уровня заболеваемости ККГЛ среди людей, за 3 года было зарегистрировано 3 случая. В 2006 году из-за изменения бюджетного кодекса финансирование было прекращено и плановая противоклещевая обработка не проводилась. В результате уровень заболеваемости стал расти, и за последующие 4 года (2006-2009гг) зарегистрировано 42 случая ККГЛ среди людей, из которых 22 (58,4%) – в 2009 году.

Диаграмма 1.



В 2009 году в области было зарегистрировано 22 случая ККГЛ (г. Туркестан – 12, г. Шымкент – 3, Арысский район – 2, Отрарский, Сарыагашский, Сайрамский, Шардаринский районы и г. Кентау – по 1 случаю), показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 0,9. За 2008 год аналогичный показатель составлял 0,2 (5 случаев).

Диаграмма 2.



В 8 из 22 случаев заболевание завершилось летальным исходом, в том числе в г. Туркестан – 5 случаев, Сайрамском, Шардаринском районах и г. Шымкент – по 1 случаю. В остальных 14 случаях больные выписаны с выздоровлением.

Диаграмма 3

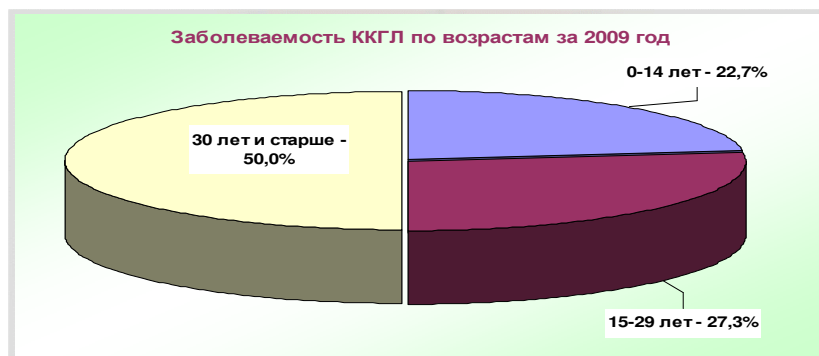


В возрастной структуре заболеваемости в 2009 году дети до 14 лет составили 22,7% (5 случаев), в возрасте 15-29 лет – 27,3% (6 случаев), 30 лет и старше – 50% (11 случаев).

Диаграмма



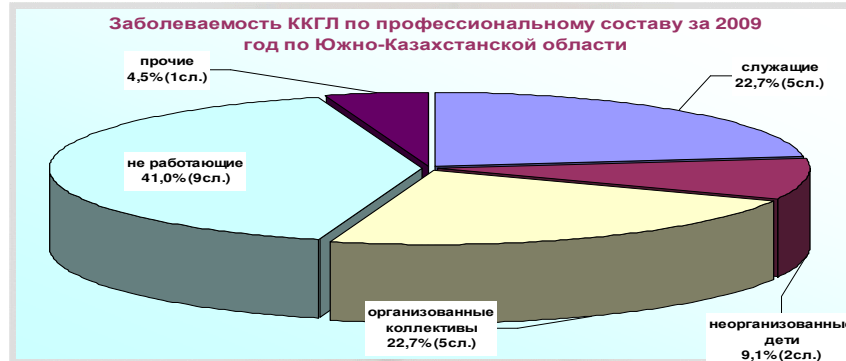
4



По полу: мужчины – 59% (13 случаев), женщины – 41% (9 случаев).

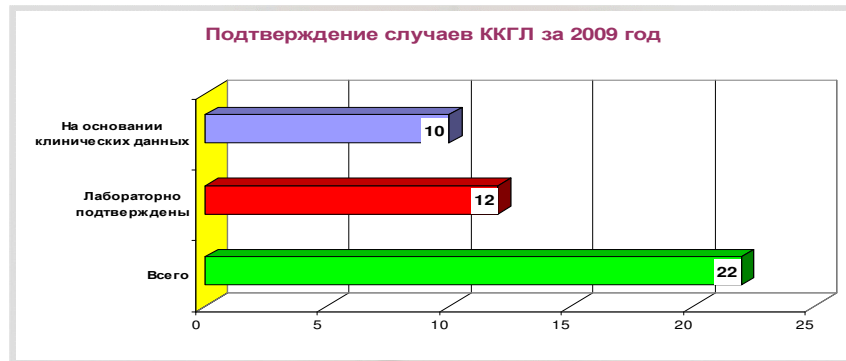
По профессиональному составу: служащие – 22,7% (5 случаев), неорганизованные дети – 9,1% (2 случая), организованные коллективы (детсады, школы) – 22,7% (5 случаев), неработающие – 41% (9 случаев), прочие – 4,5% (1 случай).

Диаграмма 5



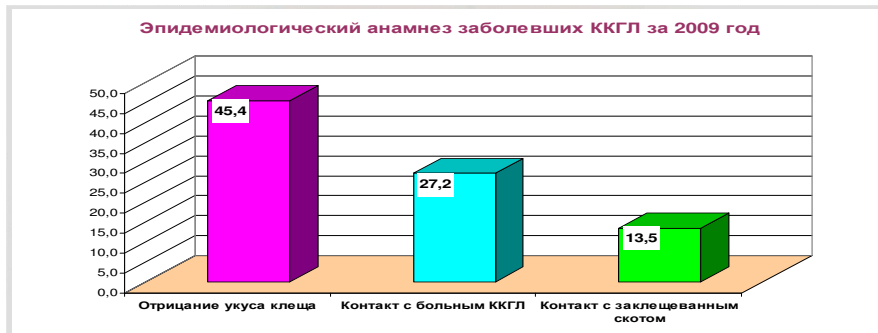
В 12 случаях диагноз ККГЛ подтвержден лабораторными методами (ИФА), в 10 случаях диагноз установлен на основании клинических данных.

Диаграмма 6



Во всех очагах ККГЛ проведено эпидемиологическое расследование, проведена заключительная дезинфекция. Было выявлено 439 контактных, все были взяты под медицинское наблюдение, случаев заболеваний среди них не зарегистрировано. По данным эпидемиологического анамнеза 45,4% заболевших отрицали укус клещей. В то же время у 27,2% заболевших отмечен контакт с больным ККГЛ, в 13,5% больные отмечали наличие контакта с заклещеванным скотом. Данные факты свидетельствуют о том, что заражение людей происходило в населенных пунктах, а не в дикой природе.

Диаграмма 7



Разбор клинических проявлений болезни показал, что у 90% заболевших отмечалось повышение температуры, у 45% – кровотечения из носа, у 40% – слабость, у 35% – головная боль, у 20% – геморрагические проявления.

Диаграмма 8



Внутрибольничное заражение ККГЛ в 2009 году было допущено в родильном доме города Туркестан, что связано с нарушением мер инфекционного контроля, грубейшим нарушением санитарно-гигиенических и дезинфекционных режимов, а также отсутствием настороженности врачей. За текущей год в Южно-Казахстанской области по поводу укусов клещей за медицинской помощью обратилось 1666 человек, из которых 182 человека были госпитализированы. Остальные 1484 находились под наблюдением в домашних условиях, заболеваний среди них не зарегистрировано.

Принимаемые меры по профилактике ККГЛ в ЮКО: составлен и утвержден комплексный план мероприятий по борьбе с ККГЛ в области на 2010-2015 годы, созданы комиссии по профилактике особо-опасных инфекций во главе с заместителями акимов районов и городов, составлена карта области, районов и городов с нанесением наиболее неблагополучных населенных пунктов для оперативного прогноза и направления основных профилактических мероприятий, проводится санитарно-просветительная работа по профилактике инфекционных заболеваний, в том числе по ООИ [2].

Выводы: Учитывая эпизоотологическую и эпидемиологическую обстановку на территории Южно-Казахстанской области в целях стабилизации ситуации по ККГЛ необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий с участием всех заинтересованных органов и служб: местных исполнительных органов, здравоохранения, санэпиднадзора, ветеринарного надзора, противочумной службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет миссии ВОЗ по усилению контроля над конго-крымской геморрагической лихорадкой в Казахстане, ЮКО, 11-22 мая 2010 г.
2. «О принимаемых мерах по подготовке эпидемическому сезону ККГЛ в Южно-Казахстанской области», отчет Бостанова Ш.Б., начальника отдела ООИ ДГСЭН по ЮКО.

УДК 616-002.77-082-084:614.2

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗАМИ РЕВМАТОЛОГА

П. Т. Доскараева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Әдебиеттік шолу жасау нәтижесінде ревматологиялық ауру Қазақстандағы жалпы аурушандық ішінде алғашқы орындардың бірін алатыны, сонымен қатар, уақытша және тұрақты еңбекке жарамсыздыққа, науқастың өмір сүру сапасына тікелей әсерін тигізетіні белгілі болды.

SUMMARY

From the references analyses it is revealed that rheumatic diseases occupy one of leading places in the disease range of the population of Kazakhstan that appreciably defines level of its time and proof disability, negatively influencing quality of life of patients.

Ревматические болезни ложатся тяжелым медико-социальным и экономическим бременем на самого больного, его семью и общество в целом. Начинаясь в детском и подростковом возрасте, и приобретая, как правило, хроническое течение, большинство ревматических заболеваний исключают человека из нормальной личной и общественной жизни. 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. [1]. Преобладание заболеваемости среди женщин детородного возраста, достигающее до 90% от общего числа больных СКВ, может объясняться определенным

влиянием половых гормонов. Однако среди детей СКВ встречается в три раза чаще у девочек, чем у мальчиков на фоне ревматических заболеваний. О возможности вирусной этиологии СКВ свидетельствует высокий уровень заболеваемости у лиц, подверженных частым вирусным заболеваниям. Системная склеродермия в каждой возрастной группе характеризуется значительным разнообразием форм и вариантов течения, что, возможно, связано с различной чувствительностью и реакцией организма на экзо- и эндогенные факторы в различные периоды жизни [2,3]. Одной из причин заболевания и усугубления течения системных аутоиммунных ревматических заболеваний является присоединение или предшествование инфекционных агентов.

Вышеуказанные сведения подтверждают данные о полиэтиологичности системных заболеваний аутоиммунной природы. При этом проблемы совершенствования ревматологической помощи больным должны решаться с учетом, как патогенетических механизмов, так и социально-гигиенических факторов, усугубляющих течение системных заболеваний соединительной ткани человеческого организма. Во всех странах, особенно экономически развитых, происходит неуклонный рост числа неинфекционных заболеваний, среди которых ревматическая патология занимает все более значительный удельный вес. Социальная значимость болезней, включая ревматические заболевания, для больного человека и его семьи, складывается из двух частей: это, с одной стороны, финансовые потери, которые обусловлены необходимостью затрат на диагностику и лечение своего заболевания при сниженной или утраченной возможности заработать, а с другой – нарастающее ухудшение качества жизни. Хронические прогрессирующие РЗ являются причиной инвалидизации 2,8% населения США и 8% – Великобритании [4,5,6].

Существенное негативное социальное влияние системных аутоиммунных ревматических заболеваний обусловлено, прежде всего, хроническим характером большинства из них при постоянно возрастающей общей первичной заболеваемости во всех возрастных группах населения Республики Казахстан [8]. Кроме того, затраты, связанные с необходимостью купирования отрицательных последствий применения того или иного метода лечения, а также возникающие психоэмоциональные расстройства пациента и членов его семьи, увеличивают тяжесть влияния ревматических болезней на общество [9]. Растет первичная и общая заболеваемость ревматическими заболеваниями и в Республике Казахстан. Ревматические заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения Казахстана, что в значительной мере определяет уровень его временной и стойкой утраты трудоспособности, негативно влияют на качество жизни больных. Естественно, что данные зарубежных исследований нельзя переносить на социально-экономические показатели стран СНГ. Структура прямых и косвенных затрат, экономическая оценка труда медицинских работников, отношение к госпитализации и многое другое в странах СНГ значительно отличаются от западных стран. Поэтому проводится изучение РЗ с экономической точки зрения, определение их стоимости в постсоветских реалиях, создание методологических основ фармакоэкономического анализа в области ревматологии.

Не менее актуальна задача измерения нематериальной, "неосязаемой" стоимости болезни. Она отражает индивидуальную физическую и психоэмоциональную оценку бремени РЗ конкретным человеком, т.е. характеризует проблему с позиции больного по степени и направленности влияния болезни на качество его жизни. Необходимость постоянного ухода за ревматологическим больным может постепенно снижать семейный потенциал заботливости и даже приводить к разрушению семьи, а растущие прямые медицинские и немедицинские затраты на болезнь приводят к усилению напряженности семейного бюджета и чрезмерной нагрузке на здоровых членов семьи. Анализ деятельности ревматологической службы показал, что для уменьшения уровней заболеваемости, инвалидизации, летальности и для улучшения качества диагностики и лечения, увеличения процента охвата диспансерным наблюдением ревматических больных необходимы новые методические подходы к организации ревматологической помощи населению [7]. Несомненного внимания заслуживает проблема участия различных инфекционных агентов в качестве триггерных факторов, инициирующих развитие иммунного воспаления при РЗ. РЗ относятся к аутоиммунным болезням, при которых образуется широкий спектр как органоспецифических, так и органонеспецифических антител [10]. При этом аутоиммунные реакции рассматриваются как нежелательный, «побочный» продукт иммунного ответа на инфекционный агент. При стрептококковой инфекции наблюдается поражение суставов, включая артралгии стрептококковой этиологии [11].

В развитии РЗ не исключается роль грибов вида *Candida albicans* [12]. Механизмы участия инфекции в развитии заболевания могут быть различными. Важнейшим механизмом аутоиммунитета считают антигенспецифическую активацию, которую объясняют с помощью теории молекулярной мимикрии. В основе гипотезы лежит предположение, что антигенная детерминанта (эпитоп) на одном из бактериальных пептидов имеет структурное сходство с антигенной детерминантой белка хозяина [13]. Развитию аутоиммунных реакций также способствует наличие шаперонов – белков теплового шока микроорганизмов, родственных шаперонам организма больных. Антитела к шаперонам обнаружены в сыворотке крови больных СКВ [14, 15]. Наряду с этим при РЗ выявляются генетически детерминированная гиперчувствительность к антигенам персистирующих микроорганизмов и иммунная активация суперантигенами микроорганизмов [10].

Экспериментальные исследования показали, что после вирусного инфицирования продуцируются не только антивирусные антитела, но и аутоантитела, что позволило выдвинуть гипотезу, согласно которой аутоантитела, участвующие в развитии РЗ, могут быть антиидиотипическими к антивирусным антителам [16].

Проведенный анализ и обобщение литературных данных по изучаемой проблеме позволяет сформулировать следующие выводы. Системные аутоиммунные ревматические заболевания все еще остаются распространенными и грозными заболеваниями, являющимися причиной временной, а затем и стойкой нетрудоспособности, приводящими к ранней инвалидизации и тем самым наносящие значительный ущерб больному и обществу в целом. Данные о частоте заболеваемости весьма разноречивы ввиду того, что авторами использованы различные методы при проведении исследований. Разнообразные микроорганизмы (бактерии, вирусы и грибы) могут играть роль в развитии системных аутоиммунных ревматических заболеваний, и в этих условиях весьма актуальным является вопрос борьбы с инфекцией в плане профилактики заболеваний и эффективной тактики лечения.

Установлено негативное влияние бактерий на локальную иммунную систему; в частности, бактерии периодонта способствуют деградации IgG и вследствие этого – бактериальной экспансии на фоне локального гуморального иммунодефицита. Недостаточное предварительное обследование пациентов, особенно первичных, свидетельствует о необходимости организовывать и проводить весь комплекс мероприятий, связанный с профилактикой, диагностикой и лечением больных ревматическими заболеваниями всех нозологических групп. Следовательно, настала необходимость совершенствовать профилактику и организацию оказания медицинской помощи больным системными аутоиммунными ревматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бижигитов Ж.Б. Новые медико-технологические подходы к организации ревматологической помощи населению крупного города: Автореф.... дисс. канд. мед. наук: - 14.00.33. - Алматы, 2005. – 21с.
2. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М., 2004. – С.56.
3. Nived O., Sturfelt G. Symposium: mortality in rheumatic diseases. Mortality in SLE // Rheumatol. in Europe. - 1999. - Vol.25. – P.17-19.
4. Guseva N.G. Clinical heterogeneity of sclerodermia. // Sov. Archiv Int. Med. – 1992. - Vol. 64. – P. 389-392.
5. West S.D. Классификация и влияние ревматических заболеваний на здоровье: Секреты ревматологии / Пер. с англ. – СПб.: БИНОМ – Невский диалект, 1999. – С.21–24.
6. Rothfuss J., Mau W., Zeidler H., Brenner M.H. Socioeconomic Evaluation of Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis: A Literature Review // Semin. Arthritis Rheum. – 1997. – Vol. 26. - №5. – P. 771–779.
7. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико–социальное значение XIII класса болезней для населения России // Научно–практическая ревматология. – 2001. – №1. – С. 7–11.
8. Gelin E., Henke C., Epstein W. The work dynamics of the person with rheumatoid arthritits // Arthritis Rheum. - 1997. - № 30. - P. 507-512.
9. Показатели инфракрасного спектра сыворотки крови в динамике лечения больных хроническим тонзилитом / Шуашева Л.А., Оспанова С.А., Баймухамедов Ш.Т., Махамбичин Е.Ж. //Российский Оторинолар. - 2008. - №5.- С. 166-169.
10. Бондаренко В.М., Петровская В.Г. Этапы развития инфекционного процесса и двойственная роль нормальной микрофлоры // Вестник РАМН. – 1997. - № 3. - С. 7-10.
11. Воробьев А.А., Гинцбург А.Л., Бондаренко В.М. Мир микробов // Вестник РАМН. - 2000. - № 11. - С. 11-14.
12. Гусейнова Т.Г. Зубочелюстная система при коллагеновых заболеваниях: Дисс. д-ра мед. наук. 14.00.21. - М., 1972. - С. 72.
13. Гусейнова Т.Г., Бажанов Н.Н., Насонова В.А. Челюстно-лицевая область и коллагеновые заболевания. – Баку: Азербайджан, 1978. - 176 с.
14. Wilske K.R., Healey L.A. Remodeling the pyramid – a concept whose time has come // J. Rhrumatol. – 1989. - Vol.16, №5. - P.565-567.
15. Галкин Р.А., Макаров И.В., Опарин А.Н. Количественная и качественная оценка регионарного кровотока методом ультразвукового доплеровского исследования артерий нижних конечностей / Тезисы докл. научно-практической конференции: - Санкт-Петербург, 2001. - С. 15-17.
16. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Основные принципы гемодинамики и ультразвукового исследования сосудов: Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под. ред. В.В. Митькова. – М, 1997. - С. 221-256.

УДК 574(574.5)

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВРЕДНЫХ ВЕЩЕСТВ В ВОЗДУХЕ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ

Х.М. Джунусова, Ж.К. Тойшыбекова, Г.Д. Есембекова, К.Ж. Жумабаева, Р.А. Шаймерденова

Сан-гигиеническая лаборатория РГКП «ЮКО ЦСЭЭ», г. Шымкент

Филиал Сузакского РГКП «ЮКО ЦСЭЭ», с.Шолак-Корган, ЮКО

Филиал Арыского РГКП «ЮКО ЦСЭЭ», г. Арысь, ЮКО

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Современная экономика Казахстана характеризуется как развивающаяся, переходного периода, сложившаяся в условиях относительной ресурсной избыточности и технологической отсталости.

Сформированная на сегодня структура стала следствием, с одной стороны, благоприятной мировой экономической конъюнктуры, с другой – трудностей перехода к новой для независимого государства рыночной модели. На переходном этапе основным и наиболее доступным способом интеграции в мировую экономику стало наличие в стране запасов сырьевых ресурсов и обширного мирового рынка их потребления. Несмотря на сырьевую направленность, сложившаяся структура экономики позволила обеспечить положительную динамику роста страны в течение последних докризисных лет, создать условия для вхождения в глобальную экономику и равноправное участие в ряде международных союзов.

Таким образом, основной особенностью следующего десятилетия для Казахстана становится системная и структурная перестройка экономики на основе принятых стратегических программ «Казахстан-2030», «Казахстан-2020», а также пятилетнего Плана сформированного индустриально-инновационного развития до 2014 года. На первый план выходит безопасность во всех сферах: производство безопасных для жизни продуктов питания, товаров, строительство безопасного транспортно-коммуникационного коридора «Западная Европа-Западный Китай», производство строительных материалов и др. Инструментом качественного перехода станут на местах, в регионах лаборатории, центры, осуществляющие мониторинг предприятий, АО, ТОО, ЗАО, ОАО. Основной деятельностью отдела гигиены труда считается исследование воздушной среды производственных помещений, промышленных площадок на наличие в них химических веществ (газов, паров, аэрозолей), а также пыли, определение метеорологических факторов на производстве (температуры, относительной влажности, скорости движения воздуха), влияющих на здоровье работников, по требованию ГОСТа 12.1.005-88 «Общие требования к воздуху рабочей зоны», измерении естественной и искусственной освещенности рабочих мест согласно СНиП 2.04.05-2002 и ГОСТа 24940-96.

Статья 62 закона Республики Казахстан от 18.09.2009 года за № 193-V «О здоровье народа и системе здравоохранения» предусматривает улучшение условий труда, снижение и устранение профессиональных заболеваний, санитарно-гигиеническое исследование, контроль и снижение содержания вредных веществ в воздухе рабочей зоны и окружающей среде. Контроль за содержанием вредных веществ в воздухе рабочей зоны проводится согласно ежемесячного и годового планов совместно с оперативным отделом ДКГСЭН ЮКО и районных УСЭН г.Шымкента на основе действующих инструктивно-методических документов, утвержденных Министерством здравоохранения РК (ГОСТы, СанПиНы, методические указания, инструкции) для предупреждения возможности превышения предельно-допустимых концентрации. Сотрудники лаборатории проводят санитарно-гигиенические исследования проб воздуха на определение содержания вредных веществ, принимают участие в построении калибровочных графиков для определения показателей в исследованиях проб воздуха на спектрофотометре PD 303-S. При отборе проб обращают внимание на агрегатное состояние вредного вещества в условиях производства. Соответственно отбор проб осуществляют на фильтрах и в поглотительных приборах с поглотительным раствором, измеряют освещенность и показатели микроклимата: температуру, относительную влажность, скорость движения воздуха.

При отборе проб воздуха и замерах освещенности, микроклимата используется аппаратура: электроаспиратор ПУ-4Э, меховой аспиратор, газоанализатор МГЛ-19.1., люксметр Ю-116, метеометр МЭС-200А. Готовятся процентные и титрованные, нормальные, молярные растворы. В процессе работы как в лаборатории, так и на объектах требуем соблюдения правил техники безопасности, ГОСТов, СанПиНов, методических указаний. Чтобы проверить, необходимо знать методы исследований: весовой с использованием аналитических весов; колориметрический метод; фотоколориметрический с использованием спектрофотометра PD 303-S; метод сжигания с использованием муфельной печи; экспресс-метод с использованием индикаторных трубок; газоанализатор МГЛ-19.1. Совместно с лаборантом определяются вредные вещества, их делим мы на классность. К первому класса опасности относятся вещества чрезвычайно опасные: водород фтористый, ртуть, свинец, фосфор; ко второму классу опасности - вещества высокоопасные: водород хлористый, серная кислота, марганец, сварочные аэрозоли, формальдегид, щелочь; к третьему классу опасности - вещества умеренноопасные: диоксид азота, минеральные масла, кислота уксусная, кислота азотная, ангидрид сернистый; к четвертому - вещества малоопасные: пыль, оксид углерода, бензин, ацетон, аммиак.

За отчетный период 2007-2008-2009 годы лабораторными исследованиями воздуха рабочей зоны охвачено всего 368-210-222 промышленных объектов, из них в 13-1-15 объектах обнаружено несоответствие воздуха рабочей зоны требованиям санитарно-эпидемиологических норм (таблица №1 и №2).

Объекты	2007г	2008г.	2009г
Количество объектов	368	210	222
Несоответствия объектов	13	1	15
Уд. Вес несоответствия объектов %	3,53	0,47	6,75

Таблица №1 - Охват промышленных объектов лабораторным исследованием воздуха рабочей зоны по г.Шымкент за 2007-2008-2009 годы.

За период	Количество исследований	Число исслед. превыш. ПДК	Удельный вес проб прев. ПДК, %
2007г.	7871	288	3,6
2008г.	3955	107	2,7
2009г.	8027	85	1,05

Таблица №2 - Сравнительная характеристика проведенных исследований воздуха рабочих мест по г. Шымкент за 2007-2008-2009 годы.

Анализируя данные таблицы №1 и №2 следует, что за отчетный период отмечается рост проведенных исследований проб воздуха рабочих мест, при этом число проб превышающих ПДК снизилось с 288 (3,6%) до 85 (1,05%). Это объясняется тем, что технологический процесс на промышленных объектах совершенствуется с установкой нового оборудования и современных герметичных вентиляционных систем соответствующих санитарно-гигиеническим нормам. Отбор проб проводится при характерных производственных условиях. Для каждого производственного участка определены вещества, которые могут выделяться в воздухе рабочей зоны. При наличии в воздухе нескольких вредных веществ контроль воздушной среды проводится по наиболее опасным (I-II класса опасности) и характерным веществам, устанавливаемым органами государственного санитарного надзора.

Отбор проб воздуха проводится с помощью переносного электроасpirатора. Количественный анализ воздуха рабочих мест - после их концентрирования протягиванием воздуха через соответствующие поглотительные среды (жидкие, твердые) или фильтрующиеся материалы. Пробы воздуха на наличие газовых примесей отбираются в поглотительные приборы, заполненные соответствующими жидкостями: дистиллированная вода, органические растворители, специальные питательные растворы. Для поглощения аэрозолей используются фильтрующие материалы: плотные бумажные фильтры (беззольные), фильтры из тонких волокон и аналитические фильтры (аэрозольные) АФА. Трудовая деятельность человека протекает в условиях определенной производственной среды, которая при не соблюдении гигиенических требований может оказать неблагоприятное влияние на работоспособность и здоровье человека. Производственная среда, как часть окружающей человека внешней среды, складывается из природно-климатических факторов, и факторов связанных с профессиональной деятельностью (шум, вибрация, токсические пары, газы и т.д.), которые принято называть вредными факторами. Вредными являются факторы, оказывающие отрицательное влияние на работоспособность или вызывающие профессиональные заболевания и другие неблагоприятные последствия.

Годы	Кол-во иссл.	Пары и газы				Пыль и аэрозоль			
		всего	Из них несоотв.	1-2 кл. Опас.		Всего	Из них несоотв.	1-2 кл. Опас.	
				Всего	Несоот.			всего	Несоот.
2007г.	7871	3830	10	1423	2	4041	278	1292	144
2008г.	3955	2000	0	766	0	1955	207	444	0
2009г.	8027	3298	8	756	0	4729	77	1197	2,0

Таблица №3 - Сравнительная характеристика лабораторных исследований воздуха рабочих мест по ингредиентам за 2007-2008-2009 годы.

Анализируя данные таблицы №3 видно, что за отчетный период наблюдается увеличение проведенных исследований рабочих мест на пары и газы, пыли и аэрозоли в 2007году, в том числе на вещества I и II-класса опасности. Это объясняется ростом объектов малого и среднего бизнеса. Не секрет, в данных рыночных условиях для многих предпринимателей «лакомными кусочками» для получения быстрой прибыли стали заправочные станции и мелкие автомастерские. Наблюдается в связи с этим увеличение количества исследований на пары и газы, пыль и аэрозоли. Последствия загрязнения воздушного бассейна населенных пунктов и рабочих мест работающих проявляются в ухудшении качества атмосферного воздуха, что может способствовать ухудшению качества других объектов окружающей среды, как почвы, растительности и отрицательно воздействовать на состояния здоровья населения.

В связи с этим необходимо улучшить санитарно-бытовые условия жизни работающих, прилегающего к территории промышленной зоны населения; выделять больше средств на защиту окружающей среды, создавая на участках экологически чистые зоны(устанавливать фильтры для очистки воздуха, спецаппаратуру и т.д.); соблюдать меры для предотвращения загрязнений атмосферного воздуха и почв прилегающих к населенному пункту территорий; приобретать современное оборудования для расширения количества исследований на пары, газы и аэрозоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов. Экология и здоровье населения. Алматы, НИЦ «Галым», 2002 г.
2. ГОСТ 12.1.005-88. «Общие требования к воздуху рабочей зоны».
3. СНиП от 2.04.05-2002 «Измерения естественной и искусственной освещенности рабочих мест».

УДК 574(574.5)

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ПЫЛИ В ВОЗДУХЕ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ

Х.М. Джунусова, А.К. Абдиева, Н.А. Торғаутова, Ж.К. Тойшыбекова, С.У. Юсупова, Р.А. Шаймерденова
 Сан-гигиеническая лаборатория РГКП «ЮКО ЦСЭЭ», г. Шымкент
 Филиал Сузакского РГКП «ЮКО ЦСЭЭ», с. Шолак-Корган, ЮКО
 Филиал Ордабасинского РГКП «ЮКО ЦСЭЭ», г. Арысь, ЮКО
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Сегодня сложившаяся модель развития республики становится основой для последующих реформ во всех сферах жизни общества, в развитии и становлении строительной индустрии, химической, металлургической, перерабатывающей, мукомольной промышленности, медицины и здравоохранения. Как известно, ключевым направлением индустриализации страны теперь стало создание целостной системы поддержки отечественных несырьевых экспортеров. За пять предстоящих лет Правительство Казахстана должно обеспечить удвоенный рост производства и экспорта металлургической продукции, втрое увеличить производство химической продукции и вдвое – экспортный потенциал аграрной отрасли.

На восемьдесят процентов должны будем обеспечить внутренние потребности строительства казахстанскими стройматериалами. Подтверждением тому служат создающиеся темпы развития экономики, ее системная и структурная перестройка в соответствии со стратегическими программами, а также пятилетним Планом формированного индустриально-инновационного развития до 2014 года. Что следует отметить в первую очередь, так это безопасность на производстве. Инструментом качественного перехода станут на местах, в регионах лаборатории, центры, осуществляющие мониторинг воздушной среды производственных помещений, промышленных площадок на наличие в них химических веществ, газов, паров, аэрозолей, а также пыли, определение метеорологических факторов на производстве: температуры, относительной влажности, скорости движения воздуха. Все эти вредные факторы влияют на здоровье работников.

Итак, пыль, которая является распространенным неблагоприятным фактором производственной среды. И многочисленные технологические процессы и операции в промышленности, на транспорте, в сельском хозяйстве сопровождаются образованием и выделением пыли. Основой проведения мероприятия по борьбе с пылью на производстве является гигиеническое нормирование. В гигиенических нормативах «Предельно допустимые концентрации и ориентировочные безопасные уровни вредных веществ в воздухе рабочей зоны» №841 МЗ РК установлены ПДК пылей в воздухе рабочих помещений. При этом учитывается, что среди аэрозолей фиброгенного действия наибольшей агрессивностью обладает пыль, содержащая свободную двуокись кремния, ПДК таких пылей в зависимости от процентного содержания последней составляют 1 и 2 мг/м³. Для других видов пылей установлены ПДК от 2 до 10 мг/м³.

Отделом гигиены труда санитарно-гигиенической лаборатории за 2007-2008-2009 годы проведены лабораторные исследования воздуха рабочих мест на вредные вещества I и II-класса опасности 986-2655-1210 проб, из них обнаружено превышение ПДК соответственно 59-146-0 проб, что говорит о снижении удельного веса с 5,98%-5,5%-0%; а на вредные вещества III и IV-класса опасности 4543-5216-2745 проб. Из них обнаружено превышение ПДК соответственно 41-142-107 проб. Удельный вес превышений составляет с 0,9%-2,72%-3,9% (таблица №1) в связи с проведением исследований на объектах «КазАтомПром» и АО «Шымкент-Цемент».

Номенклатура исследований	2007г.			2008г.			2009г.		
	К-во проб	К-во проб выше ПДК	%, исслед. Прев. ПДК	К-во проб	К-во проб выше ПДК	%, исслед. Прев. ПДК	К-во проб	К-во проб выше ПДК	%, исслед. Прев. ПДК
Вредные вещества I и II-кл. опасности	986	59	5,98	2655	146	5,5	1210	0	0
Вредные в-ва III, IV-кл. опасности	4543	41	0,9	5216	142	2,72	2745	107	3,9

Таблица 1 - Сравнительная характеристика лабораторных исследований, превышающих ПДК в воздухе рабочих мест за 2007-2008-2009 годы.

Удельный вес лабораторных исследований воздуха рабочих мест на вредные вещества I и II-класса опасности, также на вредные вещества III и IV-класса опасности от всего исследования за отчетный 2006-2007-2008 годы приведены в таблице №2, что также показывает рост количества исследований в 2007 году, понижение в 2008 году.

Наименование проведенных исследований	2007г.		2008г.		2009г.	
	Кол-во исследований	Удель. вес, %	Кол-во исследований	Удель. вес, %	Кол-во исследований	Удель. вес, %
Всего:	5529	100	7871	100	3955	100
В том числе вредные в-ва I, II-кл. опасности	986	17,83	2655	33,73	1210	30,59
Вредные в-ва III,IV-кл. опасности	4543	82,17	5216	66,27	2745	69,41

Таблица 2 - Сравнительная характеристика лабораторных исследований вредных веществ в воздухе рабочих мест по удельному весу за 2007-2008-2009 годы.

Отдел гигиены труда санитарно-гигиенической лаборатории кроме исследования воздуха рабочей зоны, также проводит исследования естественной и искусственной освещенности рабочих мест с применением люксметра Ю-116 в соответствии с требованиями ГОСТ 24940-96 и СНиП 2.04.05-2002. Освещение является естественным и искусственным условием жизнедеятельности человека, обеспечивающим важную роль в сохранении здоровья и высокой работоспособности. Рациональное производственное освещение должно обеспечивать психологический комфорт, предупреждать развитие зрительного и общего утомления и тем более профессиональных заболеваний глаза и производственного травматизма. Охват объектов и количество исследований освещенности рабочих мест отделом гигиены труда санитарно-гигиенической лаборатории приведены в таблице №3.

Период	Замеры освещенности, единиц			
	обследовано объектов, ед.	Число объектов с превышением ПДУ	Число замеров, ед.	Из них выше ПДУ
2007г.	567	40	4773	160
2008г.	803	46	5346	136
2009г.	608	44	5195	116

Таблица 3 - Сравнительная характеристика лабораторных исследований освещенности рабочих мест на промышленных объектах г.Шымкента за 2006-2007-2008г.г.

По результатам работы, проведенной лабораторией и анализам данных, представленных в данной работе можно сделать следующие выводы: для своевременного выявления загрязнения воздуха рабочей зоны вредными веществами и выбросов в атмосферу необходимо регулярно вести контроль как за крупными промышленными предприятиями, так и за объектами малого и среднего предпринимательства; в области борьбы с пылью и профилактики пылевых болезней легких необходимо выявлять причины и источники пылеобразования, вести гигиеническую оценку степени загрязнения воздуха рабочей зоны пылью и разработка оздоровительных мероприятий; расширить номенклатуру показателей исследований в воздухе рабочей зоны с применением новейших лабораторных оборудований.

Обобщая сказанное выше, можно привести слова директора Украинского НИИ общей и коммунальной гигиены академика М.Г. Шандалы: «Задача гигиенистов – разработать методы оценки окружающей среды, адекватные показателям здоровья населения, и главное, методы комплексной интегральной ее характеристики». Требуют детального изучения и природно-климатические факторы: атмосферное давление, влажность и скорость движения воздуха. Соблюдение принципа регионального подхода как в отношении окружающей среды, так и в отношении здоровья человека позволит провести наиболее достоверные прогнозные исследования. И здесь важным является объективная оценка влияния на состояния здоровья неблагоприятных факторов среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов. Экология и здоровье населения. Алматы, НИЦ «Галым», 2002 г.
2. ГОСТ 12.1.005-88. «Общие требования к воздуху рабочей зоны, измерениям естественной и искусственной освещенности рабочих мест».
3. СНиП от 2.04.05-2002 «Измерения естественной и искусственной освещенности рабочих мест».
4. Гигиенические нормативы «Предельно допустимых концентраций и ориентировочных безопасных уровней вредных веществ в воздухе рабочей зоны» за №841 Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.613-007.63-053.2-073.43

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

А.Д. Айнакулов

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

ТҮЙІН

Диуретикалық сонографияны, бүйрек тамырларының және зәрқакыш-қуық сегментіндегі зәр ағуының доплерографиясымен бірге зерттесе бүйректің коллекторлық жүйесінің анатомиялық өтімділігінің қаншалықты зақымдалғандығын анықтауға болады.

SUMMARY

Diuretic sonography combined with Doppler of renal blood vessels and release of urine can provide information about the presence of functional disorders and to judge the extent of violations of the anatomical patency of ureter's renal pelvis.

Актуальность. Гидронефроз – это заболевание, характеризующееся прогрессирующим расширением чашечно – лоханочной системы почки, которое является следствием нарушения оттока мочи на уровне лоханочно – мочеточникового сегмента и стабилизируется к моменту рождения ребенка. Повышение гидростатического давления в чашечно – лоханочной системе приводит к атрофии паренхимы и снижению функции пораженной почки. Гидронефроз встречается у 4,7% больных с урологической патологией. Нарушение уродинамики на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента у мальчиков бывает в два раза чаще, чем у девочек, причем преобладает левостороннее поражение. В 15-20% случаев поражение бывает двусторонним [1-3]. Точный диагноз обструкции является определяющим в лечении детей с подозрением на обструктивную уропатию. УЗИ и экскреторная урография позволяют определить степень дилатации и вероятную зону обструкции, однако функциональную оценку относительной обструкции лучше осуществлять на основании данных теста Витакер и высокий процент ошибочных результатов ограничивают их использование в педиатрии [4].

Цель исследования: Совершенствование ультразвуковой диагностики гидронефроза у детей.

Материал и методы. С врожденным гидронефрозом наблюдалось 56 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Ультразвуковое исследование осуществляли на аппарате Iogiq 5-pro. Используя линейный датчик с частотой 3,5 МГц. Метод фармакозонографии включал следующее: оценку исходной степени расширения чашечно-лоханочной системы; измерение линейных размеров лоханки в 2 измерениях в поперечной проекции, а также внутривенное введение лазикса 0,5 мг/кг для диагностики обструктивных нарушений уродинамики; сонографическое мониторинговое наблюдение за процессом наполнения и опорожнения лоханки в течение последующих 60 мин с регистрацией изменений соотношений изучаемых показателей в определенных временных интервалах (0, 15, 30, 60 мин). Анализ динамических изменений объемных и временных характеристик позволил выделить несколько вариантов нарушения опорожнения лоханки в ответ на фармакотест, соответствующих функциональной или органической природе нарушений анатомической проходимости ЛМС. Распределение больных по возрастным группам представлено в таблице №1.

Таблица №1. Распределение по возрасту и полу

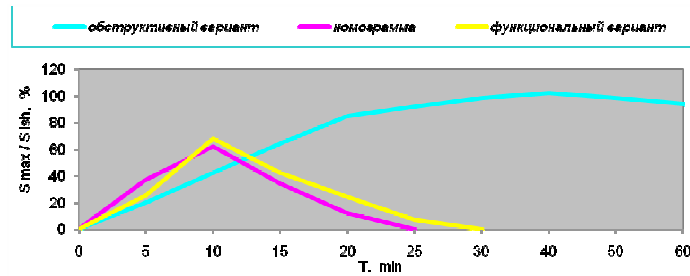
Возраст, лет	до 3	4-7	8-11	12-15	Всего
Мальчики	18 (32,1%)	7 (12,5%)	2 (3,5%)	6 (10,7%)	33 (58,9%)
Девочки	5 (8,9%)	6 (10,7%)	8 (14,2%)	4 (7,1%)	23 (41,1%)
Итого	23 (41,1%)	13(23,3%)	10 (17,8%)	10 (17,8%)	56 (100%)

Как следует из Табл.1, распределение больных по возрастным группам было неравномерным. В наших наблюдениях преобладали дети до 3 лет, которые составляли 23 (41,1%). Мальчиков было 33 (58,9%), девочек - 23 (41,2%). В 91,1% случаев (51 больных) ретенционные изменения верхних мочевых путей определялись с одной стороны. Двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы имело место у 5 больных (8,9%). Левостороннее поражение преобладало над правосторонним. Дети с функциональными обструкциями ПУС составили – 60%, органическая форма – 40%. Всем больным с гидронефрозом проведена доплерография сосудов почек, а также оценивали выброс мочи в зоне уретеро-везикального сегмента. У детей с функциональными формами обструкций лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) на импульсно-волновой доплерометрии гемодинамика была не нарушена – IR на всех уровнях колебался в минимальных пределах. Выбросы из мочеточника характеризуются неизменными качественными характеристиками и частотой выброса, направление выбросов было ориентировано к противоположной стенке мочевого пузыря, траектории их пересекались в проекции средней линии и носили чередующийся, независимый друг от друга характер.

Результаты и обсуждение. Анализ динамических изменений объемных и временных характеристик позволил выделить несколько вариантов нарушения опорожнения лоханки в ответ на фармакотест,

соответствующих разной степени нарушений анатомической проходимости прилоханочного отдела мочеточника. В норме в течение первых 10 мин после введения лазикса отмечается увеличение размеров лоханки не более чем на 20-25% от исходных значений, при времени их нормализации к 30 минуте. Рис 1.

Рис.1 «Органическая» и «функциональная» кривые фуросемидового теста в сопоставлении с номограммой



При функциональной обструкции расширение лоханки происходило в течение 15 мин после введения диуретика, но не превышало 30% от первоначальных параметров, при времени их нормализации не более 60 минут. Рис. 2

Рис. 2 Фуросемидовый тест» соответствующий функциональной обструкции

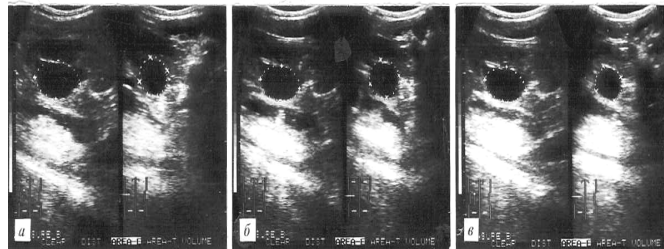
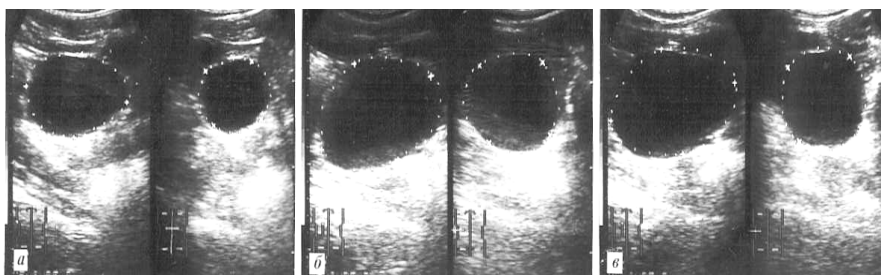


Рисунок 5. Положительный "фуросемидовый тест (поперечное и продольное сканирование)

а) сонограмма до введения диуретика (начало исследования); б) сонограмма через 15 минут после введения диуретика – отмечается максимальное расширение лоханки. в) сонограмма на 60 мин исследования.

При органической форме обструкции значительная степень расширения лоханки (на 55-100%) наблюдалось через 30-40 мин после введения лазикса, при отсутствии регрессии значений к 60-й минуте исследования. Рис 3.

Рис. 3 «Фуросемидовый тест» – соответствующий органической обструкции, Tп > 30 минут



а) Размеры лоханки до введения диуретика – исходное состояние; б) 40 минута исследования – "максимальный объем" лоханки на фоне форсированного диуреза; в) сонограмма на 60 минуте – на момент окончания исследования $St_{60} > Si$ на 70%.

При органических причинах гидронефроза выбросы из мочеточника характеризуются значительным снижением индекса резистентности, уменьшением частоты и скорости мочи и нарушением ренальной гемодинамики, что является достоверными отличительными признаками от функциональных обструкций (ФО).

Выводы.1. Диуретическая сонография в сочетании с доплерографией сосудов почек и выброса мочи позволяет получить информацию о наличии функциональных расстройств и по изменению объемных и временных характеристик фаз накопления и опорожнения лоханки судить о степени нарушений анатомической проходимости прилоханочного отдела мочеточника. 2. В дифференциальной диагностике функциональной и органической обструкции в зоне пиелoureterального сегмента наибольшее значение имеют количественная оценка гемодинамических показателей, мочеточниковых выбросов и анализ результатов диуретического ультразвукового исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пыков М.И., Гуревич А.И., Шмиткова Е.В. Допплерографическая оценка функции мочеточника при обструктивных уropатиях у детей // Материалы XI Международной научной конференции «Ангиодоп-2004». – Сочи – 2004. – С.144-146.
2. Гуревич А.И., Пыков М.И., Шмиткова Е.В., Николаев С.Н. Возможности доплерографии в оценке уродинамики при обструктивных уropатиях у детей // Материалы III Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М. – 2003. – С.552-553.
3. Майлыбаев Б.М., Джайчибеков Н.Ж., Айнакулов А.Д., Жанпеисов Н.К. Характеристика выброса мочи из устьев мочеточника у детей в норме и при ПМР по данным доплерографии // Материалы IV Российского конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». - Москва, 2005. – С. 446-447.
4. Гуревич А.И. Комплексное ультразвуковое обследование детей раннего возраста с гидронефрозом // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2006. - №2. – С. 55-65.

УДК 616.61-053.1-0743.43

**ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ***А. Д. Айнакулов**АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана***ТҮЙІН**

Пренатальдық тексеру нәтижесінде бүйректің тостаған-ақтау жүйесінен зәрдің ағуының функционалды немесе органикалық бұзылыстарын ажыратуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

Prenatal studying of dynamics of urine passage from the fetus's pelvis allows to differentiate a functional organic phase of infringement urodynamics at presence of pieloeotomy.

Введение. Многообразие и высокая частота врожденных пороков развития органов мочевого выделения, тяжесть осложнений и подчас развитие на их фоне прогрессирующей хронической болезни почек с исходом в хроническую почечную недостаточность (ХПН), диктует необходимость разрабатывать указанную проблему в плане пренатальной диагностики врожденной уропатологии у детей, что, в значительной степени позволяет обеспечить у них своевременный и, следовательно, наиболее эффективный выбор лечебной тактики. Гидронефроз является самым распространенным заболеванием среди детей с врожденной обструктивной уропатологией. В этой связи можно считать, что разработка методов пренатальной диагностики указанного заболевания у плодов в различные гестационные сроки является основой рационального планирования и реализации эффективных постнатальных диагностических и лечебных мероприятий.

Цель исследования. Повышение эффективности пренатального выявления гидронефроза у плодов для обоснования рациональной диагностико-лечебной тактики указанного контингента детей в постнатальном периоде.

Материал и методы. Исследования проведены в период с 2004 по 2008г.г. в городском перинатальном центре и ННЦМиД (г. Астана) у двух категорий пациентов - 53 плодов и 46 в возрасте 0-3 месяца, ранее обследованных антенатально. Контрольную группу составили 17 беременных женщин с нормальным течением гестации у плодов, отсутствием у последних каких-либо пороков развития, что нашло свое подтверждение при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Контроль за состоянием плода осуществляли с применением сонографии включающей описание общесоматического статуса плода, фетометрические параметры, состояние плодово-плацентарного кровотока. Критериями изменений полостной системы почек и лоханок служили наличие пиелэктазии, изменение структуры и экзогенности паренхимы почек, маловодие. С помощью УЗИ почек плода проводилась динамическая пиелометрия. Диагностическая программа детей раннего возраста включала клиничко-лабораторные исследования, УЗИ, по показаниям экскреторную урографию, цистографию, в 5 случаях проведена КТ почек с контрастированием и ангиографией. Нормативные значения передне-заднего размера лоханки при пиелометрии составили от 4 до 7 мм для третьего триместра беременности. Из общего числа обследованных плодов с пиелэктазией (35) в 28 (80,1%) случаях зафиксировано одностороннее расширение лоханки, в 7 (19,9%) двустороннее. Таким образом, важнейшим показателем функциональной активности лоханки явилась динамика изменений количественных показателей пиеломанометрии свидетельствующей об эвакуаторной способности органа плода в рассматриваемые периоды роста и развития.

Результаты и обсуждение. При наличии расширения лоханки (передне-задний размер больше нормативного) можно констатировать пиелэктазию. При превышении нормативов в 2-2,5 раза (13-17) мм необходимо повторное УЗИ через 2 суток у 5 детей тенденция нарастания ретенции сохранялась у них предположили органическое препятствие области ЛМС. При проведении у этих детей антенатально полного

рентгенурологического обследования органическая природа ретенционного процесса в почках подтвердилась. В 12(34,3%) случаях отмечена пиелюктазия, размеры которой не изменились в динамике при трехкратном УЗИ почек с интервалом между исследованием в двое суток. В 19 (51,4%) отмечено умеренное уменьшение ретенции полостной системы почек.

Таким образом, пиелюктазия проявилась в трех вариантах, выявленных по данным динамического УЗИ: стабильная пиелюктазия, пиелюктазия с тенденцией к уменьшению, пиелюктазия с тенденцией к нарастанию. Последняя, в основе своей имела органическую природу, при уменьшении – функциональную. При стабильной пиелюктазии после рождения ребенка проводили диуретический тест и в 10 случаях диагностирована функциональная пиелюктазия, в 2-потвержден врожденный гидронефроз органической природы. В этой связи этим детям, еще в период новорожденности, а также еще пятерым при нарастании пиелюктазии в программу обследования включена в/венная урография, микционная цистография и, соответственно, им проведено хирургическое устранение гидронефроза. У остальных 29 детей пиелюктазия имела функциональный характер, в этих случаях мы ограничились УЗИ почек и клинико-лабораторными исследованиями, лечение консервативное, препараты улучшающие процессы клеточной энергетики: элькар, кофакторы энзимных реакций энергетического обмена – витамины группы В (В1, В2, В5, В6), антиоксиданты (витамин С и Е) и физиотерапия (магнит, теплопакет) на поясничную и надлобковую область.

Заключение: Пренатальное изучение динамики мочеоттока из лоханки у плодов позволяет дифференцировать функциональные и органические варианты нарушений уродинамики при наличии пиелюктазии. Полученные результаты лежат в основе рационального выбора диагностической и лечебной тактики у детей с врожденным гидронефрозом, начиная с периода новорожденности. Антенатальное выделение группы «стабильных пиелюктазий» с наличием признаков выраженных изменений верхних мочевых путей позволяет планировать проведение хирургической коррекции обструктивных нарушений в раннем возрасте, которые занимают приоритетное место в ряду сочетанных уродинамических расстройств.

УДК 616.24-002.5-079.4

ИНФИЛЬТРАТТЫ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКАСЫ

А.А. Сеитова, А.О. Сергазина

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академия, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

В статье приведена краткая рентгенологическая характеристика отдельных вариантов инфильтративного туберкулеза легких и дана дифференциальная диагностика со схожими заболеваниями легких.

SUMMARY

Brief roentgenologic characteristics of separate variants of the infiltrative tuberculosis of lungs and the differential diagnostics with the similar diseases of lungs are given in this article.

Инфильтратты туберкулез өзгермеген өкпе тінінде жиі I-II сегменттерде 2-3 см қараю /тығыздалу/ аймағымен сипатталады. Инфильтратты өкпе туберкулезі рентген көрінісіне байланысты бірнеше топқа бөлінеді: бронхолобулярлы инфильтрат; домалақ немесе сопақша инфильтрат; бұлт тәрізді инфильтрат; перисцисурит; лобит; казеозды пневмония. Бронхолобулярлы инфильтрат 2-3 сегментте орналасқан 1-3 см шектелген, өкпе түбіріне қарай сопақша, шеттері тегіс емес орташа қоюлықтағы қараю. Томограммада бронх көлеңкесі бір-біріне параллелді орналасқан жұп жолақ түрінде көрінеді. Домалақ немесе сопақша инфильтрат /Асман инфильтраты/ көне немесе жаңадан пайда болған туберкулез ошақтарының асқынуының рентген көріністерін береді. 1,2 және 6 сегментте орналасқан, төмен немесе орташа қоюлықтағы көлеңкелер. Асқыну барысында казеоз аймақтарында ыдырау қуыстары пайда болады. Бұлт тәрізді инфильтрат рентген көрінісінде 1-2 сегменте немесе бөлікте орналасқан, шеттері анық емес, біртекті емес құрылымды қараю. Бөлікаралық плевра саңылауын қамтыған бұлт тәрізді инфильтрат перисцисурит деп аталады, рентген көрінісінде төменгі шекарасы бөлікаралық плеврамен шектелген, ал жоғарғы шеттері анық емес және қараю қоюлығы жоғары қарай тіпті қараю жоғалғанда дейін азая беретін инфильтрат. Перисцисурит бүйірлік бағыттағы рентгенограммада жақсы көрінеді, өйткені бұл кезде бөлік аралық плевра жақсы анықталады.

Лобит - өкпе бөлігіне немесе толық өкпеге инфильтраттың таралуы. Рентгенограммада үш бұрышты, бұрыш өкпе түбіріне бағытталған, ал негізі- сыртқа қараған көлеңке түрінде байқалады. Рентген көрінісі инфильтраттың орналасуына байланысты болады. Казеозды пневмония ауру асқынуында пайда болады, рентгенограммада біраз аумаққа таралған инфильтратты қараю және ыдырау қуыстары мен бронхты диссеминация байқалады.

Дифференциалды рентгенодиагностика. Инфильтратты туберкулез пневмониямен, өкпе инфаркты және өкпе қатерлі ісігімен ажыратылады. Крупозды пневмонияның рентген суреті оның стадиясына

байланысты өзгереді. Бастапқы стадияда рентген суретінде өкпе суретінің көбеюі және өкпе мөлдірлігінің төмендеуі байқалады. Экссудация стадиясында инфильтратты қараю қоюлығы ұлғаяды, әсіресе периферияға қарай, ал өкпе түбіріне қарай қараю қоюлығы азаяды. Кейбір кезде қабырғалық және бөлік аралық плевра қалыңдайды, диафрагма қозғалысы төмендейді, қабырға- диафрагма синусы толық ашылмайды.

Ошақты пневмония кезінде рентген көрінісінде екі өкпеде орналасқан көптеген көлемі 1-2 см-ден аспайтын, өзара қосылған /сондықтан қараю көлемі және көлеңке қоюлығы жоғарылайды/ ошақтар байқалады. Миллиарлы пневмонияда ошақтар көлемі 1-2мм-ден аспайды. Дифференциалды диагностикада процесстің динамикасы көмектеседі. Миллиарлы диссеминарлы туберкулезге қарағанды, пневмония кезінде рентген суреті жылдам кері өзгеріске ұшырайды, 1-2 аптада ошақтар жоғалады. Деструкциялы пневмонияның рентген көрінісінде өкпедегі қараю аймағында бірінші күндерінде-ақ ағару аймақтары байқалады. Бұл ағарудың горизонталды сұйықтық денгейі көрінеді. Септикалық метастатикалық пневмония кезінде көптеген инфильтратты қараю және оның ыдырауы, абсцесс пайда болуы және тездеген динамикалық өзгеріс пен жұқа қабырғалы қуыстар рентгенограммада анықталады. Өкпе инфаркттың сол аумақта өкпе суреті азаяды, үш бұрышты қараю, егер қабыну қосылса шеттері анық емес қараю аймағы байқалады. Өкпе қатерлі ісігінің рентген көрінісі ісіктің өсуіне /эндобронхты, экзобронхты және перибронхты/ байланысты. Суретте қатерлі ісік шеттері бұдыр немесе сәулелі, сонымен қатар гиповентиляция, эмфизема немесе ателектаз, ал метастаз қосылса, лимфа бездерінің конгломераты байқалады.

Өкпе инфильтратты туберкулезіне жайлап туындайттын, антибактериалды препараттармен емнің көмегі болмайды. Рентген көрінісінде туберкулезді инфильтрат пневмониялық инфильтраттан шеттері анықтау, жоғары қоюлықтағы және 2-6 сегменттерде орналасатын, перифокалды ошақтармен анықталады. Туберкулезге тән белгі, ол инфильтраттан өкпе тбіріне қарай «жол» болуы.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Хоменко А.Г. Туберкулез/ М.: Медицина, 1996, - с. 229-233.
2. Муминов Т.А.Клиника и дифференциальная диагностика туберкулеза легких I том, Алматы, 2003, с.149-152.
3. Исаева Р., Жубанганова Р.М. Особенности дифференциальной диагностики и лечения больных с впервые выявленным туберкулезом в специализированных учреждениях/Алматы,2006,-с. 18.

УДК 618.39-021.3

К ВОПРОСУ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Р.Т.Тлеужан, Г.Д.Конырбаева, М.М.Абдукаримова, Ж.С.Буралкиева, О.Ш.Бимбетова, Г.Т. Альменова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр №1, г.Шымкент
Областной перинатальный центр №2, г.Шымкент

ТҮЙІН

Жүктілікті көтере алмаушылық ішінде басты мәселе болып жүктіліктің дамымай қалуы болып табылады. Бұл мәселенің өзектілігі жалпы өзіндік түсік арасында осы патологияның жиілігінің жоғарылауына (3,6% -дан 17,5%-ға дейін) байланысты болып отыр. Зерттеулер нәтижесінде көп жағдайда жүктіліктің үзілуі эмбрионның даму барысында хромосомды өзгерістердің болуына байланысты. Екінші орында инфекция. Егер ерте бастан жанұяны жоспарлауға түбегейлі қараса, онда жүктіліктің дамымай қалу қаупі төмен болады. Барлығы тек ана ағзасына ғана емес, сонымен қатар ұрықтану кезіндегі сперманың сапасына және сыртқы ортадан ұрыққа кері әсердің салдарынан да болуы мүмкін.

SUMMARY

One of the main problems in structure of miscarriage is not developing pregnancy. The urgency of the given problem is caused by increase in frequency of this pathology among total of spontaneous abortions (from 3,6 % to 17,5 %). By results of researches, in most cases pregnancy is interrupted because of chromosomal infringements at embryo development. An infectious factor takes the second place. With early of pregnancy but on with early and thorough planning of pregnancy the risk of non-development of pregnancy considerably decreases. The risk of not developing pregnancy considerably decreases. All depends only on a mothers organism, but on quality of sperm, and emironmental negative influence on it.

Невынашивание беременности – актуальная проблема современного акушерства и перинатологии, что определяется ее социальной и медицинской значимостью. Частота невынашивания беременности составляет 10-25% от всех беременностей, в том числе 5-10% составляют преждевременные роды (1). Одной из главных проблем в структуре невынашивания является неразвивающаяся беременность. Актуальность данной проблемы обусловлена увеличением частоты этой патологии среди общего количества самопроизвольных абортов (с 3,6% в 2004г. до 17,5% в 2009г.).

Нами проведен анализ 182 историй болезни женщин с неразвивающейся беременностью в интервале с 2004 по 2009 годы. Максимальное количество случаев неразвивающейся беременности (67%) выявлено в возрастной группе от 18 до 35 лет. Обращают на себя внимание данные анамнеза: отягощенный акушерский анамнез выявлен в 72,1% случаев, высокая частота воспалительных заболеваний в анамнезе (68,7%), нарушения менструального цикла – в 16,3%, экстрагенитальная патология – в 42,3%. При проведении анализа состояния здоровья женщин с данной патологией выявлено, что наиболее частыми экстрагенитальными заболеваниями являлись анемия беременных – 32,4%, обострение хронического пиелонефрита – 9,2%. Все женщины были обследованы на хронические инфекции методом ИФА и ПЦР. По результатам исследования наиболее часто выявлены вирусные инфекции, как цитомегаловирус, вирус простого герпеса и краснухи. Пациентки перед госпитализацией проходили УЗ-исследование. О влиянии генетических факторов говорит высокая частота анэмбрионии – 49%. Женщины были направлены в кабинет медико-генетического консультирования для уточнения генетических нарушений. Значительное количество анэмбрионий было выявлено при сроке беременности в 6-8 недель. Во всех случаях было проведено гистологическое исследование соскоба, полученного при выскабливании. Однако, результаты не позволили уточнить характер сопутствующей патологии. В основном превалировало заключение: эндометрит, остатки беременности, децидуит, пузырный занос. К большому сожалению, иммунологические факторы как причину неразвивающейся беременности не удалось выявить ввиду отсутствия лаборатории и реактивов. Во всех случаях неразвивающейся беременности проведено инструментальное удаление плодного яйца в условиях стационара. В последующем пациентки получали антибактериальную, общеукрепляющую, витаминотерапию.

По результатам исследований, в большинстве случаев беременность прервана из-за хромосомных нарушений при образовании эмбриона. Известно, что при оплодотворении, каждая из половых клеток должна содержать половинный набор хромосом (т.е. 23), а в результате объединения яйцеклетки и сперматозоида должен получиться зародыш с полным набором хромосом (т.е. 46). В том случае, если оплодотворение по какой-то причине произошло 2-мя или 3-мя сперматозоидами образуется зародыш с набором хромосом по количеству превышающей норму. Чаше возникает ситуация, когда в результате нарушения овогенеза (созревания яйцеклетки) и сперматогенеза (формирования зрелых сперматозоидов) возникают клетки с утраченной или лишней хромосомой. Причинами этого может быть стресс, алкоголизм, курение, наркотики, экология и другие факторы. При формировании генетически неполноценного зародыша, организм пытается избавиться от него (2). На втором ранговом месте, как причина неразвивающейся беременности, стоит инфекционный фактор. Инфекция может быть острой и хронической, также вирусного и бактериального характера (3).

Возникает вопрос. Есть ли возможные способы предупреждения неразвивающейся беременности? К великому сожалению, мы не располагаем определенными рекомендациями. Необходимо избегать воздействия на организм неблагоприятных факторов, регулярно посещать своего врача акушера-гинеколога, проводить УЗИ. Да и до беременности следует отказаться от вредных привычек (курение, употребление алкоголя), желательно прекратить работу с вредными химическими и физическими агентами, вылечить имеющиеся инфекции. Если изначально относиться к планированию беременности серьезно и основательно, то риск неразвивающейся беременности значительно уменьшается. Главное помнить, беременная женщина должна четко соблюдать советы своего врача и при малейшем подозрении на плохое самочувствие срочно обращаться к нему за консультацией (1).

Вспомогательные репродуктивные технологии, такие как ЭКО и искусственная инсеминация, не повышают риска неразвивающейся беременности. Все зависит только от материнского организма, качества спермы при зачатии, и возможного негативного влияния на плод из внешнего мира.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова В.М. - Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2005. – 304с.
2. Каретникова Н.А. – Генетические факторы в этиологии привычного выкидыша и врожденных пороков развития неясного генеза. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва, 2003. – 26с.
3. Елекенова А.Б. – Частота и структура неразвивающейся беременности. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана. – Павлодар, 2006. - С. 35-36.

УДК : 618.5-089.888.61:616.12-088.331.1:612.13

ВОЗМОЖНОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Б.Т.Какиева

Меркенская ЦРБ, Жамбылская область

ТҮЙІН

Кесар тілігі арқылы босанған, қан қысымы негізінен преэклампсия асқынуынан жоғарылаған 36 жүкті әйелдерді жүргізілген ем шараларға байланысты 4 топқа бөліп олардың гемодинамикалық көрсеткіштеріне сараптама жасалған. Сараптама барысында артериялдық гипертониясы бар жүкті әйелдердегі интубация, экстубация барысында болатын гипертензиялық реакцияның алдын алу мақсатында қолданылған дәрілердің әсерлік тиімділігі сипатталған. Аталған реакцияны жеңілдетуге нитроглицерин мен $\alpha 1$ – блокаторлардың тиімділігі көрсетілген.

SUMMARY

Explored the regulation of hypertension reactions in 36 pregnant women with cesarian section with severe preeclampsia and hypertension, depending on treatment, They were divided into 4 groups. Analozing drugs which may as prevent measures to the hypertensive reactions during the intubatio, extubatio of the pregnant women with the arterial hypertension. It was established efficacy of nitroglycerin and L- blockers for removal of hypertensive reactions and to further stabilare hemodinamics.

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 4–8 % беременных [1,2,3]. К АГ относится целый спектр различных клинико-патогенетических состояний: гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (почечные, эндокринные), гестоз. По данным ВОЗ, гипертензивный синдром — это вторая после эмболии причина материнской смертности [2,3], составляющая 20–30 % случаев в структуре материнской смертности [1, 4]. Показатели перинатальной смертности (30–100 0/00) и преждевременных родов (10–12 %) у беременных с хронической гипертензией значительно превышают соответствующие показатели у беременных без гипертензии [3]. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты [1,3].

До недавнего времени считалось, что АГ относительно редко возникает у людей моложе 30 лет. Однако, в последние годы при обследованиях населения, были обнаружены повышенные цифры артериального давления (АД) у 23,1 % лиц в возрасте 17–29 лет [2]. При этом раннее появление АГ является одним из факторов, обуславливающих неблагоприятный прогноз заболевания в дальнейшем. На сегодня остается особо актуальной у данной категории пациенток анестезиологическое обеспечение операции по кесаревому сечению (КС). Особенностью анестезии является необходимость создание мер, наряду с адекватной защитой и нивелирование гипертензии, и избежание нежелательных, депрессивных воздействий на плод. В акушерстве методом выбора являются регионарные методы анестезии. Встречаются случаи противопоказанные (тяжелый гестоз с осложнениями), поэтому приходится прибегать к эндотрахеальным методам анестезии, где особое значение приобретает гипертензивная реакция во время интубации. С увеличением в течение последних десяти лет, числа рожениц с явлениями гестоза: преэклампсии средней и тяжелой степени, эклампсии (по материалам разных авторов от 17% до 29%) - увеличивается и количество проблем при выполнении первого этапа анестезиологического пособия - вводного наркоза [2,3].

Общеизвестно что, сопутствующая преэклампсии средней и тяжелой степени артериальная гипертензия, чревато серьезными осложнениями от начала индукции, интубации трохеи и до момента извлечения плода [3]. В общей хирургической практике, возникающие постинтубационные гипертензивные реакции (ГР) - повышение АД, ЧСС, усиление сердечных выбросов, изменения СИ успешно нивелируются углублением наркоза — введением фентанила, наркотических анальгетиков в комбинации с диазепамом, пропופолом, дроперидолом.[1.5] В акушерстве, особенно в тех ситуациях, когда выполнение регионарных методов анестезии невозможно, уровень развития ГР чаще всего достигает критических цифр: увеличение АД до 160-220 мм рт ст., ЧСС до 140-160 уд/мин.

При исходной гипертензии 150-180 мм рт ст и обусловленное гестозом, повышение диастолического давления до 110-120 мм ст ст, ГР на фоне системного генерализованного сосудистого спазма чреваты возникновением острой интракраниальной гипертензии, дисциркуляторной гипертензионной энцефалопатии с высокой степенью развития отека мозга, острой левожелудочковой недостаточностью с последующим отеком легких, острых нарушений почечного кровотока с последующими срывами фильтрационной функции почек. При сопутствующей ревматической патологии, варикозной болезни возникает высокий риск возникновения тромбоемболических осложнений, нарушается ритм и внутрисердечная проводимость. Так как экстренное родоразрешение является основным патогенетическим лечением тяжелого гестоза, то вероятность коррекции и ликвидации ГР, является прямой возможностью сохранения гомеостаза пациента.

Целью исследования явился поиск возможностей управления гипертензии во время анестезии в условиях центральной районной больницы с родильным отделением.

Материалы и методы. Нами проанализировано за 2005-2009 годы, 36 случаев сочетания преэклампсии тяжелой степени с высокой артериальной гипертензией у рожениц, подвергшихся экстренному оперативному родоразрешению. Во всех случаях отмечалась стойкая резистентность к стандартной (магнезиальной) терапии. Срок беременности составило от 34 до 37 недель. В этом сроке незрелость плода, предполагает абсолютное исключение его постнаркозной депрессии.

Все пациенты были разбиты по 9, на 4 группы. Операция у всех кесарово сечение. Исходное АД находилось у всех в пределах 130-160/100-120 мм. рт. ст., ЧСС от 78 до 92 уд/мин., (таблица №1)

таблица №1 **Гемодинамические показатели по ходу анестезии**

группа	Исходные		Вводный наркоз Интубация		Извлечение плода.		Экстубация	
	АД, мм рт.ст.	ЧСС, мин-1	АД, мм рт.ст.	ЧСС, мин1	АД, мм рт.ст	ЧСС, мин1	АД, мм рт.ст.	ЧСС, мин1
I	130/100 - 160/120	77±13	170/100, 190/130	112±23	170/100 190/130	110± 14	150/90 160/120	120±25
II	130/100- 160/120	76± 12	120/80- 130/90	90±18	120/80- 130/90	92±16	120/80- 130/90	93±23
III	130/100 - 160/120	88±13	120/80- 130/90	94±21	130/80- 140/90	95±14	120/80- 130/90	94±22
IV	130/100- 160/120	68±14	170/100, 190/130	132±27	170/100 190/130	123±21	130/100 160/120	112± 19

Первую группу составили роженицы, получавшие, в качестве краткой (до 40 минут) предоперационной гипотензивной терапии нифедипин (10-20 мг.) на фоне предшествующей терапии препаратами группы блокаторов кальциевого канала: нормодипин 5-10 мг в сутки. 2-ая группа пациенток в этот же срок перед операцией до момента извлечения плода получала инфузии раствора перлинганита (10-15 мг) в изотоническом растворе хлорида натрия, методом «титрования». 3-ю группу составили родильницы, получавшие $\alpha 1$ – адреномиметики: клофелин 0,1 - 0,5 мг, в изотоническом растворе хлорида натрия в виде «болусного» введения. 4-ая группа - контрольная. Родильницы полули стандартную магниальную терапию (доза насыщения 4 мг/час, поддерживающая доза 2 мг/час, в расчете на сухое вещество) в сочетании с селективным адреноблокатором Атенололом (50 - 100 мг/сут.), Эуфиллином, салуретиками..

Анестезиологическое пособие проводилось по общей методике многокомпонентной внутривенной анестезии. Вводный наркоз тиопентал натрия 500 мг, при соотношении N₂O:O₂ = 2:1, аппаратом ИВЛ «РО -6» по полужакрытому контуру. Основная анестезия атаральгезия.

Результаты и обсуждение. В I группе отмечалось снижение систолического АД на 10-15 мм.рт.ст, от исходного при почти неизменном диастолическом. Однако после интубации трахеи отмечалось повышение АД до 170-180 мм. рт. ст. а ЧСС до 116 - до 136 уд/ мин., купирующееся спонтанно через 10-14 минут после экстубации трахеи. Во II-ой группе АД удавалось стабилизировать на 30 - 40 мм. рт. ст. ниже исходного, при умеренном увеличении ЧСС на 12- 24 уд/мин., вплоть до 10-15 минут операции от момента извлечения плода. К моменту восстановления спонтанного дыхания и предстоящей экстубации трахеи, инфузию Перлинганита возобновляли. В III-ей группе также отмечалось снижение АД 30-50 мм. рт. ст. от исходного, ЧСС за период от интубации трахеи, извлечение плода и введения базис наркоза, возрастало на 10 - 12 уд. в мин. от исходного. Периоды восстановления спонтанного дыхания и экстубация трахеи проходили при возобновляющемся болусном введении раствора кофеллина. В IV-ой группе наблюдались высокие ГР, с подъемом АД до 180-210 мм. рт. ст., ЧСС возрастало до 132-156 уд. в мин., продолжавшиеся в течение всего наркоза и уменьшающиеся только спустя 18-25 после экстубации трахеи.

Таким образом, установлена незащищенность женщин от возникновения ГР, во время анестезиологического пособия, на фоне общепринятых методик лечения тяжелого гестоза с применением магниальной терапии и блокаторов Са-каналов. ГР более управляемым оказались при использовании адреноблокаторов и растворов нитроглицерина, а также предупреждали раннюю постинтубационную гипертензию и тахикардию. Следует отметить, что новорожденные у пациенток II - III группы рождались активными (6-8 баллов по шкале АПГАР), быстрее адаптировались к спонтанному дыханию, температурному режиму, грудному вскармливанию.

Выводы: 1. Применение $\alpha 1$ -блокаторов и препаратов нитроглицерина предоставляет возможность управления и профилактики ГР у родильниц из группы высокого риска во время анестезиологического пособия и является фактором оптимизации интенсивной терапии и родоразрешения.

2. Данные методы позволяют более качественно подготовить родильниц к операции в экстренных случаях в виду быстроты и эффективности наступления лечебного эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. Пер. с английского. М. Медицина 1989 год.
2. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А. Кесарево сечение в перинатальной медицине.— Л.: Медицина, 1985.
3. Бернхайм Ж. Беременность и артериальная гипертензия. Международный семинар по нефрологии. М.- 1995.- Т.1- С.55-58.Савельева Г.М.// Акушерство. Москва. Медицина. 2000. с.328.
4. Гипоксия плода и новорожденного. Под ред. М.Я. Студеникина, И.Н. Халлмана. М. Медицина 1984 год.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Триада. 1999. 815 с.

УДК 618.3:616.151.5-08

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА*С.Н.Кульбаева, Г.Т.Байзакова, А.А.Алипбаева, Н.И.Калдыбекова, М.К.Батенова, Р.К. Зинатуллин**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент**Областной перинатальный центр №2, г.Шымкент**Клиника МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Шымкент**Медицинский колледж «Авиценна», г.Шымкент**Медицинский центр «Рецепт», г.Шымкент***ТҮЙІН**

Антифосфолипидті синдром қан ұю жүйесінің өте сирек кездесетін патологиясы, оның жүруі барлық ерте, әсіресе қайталамалы веноздарда және артериалды тромбоздарда, тромбоэмболияларда, мидық қан айналымының динамикалық өзгерісінде және ишемиялық инсультта, соның ішінде мигрень парезі синдромымен жүретін патологияларда және жүктілікті көтере алмаушылықта анықталуы (түсік, нәрестенің құрсақ ішілік өлімі) тиіс. Жүктілік кезінде эмбрионның және нәрестенің жабысуы, өсуі, дамуы және босану ағымында кейбір өзіндік фосфолипидтерге қарсы антиденелердің түзілуі (аутоиммунды реакция) ерекше көңілді аударды және ол үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылықтың негізгі себебі болып табылады.

SUMMARY

Antiphospholipid syndrome is one of most often meeting kinds of a pathology, his recognition should join in diagnostic process in all cases especially recurrent venous and arterial thromboses, thromboembolism dynamic changes of brain blood circulation and ischemic strokes including the pathology of syndrome of migraine paresis and also the noncarring of pregnancy (pre-natal, destruction of a fertility, abortions) must be determined.

Среди причин привычного невынашивания беременности особое значение отведено влиянию образования антител (аутоиммунных реакций) к некоторым собственным фосфолипидам на процессы имплантации, роста, развития эмбриона и плода, течение беременности и исход родов (1). Термином «Антифосфолипидный синдром» (АФС) обозначается группа аутоиммунных нарушений, характеризующаяся значительным количеством антител к содержащимся в плазме крови фосфолипидам (антифосфолипидные антитела), а также к связанным с этими фосфолипидами гликопротеинам (бета2-гликопротеину-1, аннексину V или протромбину) (2). АФС встречается до 5% случаев. Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности частота данной патологии увеличивается до 27-42%. Актуальность АФС заключается в том, что основным осложнением данной патологии являются тромбозы. Опасность тромботических осложнений во время беременности и в послеродовом периоде существенно возрастает.

Одним из факторов возникновения АФС является генетическая предрасположенность к данной патологии. Так, у больных с АФС чаще, чем в популяции встречаются антигены системы HLA. Также известны семейные случаи АФС, составляющие до 2% наблюдений. Другим важным фактором является наличие бактериальной и/или вирусной инфекции, что не исключает возможность развития тромботических осложнений. Для реализации патологического процесса необходимо присутствие в организме не только антител к фосфолипидам, но и так называемых кофакторов, при связывании с которыми формируются истинные комплексы антиген-антитело. В результате действия различных факторов внешней и внутренней среды (вирусная инфекция, злокачественные новообразования, действие лекарственных средств) происходит взаимодействие АФА с кофакторами, что приводит к серьезным нарушениям в системе свертывания крови. При этом, прежде всего, нарушены процессы микроциркуляции и имеют место изменения сосудистой стенки (4). В связи с тем, что антифосфолипидный синдром является одним из наиболее часто встречающихся видов патологии свертывающей системы крови, его распознавание должно включаться в диагностический процесс во всех случаях ранних и, особенно, рецидивирующих венозных и артериальных тромбозов, тромбоэмболий, динамических нарушений мозгового кровообращения и ишемических инсультов, в том числе протекающих с синдромами мигрени, нарушениями памяти, парезами, нарушениями зрения и другими проявлениями, а также при упорном невынашивании беременности (внутриутробная гибель плода, выкидыши).

Антифосфолипидный синдром – наиболее частая причина тромботических осложнений и связанной с этим привычной потерей беременности. Различают первичный антифосфолипидный синдром и вторичный – при наличии еще и аутоиммунного заболевания (чаще всего это системная красная волчанка). Большой разницы по всем параметрам между первичным АФС и вторичным нет, только к вторичному добавляются симптомы аутоиммунного заболевания. Выделяют также «катастрофический АФС» (5).

На основании многочисленных исследований рабочей группой экспертов в этой области на симпозиуме в сентябре 2000г. во Франции были приняты следующие критерии АФС, чтобы можно было сравнить исследования, проведенные в разных странах. Критерии для классификации и определения АФС.

1. Клинические критерии. 1. Сосудистые тромбозы – один или более клинических эпизодов артериальных, венозных в любой ткани или органе. Тромбозы должны быть подтверждены

доплерометрическим или гистологическим исследованием, за исключением тромбозов поверхностных небольших вен. Для гистологического подтверждения тромбозы не должны сопровождаться воспалительными процессами в сосудистой стенке.

2. При беременности: а) Одна или более неясная смерть морфологически нормального плода старше 10 недель беременности, с нормальной морфологией по данным УЗИ или прямого обследования плода. б) Одни или более преждевременные роды морфологически нормальным новорожденным до 34 недель гестации из-за преэклампсии или эклампсии, или тяжелой плацентарной недостаточности. в) Три или более неясных причины спонтанных выкидышей до 10 недель беременности у матери после исключения анатомических, гормональных и генетических причин прерывания.

II. Лабораторные критерии. 1. Антикардиолипиновые антитела IgG/IgM или изотипов в крови, в среднем или высоком титре 2 и более раз подряд при исследовании с интервалом 6 недель, исследованные стандартным иммуноферментным методом для β 2-гликопротеин-I-зависимых антикардиолипиновых антител.

2. Волчаночный антикоагулянт, присутствующий в плазме 2 или более раз подряд, при исследовании с интервалом в 6 недель, исследованный согласно руководству Международного Общества Тромбозов и Гемостаза следующим путем: а) Удлинение фосфолипид-зависимой коагуляции в тестах коагуляции:

активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); время свертывания с коалином; исследование со змеиным ядом; удлинение протромбинового времени, Текстарин-время. б) Невозможность скорректировать время свертывания в скрининговом тесте в смеси с нормальной обедненной тромбоцитами плазме. в) Укорочение и коррекция удлиненного времени коагуляции добавлением в скрининговый тест избытка фосфолипидов. д) Исключение других коагулопатий, т.е. ингибитор VIII фактора, гепарин и др.

В настоящее время появились исследования о роли анти- β 2-гликопротеин-I IgA и IgG в развитии АФС. У групп женщин с клинической картиной АФС при отсутствии кардиолипиновых антител и ВА выявлен высокий уровень этих антител (2). Одним из основных и наиболее опасных клинических проявлений АФС являются рецидивирующие тромбозы. Чаще всего имеют место венозные тромбозы, локализующиеся в глубоких венах голени, что сопряжено с риском развития тромбоза ветвей легочной артерии. Однако нередки случаи тромбозов почечных и печеночных вен. Могут возникать тромботические поражения воротной, подключичной, нижней полой вен, мозговых сосудов, артерий и вен сетчатки, крупных сосудов нижних конечностей, различных отделов аорты. Клиническими проявлениями артериального тромбоза являются периферическая гангрена, синдром дуги аорты, слепота, нарушения мозгового кровообращения и др. Опасность тромботических осложнений возрастает с течением беременности и в послеродовом периоде (1).

Известно, что АФС приводит к неразвивающейся беременности, задержке внутриутробного роста плода, вплоть до его гибели плода во II и III триместрах. В I триместре беременности АФА могут оказывать прямое повреждающее воздействие на плодное яйцо с последующим спонтанным прерыванием беременности. С ранних сроков беременности отмечается повышение функциональной активности тромбоцитов, снижаются белковосинтезирующая и гормональная функции [плаценты](#). При отсутствии соответствующего лечения присоединяется повышение активности свертывающей системы крови. При этом возникают тромбозы в сосудах плаценты, развиваются плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия и нередко гибель плода вследствие недостатка кислорода (2). Для эффективной диагностики АФС синдрома важной представляется комплексная оценка анамнестических, клинических и лабораторных данных, что позволяет правильно оценить риск развития осложнений и своевременно назначить необходимую терапию. При ведении беременных и родильниц, страдающих АФС, необходимы тщательный контроль за активностью аутоиммунного процесса, состоянием системы свертывания крови, профилактика, диагностика и лечение возникающих нарушений.

Клиническими критериями диагностики АФС являются указания на эпизоды венозных и артериальных тромбозов, подтвержденных данными лабораторных или инструментальных исследований. Важное значение имеют также данные о патологическом течении предыдущих беременностей: самопроизвольные [аборты](#) до 10 недель беременности по невыясненным причинам, когда маловероятна гибель эмбриона (плода) вследствие генетических причин; гибель плода в сроки более 10 недель, [преждевременные роды](#), на фоне тяжелого [гестоза](#) и плацентарной недостаточности (4). Для лечения АФС с целью подавления аутоиммунного процесса целесообразно назначение глюкокортикоидной терапии уже в качестве подготовки к беременности. Малые дозы преднизолона (5 мг) или метипреда (4 мг в сутки) позволяют снизить активность аутоиммунного процесса и предотвратить развитие нарушений со стороны свертывающей системы крови. Стероидную терапию следует проводить на протяжении всей беременности и в течение 10-15 дней послеродового периода с последующей постепенной отменой. Для профилактики реактивации вирусной инфекции на фоне приема глюкокортикоидов у больных с АФС проводят внутривенное капельное введение иммуноглобулина в дозе 25 мл через день (3 дозы). Введение подобных малых доз иммуноглобулина целесообразно в I триместре беременности, в сроке 24 недели и перед родами. Особое внимание уделяется коррекции нарушений в системе свертывания крови. При активации тромбоцитов назначаются антиагреганты: курантил (75-150 мг ежедневно), трентал (300-600 мг) или теоникол (0,045 мг в сутки). Контроль свертывающей системы крови следует проводить 1 раз в 2 нед. В случаях, когда патологическая активность тромбоцитов сочетается с повышением активности в плазменном звене и появлением признаков внутрисосудистого свертывания обоснованным является применение малых доз

гепарина (по 5 000 ЕД 2-3 раза в сутки подкожно). Длительность гепаринотерапии определяется степенью выраженности гемостазиологических нарушений. Использованием малых доз аспирина (80-100 мг в сутки) способствует потенцированию действия гепарина. Для лечения АФС широко применяют низкомолекулярные гепарины. Использование этих препаратов в малых дозах не требует строгого контроля за состоянием свертывающей системы крови как при использовании обычного гепарина. В качестве дополнительного метода лечения АФС используют плазмаферез. Применение данного метода позволяет нормализовать реологические свойства крови, снизить избыточную активацию свертывающей системы крови, уменьшить дозу кортикостероидных препаратов и гепарина, что особенно важно при плохой их переносимости. К основным лечебным эффектам плазмафереза относят: детоксикацию, коррекцию реологических свойств крови, иммунокоррекцию, повышение чувствительности к эндогенным веществам и медикаментозным препаратам. Особое значение в лечении больных с АФС приобретает удаление в процессе процедуры антифосфолипидных аутоантител, иммунных комплексов, иммуногенных плазменных белков, аутоантигенов, что позволяет снизить активность аутоиммунного процесса. Плазмаферез может быть использован как в качестве подготовки к беременности, так и во время нее и является эффективным методом лечения больных с АФС. Обследование и медикаментозную подготовку пациенток с АФС следует начинать до наступления беременности. При этом тщательно анализируют жалобы и анамнез пациентки на предмет выявления возможных признаков заболевания. Проводят лабораторные исследования для выявления антител к кардиолипину и волчаночного антикоагулянта. При их выявлении исследование повторяют через 6-8 недель. Одновременно проводят обследование для выявления сопутствующих заболеваний, и при необходимости - их лечение. При наличии повторных положительных тестов на наличие антител к кардиолипину и волчаночного антикоагулянта начинают лечение АФС с индивидуальным подбором препаратов (5).

При наступлении беременности, с ранних ее сроков проводят контроль за характером течения заболевания с применением соответствующих лабораторных тестов и проводят необходимое лечение. С помощью УЗИ осуществляют контроль темпов роста плода с интервалом в 3-4 недели, а также оценивают функциональное состояние фетоплацентарной системы. Особое диагностическое значение имеет ультразвуковая [доплерометрия](#), которая проводится с 20 нед с интервалом 3-4 нед до родоразрешения. Допплерометрия позволяет своевременно диагностировать снижение фето-плацентарного и маточно-плацентарного кровотока и позволяет оценивать эффективность проводимой терапии. Данные [кардиотокографии](#) после 32 нед беременности, также позволяют оценить функциональное состояние плода. В родах осуществляют тщательный кардиомониторный контроль в связи с наличием хронической гипоксии плода, а также повышенного риска отслойки нормально расположенной плаценты, развития острой гипоксии плода на фоне хронической. Целесообразно определить состояние свертывающей системы крови непосредственно перед родами и в родах (3).

Особое значение приобретает наблюдение за состоянием родильниц, так как именно в послеродовом периоде возрастает риск развития тромбозомболических осложнений. Стероидная терапия продолжается в течение 2 нед с постепенной отменой. Целесообразно проводить контроль системы гемостаза на 3-й и 5-е сутки после родов. При выраженной гиперкоагуляции необходим короткий курс гепарина по 10 000-15 000 ЕД в сутки подкожно. Пациенткам, которым назначают антикоагулянты и антиагреганты, лактацию подавляют. Больные, у которых был диагностирован АФС во время беременности, подлежат тщательному наблюдению и контролю за состоянием свертывающей системы крови в связи с риском прогрессирования заболевания (2).

Таким образом, своевременная диагностика, подготовка и рациональное [ведение беременности](#) у больных с АФС с использованием адекватного лечения снижает риск развития осложнений во время беременности и в послеродовом периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошелева Н.Г. Иммунологические причины невынашивания беременности. Российский журнал акушерства и гинекологии, 2008, №4.- С.17-19.
2. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2005. – 304с.
3. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Учебное пособие Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Плужникова Т.А. и др. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 59с.
4. Базина М.И., Егорова А.Т., Пашов А.И. Невынашивание беременности. Учебно-методическое пособие для студентов, клинических ординаторов, интернов, врачей акушеров-гинекологов. – Красноярск, 2004. – 43с.
5. Сидельникова В.М. Антифосфолипидный синдром и беременность. – Москва, 2009. – 156с.

УДК 618.3-053.31:616.24-002:314.422.26

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ПЕРИНАТОЛОГИИ

Б.С. Малгаждарова, Н.Л. Шатаева, У.А. Орманова, Р.М. Алдамжарова, Н.Х.Корганбаева, С.Б.Аккошкарова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Қазіргі перинатологиядағы ауруханадан тыс пневмониясы бар жүкті әйелдерді жүргізуінің ерекшеліктері. Мақалада ауруханадан тыс пневмонияның жүктілік кезіндегі ағымының ерекшеліктері - жүктілікпен ұрыққа кері әсері айтылған. Ауруханадан тыс пневмония бар әйелдердің жаңа туылған нәрестелері реанимациялық жағдайды көбірек қажет етеді.

SUMMARY

The peculiarities of conduct of pregnant women with outpatient department's pneumonia in modern Perinatology. In this article the course of outpatient department's pneumonia during the pregnancy, the negative influence of this disease to the pregnancy and infant and the peculiarities of conduct of pregnancy were described.

В условиях ухудшающейся экологии, распространения табакокурения увеличивается не только распространенность, но и летальность от заболеваний легких. По прогнозам ВОЗ, в XXI веке летальность от заболевания органов дыхания будет занимать 2-е место в общей структуре причин смерти. Немаловажное значение при этом имеет наблюдающаяся в последние годы тенденция к нарастанию частоты возникновения тяжелых форм пневмонии, протекающих с ранее неизвестными клиническими проявлениями, нередко - с тяжелыми осложнениями. Эту тенденцию подтверждает частота тяжелых форм пневмоний, осложнивших течение острых вирусных инфекций осенью 2009 года в ряде стран СНГ, в том числе и в Казахстане(1).

Пневмония остается одной из актуальных проблем не только пульмонологии, но и медицины в целом, что обусловлено высокой заболеваемостью, возрастающей тяжестью течения и не снижающейся летальностью. По данным официальной медицинской статистики, ежегодно в России пневмонией болеют около 700 тыс. человек, но, по мнению авторитетных экспертов, это число в 3 раза ниже реальной распространенности данного заболевания. В США ежегодно регистрируется около 2,5 млн. больных пневмонией. Смертность от пневмонии по-прежнему остается высокой – 18 на 100 000 населения (1,2). Рост числа случаев тяжелого течения и смертности обусловлен в основном «старыми» причинами: поздней диагностикой, неадекватным лечением, тяжелыми осложнениями, наиболее драматичными из которых являются инфекционно - токсический шок и респираторный дистресс-синдром взрослых. К относительно «новым» причинам можно отнести стремительное увеличение иммунодефицитных состояний, рост полиантибиотикорезистентных штаммов бактерий – возбудителей пневмонии и атипичных форм заболевания (1,2).

Пневмония – «дорогое заболевание». Стоимость только антибактериальной терапии одного пациента с нетяжелой пневмонией составляет от 20 до 30 долларов США в зависимости от вида используемых антибиотиков. В то же время цена лечения существенно возрастает при наличии осложнений или сопутствующих заболеваний, ухудшающих прогноз. Довольно высокая летальность от пневмоний наблюдается во всех странах мира, в том числе и в государствах с развитой структурой медицинского сервиса. За последние 30 лет смертность от этого заболевания возросла с 1 до 9%. В Казахстане по причине смертности острые пневмонии занимают 3-е место. Смертность от пневмоний составляет 2-5%, достигая при осложненных формах 40-60% (3). По данным эпидемиологического исследования, женщины болеют пневмонией несколько реже, чем мужчины, однако пневмония – самая частая не акушерская инфекционная причина материнской смертности. Точная частота пневмоний, осложняющих беременность, неизвестна(4,5).

По МКБ-10 в классификации пневмонии – внебольничная пневмония (синонимы: домашняя, амбулаторная) определена, как заболевание, возникающее вне лечебного учреждения или в течение 2-х суток с момента поступления в стационар. Целью данного исследования явилось определение особенностей ведения беременных с внебольничной пневмонией в современных условиях, оказания специализированной помощи и состояния новорожденных от матерей с пневмонией.

Материалы и методы. В исследования были включены 22 беременные, госпитализированные в областной перинатальный центр (ОПЦ) Южно-Казахстанской области за период ноябрь – декабрь 2009г. В эти месяцы в области отмечен рост заболеваемости ОРВИ и пик повышения заболеваний пневмонии. Массовость госпитализации беременных объясняется сезонностью характера пневмонии (холодные погодные условия) и принципами регионализации помощи в области. Использованные методы исследования: общеклиническое, традиционные лабораторные, включая биохимические, из инструментально-функциональных методов – рентгенологические, ультразвуковое, ЭКГ; бактериоскопическое, бактериологическое и бронхоскопия по показаниям, мониторинг за жизненно важными функциями организма беременной и внутриутробным плодом; оценка состояния новорожденных при рождении, наблюдение и неонатологический уход в ОПЦ.

Результаты и обсуждения. Возраст беременных колебался от 16 до 40 лет. Средний возраст составил 28,2±5,0 лет. Все жительницы районов. По паритету: первобеременные первородящие – 4 женщины, в том числе одна юная первородящая. Повторнобеременные повторнородящие - 18, из них многорожавшие были 4 (предстояли 4 - 5 роды). Было госпитализировано во II триместре беременности – 7, в III триместре беременности – 15, в том числе у 5 имел место доношенный срок гестации. Все беременные поступали в тяжелом состоянии с выраженной дыхательной недостаточностью. Мы согласны с врачами терапевтами, предлагающим после оценки состояния больных с внебольничной пневмонией определить места их лечения - госпитализации (терапевтическое или реанимационное отделение)(4). Беременные были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ОПЦ.

У всех была повышенная t до 39,5 - 40 $^{\circ}$ C. У большинства (у 16, что составило 72,7%) отмечен потрясающий озноб и кашель со скудной мокротой. Выраженный синдром интоксикации, одышка с частотой дыхательных движений 35-42 и более в минуту. Тахикардия более 120 ударов/мин., артериальная гипотония (у 18, что составило 81,8%) и другие функционально-метаболические признаки интоксикационного и гипоксемического синдромов. Диагноз внебольничной пневмонии во всех случаях устанавливали на основании известных клинико-рентгенологических признаков. На рентгенограмме отмечалось преимущественное поражение в нижних отделах обоих легких, симметричные сливающиеся очаговые затенения, вследствие чего были границы куполов диафрагмы нечеткими. У трети беременных отмечено усиление сосудистого рисунка в виде сетчатости, ячеистости и появление перегородочных линий над диафрагмой (линия Керли). У кислородозависимых (у 3, что составило 13,6%) беременных тотальное поражение легких по данным рентгенографии. Первое рентгенологическое исследование проведено в день поступления. Последующее рентгенологическое исследование (в динамике) определялось течением основной патологии, эффектом проводимого лечения и длительностью нахождения на стационарном лечении, в среднем от 2-х до 4-х (двум проведен из наблюдаемых до 10) снимков. Бронхоскопия произведена двум беременным для санации верхних дыхательных путей из-за чрезмерного скопления мокроты и для исключения тbc процесса.

По результатам бактериологического исследования мокроты этиология внебольничной пневмонии была верифицирована у всех больных. Всего проведено 29 исследований, некоторым повторно. По результатам анализ: в 3-х случаях выявлен вирус грипп группы А и в 9 случаях возбудителем заболевания был *Streptococcus pneumoniae*. У 9 больных этиологический диагноз верифицирован не был, в связи отсутствием роста посева. Беременные консультированы узкими специалистами: пульмонолог, торакальный хирург, фтизиатр, кардиолог, рентгенолог, инфекционист и др. Все больные начали получать антибактериальную терапию эмпирически, не дожидаясь результатов бакпосевов. Антибактериальная терапия состояла из макролидов и цефалоспоринов IV поколения, были назначены антипротозойные препараты (метранидазол, метрид). Учитывая поствирусное осложнение пневмонией, трое беременных получали противовирусные препараты: тамифлю и релензе по схеме. У них же, наиболее выраженная нехватка воздуха и снижение сатурации кислорода по монитору до 67-69%, в связи с чем, они постоянно получали кислород через аппарат - инсуфлятор.

Наряду с лечением пневмонии проводилось наблюдение за течением беременности – в одном случае выявлена антенатальная гибель плода. У двух произошли преждевременные роды через неделю от момента поступления. Оба новорожденных были переведены на 2-й этап выхаживания для дальнейшего дообследования и лечения. Через 1 месяц выписаны домой с матерями. У остальных беременность пролонгирована до доношенного срока с последующим родоразрешением через естественные родовые пути. Из них у двух беременных отмечена резистентность к проводимой терапии, в связи с чем, на 48-й и 50-й дни после родов они были переведены в специализированные отделения областной клинической больницы (у одной беременной в последующем развился пневмосклероз). Среди беременных, родоразрешенных в доношенном сроке, в 1-м случае интранатальная гибель плода, из 18 новорожденных, родившихся живыми, у 10 легкая степень асфиксии, у 9 тяжелая степень асфиксии: 5 и ниже баллов. Всем новорожденным в родблоке была проведена первичная реанимационная помощь в полном объеме. Один новорожденный в связи отсутствием эффекта от терапии был переведен в ОРИТ детского отделения, ребенок умер на 1-е сутки от асфиксии.

Выводы 1. У беременных внебольничная пневмония возникает на фоне иммунодефицитного состояния, имеет тяжелое течение, резистентна к проводимой терапии и требует дальнейшей реабилитации в специализированных учреждениях. 2. Внебольничная пневмония отрицательно влияет на течение беременности, увеличивая случаи гипоксического поражения плода, вплоть до антенатальной гибели. 3. Новорожденные, родившиеся от матерей с пневмонией, нуждаются более часто в реанимационных мероприятиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.А.Айнабекова. Методические рекомендации. Антибактериальная терапия пневмоний. г. Астана, 2010,- 21с.
2. Гельцер Б.И., Котельников В.Н., Бродская. Клинико-функциональная оценка суточной динамики артериального давления у больных пневмонией.// Терапевтический архив, 2003 №3. –с. 40-44.
3. Булешов М.А., Исаков Б.С., Мусабекова Л.Е., Бидатова Г.К. Пневмония. Учебно-методическое пособие. - Шымкент, 2008. -61с.
4. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Руководство для практикующих врачей. Под редакцией В.И.Кулакова, В.Н.Серова. М.: Из-во «Литгера», 2006. - 1152с.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание третье.- М.: «Триада», 2005, -816с.

УДК 616.381-002.1-022-08-039.72

РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

А.А. Алдешев

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Абдоминалды хирургиялық инфекциялы 66 науқастың ішек трактасы жұмысы және оның адам ағзасындағы бұзылыстардағы орнына зерттеу анализі жүргізілді. Абдоминалды сепсиспен науқастардың ауырлық дәрежесі болжамын АРАСНЕ II және энтеральды жетіспеушіліктің коэффициенті арқылы бағаланды. Сараптама барысында бұл көрсеткіштерді қоса анықтағанда ғана бірінің бірін бағасын арттыратыны көрсетілді. Негізінен энтеральды жетіспеушілік коэффициенті жоғарғы дәрежеде, абдоминалды сепсис ағымының ауырлығына сәйкес өзгеріске ұшырағаны анықталды. Бұл оның абдоминалды сепсистегі патологиялық өзгерістерінің ағымдық сатысына сай бұзылыстарын көрсетіп дифференциалды интенсивтік терапияны патогенетикалық тұрғыда таңдауға ықпал жасайтыны анықталды.

SUMMARY

A study place and role of intestinal disfunction in metabolic disorders in 66 patients with abdominal surgical infection. Shown that the level of expression of enteric disease in these patients may increase the importance of scale APACHE II to characterize the intensity and according to the degree and character of organ disorders. It was established as informative and specificity of the method of assessing the degree of enteric disease. The index allowed us to determine the stage of pathological process, and differentiated approach to the choice of intensive therapy and pathogenetic correction of intestinal failure. Contributed to improving the results of the ongoing intensive care.

Введение. В последнее время объективизация тяжести состояния больных с абдоминальной хирургической инфекцией вызывает значительный интерес, для определения объема и проведения индивидуализированной интенсивной терапии. Применяемая интегральная и количественная оценка тяжести состояния больных требует использования различных систем – шкал оценки функциональных и органических нарушений [1]. Система АРАСНЕ для оценки тяжести пациентов с абдоминальной хирургической инфекцией, хотя и является высоко достоверной и прогностической значимой, но имеются некоторые ограничения для ее широкого практического применения так как, шкала не дает возможности точно определить степень и характер дисфункции отдельных органов и систем. В частности в течение абдоминальной хирургической инфекции на фоне эндогенной интоксикации наряду с нарушениями кардио-респираторной системы значение энтеральной недостаточности [2,3]. Отсюда нас заинтересовала роль и связь выраженности энтеральной недостаточности и уровня тяжести состояния больной по шкале АРАСНЕ II.

Цель исследования: изучить возможности использования степени энтеральной недостаточности для оценки тяжести течения абдоминальной хирургической инфекций и их сопоставимость с уровнем шкалы АРАСНЕ II

Материалы и методы исследования. Проведено исследование у 66 больных, находившийся в ОРИТ городской больницы скорой неотложной помощи г. Шымкента, после операции по поводу осложненной абдоминальной хирургической инфекцией. Мужчин – 38, женщин - 28. Средний возраст составил $56,4 \pm 5,3$ года. Этиологическими причинами явились осложненные формы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: острый деструктивный перфоративный аппендицит – 33,5%, деструктивный холецистит – 26,5%, острая кишечная непроходимость – 19,4% , перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 16,9% и панкреонекроз составил 6,75%. Оперативное лечение: хирургическая санация, удаления источника, дренирование брюшной полости и декомпрессия кишечника. Для оценки функционального состояния организма в первые 24 часа нахождения больных в ОРИТ использована шкала АРАСНЕ II. Определялась уровень энтеральной недостаточности (ЭН) по методике Гаин Ю.М., соавт [2,3,4]. Каждый из показателей оценивался с учетом выраженности по десятибалльной системе. Затем, высчитывался коэффициент выраженности энтеральной недостаточности по формуле: $K = T:N$, где Т – сумма баллов по известным признакам, N – количество признаков, по которым проведена оценка состояния пациента. В целом, оценка тяжести СЭН производилась нами по 40 показателям. При этом достоверность определения степени ЭН и определения прогноза в нашем случае составляла 93,8%. Расчеты проводились в ранние сутки пребывания в отделении (1-3 сутки).

Результаты исследования и их обсуждение. По данным таблиц (табл. 1) видно некоторая закономерность изменения показателей, то есть чем выше баллы по шкале АРАСНЕ II и значение индекса выраженности коэффициента энтеральной недостаточности, состояние больных были тем тяжелее и выше летальности. И так, по шкале АРАСНЕ II средний балл у умерших больных при поступлении составил $29,4 \pm 2,8$, а процент летальности составлял $79,2\% \pm 1,6$. На этапах исследования количество баллов и процент летальности значительно не отличались. При поступлении средний балл ЭН составил 286 ± 16 , среднее значение коэффициента – $10,15 \pm 0,7$, а процент летальности – $87,5 \pm 2,8\%$. на последующих этапах, также не имела ощутимого регресса не наблюдалось, и процент вероятности возникновения летального исхода оставался высоким. Однако, динамика снижения процента летального исхода по мере увеличения срока пребывания в стационаре не носила достоверного характера.

Таблица 1 Оценка тяжести по шкале АРАСНЕ II и коэффициенту выраженности энтеральной недостаточности у умерших больных

	Метод оценки	Исходное состояние	1-е сутки	3-и сутки
Баллы	APACHE II	29,4± 2,8	27,3± 1,6	26,2± 1,8
Индекс	Степень ЭН	10,15± 0,7	9,85± 0,75	9,6±1,5
% возникновения летального исхода	APACHE II	79,2± 1,6	75,4± 2,6	69,8±3,4
	Степень ЭН	87,5± 2,8	85,6± 2,4	81,8±2,5

По результатам клинко-лабораторных признаков выявлены ЭН у 87,6% больных, из них 1-я степень ЭН у 45,9%, при К = 2,5-3,5; 2-я степень установлена у 24,6% и 3-я степень у 30,9%. Показано, что процент летальности у больных заметно выше, где средний балл по коэффициенту выраженности энтеральной недостаточности больше, чем по шкале APACHE II. В группе выживших пациентов средний балл по шкале APACHE II составил 16,4±2,5, а процент вероятных летальных исходов 54,6%±2,3. На последующих этапах исследования отмечается некоторое снижение среднего балла и процента летальности. А, по степени энтеральной недостаточности при поступлении и на последующих этапах наблюдения средний балл и значение коэффициента оставались относительно высокими – 184± 23 и 5,7±1,2 соответственно. При этом возможность возникновения летальных исходов составляла 68,8 ± 2,5%. Следовательно, по сравнению с умершими больными, у выживших пациентов средний балл, значение коэффициента и процент возникновения летального исхода на этапах исследования были значительно меньше. Предположение о возникновении летального исхода при поступлении у больных с абдоминальной хирургической инфекцией по степени ЭН было значительно выше, чем по шкале APACHE II, а на последующих этапах исследования соответственно с уменьшением степени ЭН прослеживалась явная тенденция к уменьшению возникновения летального исхода. Также отмечена общая тенденция к снижению степени тяжести по клиническими методами. Таким образом, оценочная система степени энтеральной недостаточности, определяя характер органной патологии, является достаточно информативной и прогностический значимой у больных с абдоминальной хирургической инфекцией, дополняя достоинство шкалы APACHE II. В целом, прогнозирование возникновения летальности, так же как и благоприятного исхода способствует определить тактику проведения индивидуализированной интенсивной терапии опираясь на кишечную недостаточность.

Выводы: 1. Определения уровня выраженности энтеральной недостаточности у больных с абдоминальной хирургической инфекцией могут усилить значимость шкалы APACHE II для характеристики тяжести течения и соответствия со степенью и характеру органических нарушений при абдоминальной хирургической инфекции. 2. Наиболее информативным и специфичным для больных с абдоминальной хирургической инфекцией является метод оценки степени энтеральной недостаточности, позволяющий определить стадию патологического процесса, и дифференцированно подойти к выбору интенсивной терапии и патогенетической коррекции кишечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Е.Б., Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. Клиническая характеристика абдоминального сепсиса у хирургических больных. Инфекции и антимикробная терапия. – 2000. №1 с. 9-16.
2. Ю.М. Гаин, С.И. Леонович, С.А. Алексеев Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. М.2001.
3. Ю.М. Гаин, С.А. Алексеев, В.Г. Богдан, Ю.А. Соколов Проблема абдоминального сепсиса в хирургии. Белор.мед.журнал. 2003-№3. с. 10-15.
4. Ю.М. Гаин, В.Г. Богдан, Способо оценки тяжести и прогнозирования исхода абдоминального сепсиса. Белор.мед.журнал. 2004. №2. с. 41-46.

УДК 616-002.5: 612.017.1

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Л.Т.Касаева, Ж.У.Таханова, Н.М.Оспанов, А.М.Тулеев, Л.А.Жорабаева, М.С.Калменов
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
ОПТС, ОПТД, г. Шымкент

ТҮЙІН

Туберкулезді үрдіс пенен иммунологиялық дисфункциясының арасындағы қатынасты анықтау мақсатында өкпе туберкулезінің инфильтративті және фиброзды кавернозды түрлерімен науқастарда иммунитет көрсеткіштері анықталды. Өкпенің инфильтративті туберкулезі бар науқастарда CD3, CD4, CD8, CD19 лимфоциттер санының төмендеуі анықталған. Ал фиброзды-кавернозды туберкулезі бар науқастарда CD16 және CD95 деңгейінің жоғарлауы байқалған, яғни бұл жағдай осы науқастардағы иммунды гомеостазда терең метаболикалық бұзылыстарды анықтайды. Сонымен қатар, осы науқастарда туберкулезге қарсы

антиденелер деңгейінің жоғарлағаны байқалды. Сонымен, өкпе туберкулезінің ауыр түрлері иммунды депрессиямен байланысты, бұл иммунитет көрсеткіштерінің үдемелі түрде төмендеуімен және иммунды депрессияның күшеюімен көрінеді.

SUMMARY

With the aim of elaboration of the peculiarities of immunologic disfunctions depending on the character of the tuberculosis process, the research of the indexes of the immunity at patients with infiltrative and fibrous-cavernous tuberculosis of lungs was conducted by us. At the patients with the infiltrative forms of lungs tuberculosis the lowering of relative content CD 3, CD 4, CD 8, CD 19 lymphocytes was marked. At the patients with the fibrous-cavernous form of tuberculosis was marked more expressed increasing of the levels CD 16 and CD 95 that testifies about deep metabolic disorders in immune homeostasis. At the same time, at the fibrous-cavernous tuberculosis of lungs the increasing of the level of antituberculosis antibodies was observed. Complicated forms of tuberculosis of lungs are involving with immunodepression strengthening, that displays in progressive lowering of row-indexes of immunity and increasing of frequency of more expressed immunodepressive shows.

Ключевую роль в формировании иммунитета к туберкулезной инфекции играют альвеолярные макрофаги и различные субпопуляции Т клеток. Исход взаимодействия макрофагов и микобактерии туберкулеза зависит от баланса антимикробной активности фагоцитирующих клеток и резистентности микобактерии к бактерицидному действию макрофагов [1, 2]. Накопленные к настоящему периоду времени данные позволяют констатировать, что противотуберкулезный иммунитет тесно связан с Т-хелперами и рядом связанных с ними процессов. Во многих исследованиях показано, что при активном туберкулезном процессе и его реактивации происходит снижение Т-хелперов, индекса соотношений Тх/Тс, подавление пролиферации Т-лимфоцитов [3, 4, 5, 6]. Однако, в результате фундаментальных исследований в области фтизиоиммунологии и иммунологии открыт ряд новых популяций клеток, пересмотрена функция Т-супрессоров, доказана их неоднородность и мультифункциональность [7].

В этой связи представляется целесообразным изучение широкого спектра лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD95) в контексте со специфическим противотуберкулезным иммунитетом (определение титра противотуберкулезных антител - ПТА) в периферической крови больных с впервые выявленным инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Группа обследуемых включала 68 человек, в том числе 40 пациентов с инфильтративной, 28 больных с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза в возрасте от 29 до 59 лет. Изучалась фенотипическая характеристика лимфоцитов методом прямой мембранной иммуофлюоресценции по модификации НИИ иммунологии МЗ РФ с применением панели моноклональных антител к поверхностным антигенам лимфоцитов (НПО «Сорбент», Москва): CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD95 [8]. Количественное определение титра противотуберкулезных антител (ПТА) в сыворотке крови методом иммуоферментного анализа (тест-система производства «АТ-Туб-Бест-стрип», Новосибирск). Все исследования проводились через неделю с момента госпитализации.

Сопоставление показателей иммунитета при различных формах туберкулеза легких представлено в таблице 1. Как следует из данных таблицы, признаки иммунодепрессии выявляются уже на ранних этапах заболевания. Так, у больных с инфильтративными формами туберкулеза легких отмечалось снижение относительного содержания CD3, CD4, CD8, CD19 лимфоцитов. У больных с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза отмечалось более выраженное повышение уровня CD16 и CD95, то есть опосредующих запрограммированную гибель клеток. Это свидетельствует о глубоких метаболических нарушениях в иммунном гомеостазе больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Таблица 1 - Показатели клеточного иммунитета у больных с туберкулезом легких

Показатель	Инфильтративная форма	Фиброзно-кавернозная ф-ма	P
CD3 (в %)	41,5±6,2	42,7±6,2	>0,05
CD4 (в %)	24,2±2,3	27,5±1,9	<0,05
CD8 (в %)	28,6±3,2	32,9±3,1	>0,05
CD4/ CD8	0,8±0,06	0,8±0,06	<0,05
CD16 (в %)	7,3±0,3	4,7±0,3	<0,05
CD19 (в %)	14,4±1,9	16,4±2,1	>0,05
CD95 (в %)	48,9±3,2	63,2±3,2	<0,05
Примечания: P > 0,05 - недостоверно; P < 0,05 – достоверно			

Одним из характерных диагностически значимых признаков туберкулеза является наличие в крови противотуберкулезных антител (ПТА) [9]. Наши результаты свидетельствовали о достоверной их гиперпродукции у лиц с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких по сравнению с таковыми у лиц с инфильтративной формой: 0,86±0,09 ед.о.пл. против 0,39±0,05 ед.о.пл. Повышение происходит за счет IgG и IgA фракции иммуноглобулинов. Таким образом, более тяжелые формы туберкулеза легких сопряжены с усилением иммунодепрессии, что проявляется в прогрессирующем снижении ряда показателей иммунитета и

нарастании частоты более выраженных проявлений иммунодепрессии. Суммируя полученные данные, можно предположить, что активация микобактерии туберкулеза и манифестация заболевания обусловлена с состоянием выраженной иммунодепрессии у инфицированных лиц. Наличие выраженной иммунодепрессии при туберкулезной инфекции и ее ассоциация со степенью тяжести заболевания свидетельствуют о целесообразности поведения иммунологического скрининга у больных туберкулезом легких и назначения иммунокорригирующей терапии.

Выводы 1. Развитие туберкулезной инфекции сопровождается снижением относительного количества CD4, CD8, CD4/CD8, CD16. 2. При фиброзно-кавернозном туберкулезе легких регистрируется более выраженное снижение CD16, CD95, чем при инфильтративном туберкулезе. 3. Синдром вторичного иммунодефицита (по иммунологическим показателям) выявляется у 96% больных туберкулезом легких. При этом у больных с фиброзно-кавернозной формой характеризуется более глубоким угнетением иммунитета. 4. Установлено, что при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких наблюдалось повышение уровня ПТА. Противотуберкулезный гуморальный иммунитет зависит от формы туберкулезного процесса, длительности заболевания и эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хоменко А.Г., Мишин В.Ю. Диагностика и лечение остропрогрессирующих форм туберкулеза //Пробл. туб.-1996.-№ 5.- С. 21-23.
2. Пузык В.И., Уварова О.А., Авербах М.М. Патоморфология современных форм туберкулеза.-М., 1973.-129с.
3. Еремеев В.В. Регуляторные субпопуляции Т лимфоцитов у больных активным туберкулезом: автореф. ... канд мед. наук: 08.02.87.-М., 1987.- 26с.
4. Хоменко И.С. Комплексное лечение больных деструктивными формами туберкулеза легких химиопрепаратами в сочетании с Т-активином: автореф. ... канд. мед. наук: 22.05.87.- М., 1987.- 26с.
5. Чернушенко Е.Ф., Тышко Н.А., Кузнецова Л.В. Нарушения иммунитета при туберкулезе и НЗЛ. Их механизмы и пути коррекции //V съезд фтизиатров Белоруссии.-Минск, 1989. - С.161-163.
6. Гергерт В.Я. Иммунология туберкулеза //Туберкулез сегодня. Проблемы и перспективы. Научн. труды и материалы конф., посвящ. памяти М.М. Авербаха.- М., 2000.- С.18-21.
7. Ярилин А.А. Основы иммунологии. - М.: Медицина, 1999. - 607с.
8. Чередеев А.Н., Горлина Н.К., Козлов И.Г. CD маркеры в практике клинико-диагностических лабораторий //Клиническая лаб. диагностика.- 1999.-№ 6.- С.25-32.
9. Кноринг Б.Е., Сахарова И.Я., Елькин А.В., Басек Т.С. Влияние ронколейкина на иммунный статус больных фиброзно - кавернозным туберкулезом легких //Туберкулез сегодня. Проблемы и перспективы. Науч. тр. и материалы конф., посвящ. памяти М.М. Авербаха. - М., 2000. - С.34-37.

УДК 53.085.332-06

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ

М.С. Басынбеков

Центральная поликлиника «Жетысай», Жетысай Мактааральский район ЮКО

ТҮЙІН

Дерматофития науқасының арасында микроспория кең таралған. Бұл науқасқа әсіресе жас балалар бейім келеді(80-90%), олардың терінің эпидермис қабатының толық жетілмегеніне байланысты. Балаларға жұқтыру көзі иттермен, мысықтар.

SUMMARY

Among the patients with dermatophytosis the microspory is widely spread illness. The children is undergone to this illness (80-90 %), its because of insufficient density and sould veratin of epidermis. The vilurent agents are from dogs, cats.

Среди дерматофитий микроспории являются наиболее распространенным заболеванием, так как возбудитель ее обладает значительной вирулентностью и широко распространен в почве, на растениях и животных. К этому заболеванию особенно восприимчивы дети (80-90%), что связано с особенностями, как микроорганизма, так и макроорганизма (недостаточная плотность и компактность кератина эпидермиса и волос, непрочные связи между клетками эпидермиса, несовершенство защитной функции водно-липидной мантии за счет сдвига РН в нейтральную сторону) ребенка. Основным возбудителем заболевания является зоофильный дерматомицет-*Microrganum canis*, носителями возбудителя и основными источниками заражения детей служат кошки, собаки. Целью настоящей работы стал анализ последних литературных данных относительно принципов лечения микроспории. При микроспории имеет место поражение как гладкой кожи, так и волосистой части головы. Различают поверхностную и инфильтративно-нагноительную микроспории. Инфильтративно-нагноительной формы заболевания (*kerion Celsii*) в настоящее время являются, как правило, следствием неадекватной терапии. Нередким бывает поражение бровей и ресниц.

В настоящее время наиболее эффективным средством лечения микроспории волосистой части головы является «старый» гризеофульвин. В 1976г. В.В. Делектроский и соавтор для обоснования применения гризеофульвина при микроспории волосистой части головы провели исследование изменений ультраструктуры грибов *Microsporum canis* под влиянием препарата. Используя сканирующий электронный микроскоп, авторы показали, что под влиянием гризеофульвина происходят необратимые изменения гриба в культуре: дерматофит теряет целостность структуры, способность к размножению и в дальнейшем подвергается фрагментации. С тех пор высокая эффективность препарата была подтверждена многочисленными клиническими исследованиями. Вместе с тем гризеофульвин оказывает ряд серьезных побочных действий, что, порой, ограничивает его применение. Одной из причин увеличения продолжительности противогрибковой терапии системными антимикотиками является наличие сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта, прежде всего глистно-протозойной инвазии, при этом требуется увеличение суточной и курсовой дозы гризеофульвина. Предварительная дегельминтизация позволяет значительно уменьшить пребывания больного на койке и избежать побочных воздействий больших доз гризеофульвина.

Разработан способ санации лямблиоза у больных микроспорией на фоне гризеофульвинотерапии, заключающийся в следующем: больному микроспорией и лямблиозом кишечника назначают гризеофульвин в таблетках по 125 мг из расчета 22 мг на 1 кг массы тела в сутки в 3 приема; с 4-х суток подключают гепатопротекторы (карсил, липоевая кислота); на 11-е сутки гризеофульвин отменяют и назначают орнидазол из расчета 40 мг на 1 кг массы тела до 35 кг, а более 35 кг - по 3 таблетки вечером в течение 2-х суток: со 2-х суток приема орнидазола назначают желчегонные средства (аллохол, желчегонные травы или чай), а с 13-14-х суток (в зависимости от состояния ребенка) возобновляют прием гризеофульвина, продолжая в течение недели прием гепатопротекторов и желчегонных препаратов. Параллельно осуществляют традиционную йодомазевую терапию и еженедельное сбривание волос в очагах поражения. Терапевтическая концентрация гризеофульвина после 10-дневного приема сохраняется в крови в течение 3 дней, поэтому разработанный способ, позволяющий не прерывать лечение микроспории, является обоснованным.

Низорал (кетоназол), широко применявшийся в свое время в микологической практике, оказался малоэффективным при микроспории волосистой части головы. В последние годы альтернативной гризеофульвину служит тербинафин. Препарат угнетает функции скваленэпоксидазы, нарушая в результате синтез эргостерола-основного компонента мембраны клетки гриба. Одновременно внутри клетки нарастает количество сквалена, высокомолекулярного углеводорода. Эти нарушения приводят к гибели грибковой клетки. Оптимальные сроки терапии и адекватные дозировки препарата пока не разработаны. В этой связи длительность применения тербинафина при микроспории в настоящее время устанавливается индивидуально. За рубежом принято назначать тербинафин в течение 6 нед, а затем осуществлять контрольное наблюдение. V. Dragos и M.Lunder, в частности, наблюдали 22 детей в возрасте от 2 до 9 лет, страдающих микроспорией волосистой части головы. Авторы назначали тербинафин в течение 6 нед, с последующим 8-недельным клинико-лабораторным контролем. Непосредственно после завершения терапии, т.е. через 6 нед от ее начала, ни у одного больного не наступило микологическое излечение. Однако в конце 4-й недели наблюдения отрицательные результаты микологического исследования были получены у 9 больных, а в конце 8-й недели - еще у 7 больных. Таким образом, эффективность лечения тербинафином больных микроспорией волосистой части головы составила 72%.

К системным антимикотикам нового поколения относится Фунгал. Экспериментально установлено, что Фунгал ингибирует синтез эргостерома, фосфолипидов и триглицеридов клетки гриба, влился на стерольный метиоболизм через 14-диметилодную систему и экземы. Это приводит к уменьшению синтеза эргостерома, нарушению функции мембран, накоплению в грибн.клетке 14-метилированных стергенов, токсичных эндопероксидов, что ведет к ее набуханию и разрушению клетки. Доза препарата для пациентов массой тела до 25 кг-0,1 г в сутки, более 25 кг- по 0,1 г 2 раза в сутки. Продолжительность лечения Фунгалом микроспории волосистой части головы до первого отрицательного микологического контроля составляет в среднем 4 нед. Переносимость препарата хорошая. Местное лечение микроспории

Локализация	Местное лечение
1. Поражение волосистой части головы.	- еженедельное сбривание волос, мытье 2-3 раза в неделю горячей водой и нанесение фунгицидных мазей, кремов - 5% гризеофульвиновый пластырь на 3-4 дня с последующей ручной эпиляцией - в легких случаях электроэпиляция единичных волос под контролем лампы Вуда.
2. Поражение гладкой кожи	- втирания мазей серно-салициловой, серно-дегтярной, серной мази 10-20% - крем изоконазол 1%- 1-2 р в сут. - ламизил-спрей при легкой форме 14-16 дней
3. Изолированное поражение ресниц и бровей	- ручная эпиляция - смазывание ресничного края 1-2% водным раствором метиленового синего - втирания фунгицидных мазей

В литературе описана методика применения пихтового масла (2 раза в день) в сочетании с лазеротерапией. Продолжительность лечения до первого отрицательного исследования на грибы из очагов поражения волосистой части головы составляет $26,8 \pm 1,04$ дня, гладкой кожи - $25,5 \pm 1,08$ дня. Эффективность способа заключается в сокращении продолжительности лечения больных микроспорией волосистой части головы на 5-7 дней, гладкой кожи - на 6-8 дней по сравнению с традиционной йодо-мазевой терапией.

Выводы: 1. В связи с тем, что основным возбудителем микроспории в настоящее время является *M.canis*, все противоэпидемиологические мероприятия должны проводиться в соответствии с зоофильной природой гриба. 2. Использование тербинафина в повышенных на 50% дозах позволяет добиться более выраженного терапевтического эффекта при лечении микроспории волосистой части головы, чем при применении препарата при этом заболевании по стандартной методике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абидова З.М., Нурматов У.В., Туляганов А.Р.//Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. -М.,2001.-С. 154.
2. Будумян Т.М., Степанова Ж.В., Панова Е.О., Потеев Н.Н. Терапия и профилактика зоотропозной микроспории: Метод.указания. -Екатеринбург,2001.
3. Генис Д.Е. Медицинская паразитология.-М.,1985.
4. Козленко В.В., Федотов В.П., Коряковский В.А.//Вестн.дерматол.-1988.-№2-С. 26-29.
5. Овсянникова Е.В., Потеев Н.Н.//Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.- М.,2001. -С.50.

УДК 618.1:616.649

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ

Т.И.Варзилов

Международный казахско- турецкий университет, г.Шымкент

ТҮЙІН

Урогениталды хламидиялық індеттің шақырытын асқынуларын ескере отырып, жыныс жолдары арқылы берілетін аурулардың таралуын төмендететін алдын- алу шараларын жасау қажет.

SUMMARY

Most of complications caused by chlamydial urogenital infection requires appropriate preventive measures to reduce sexually transmitted diseases.

Хламидиоз- одна из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем. Возбудителем заболевания является *Chlamydia trachomatis* (серотипы от D до K), представляющая собой бактерию сферической формы, не воспринимающую окраску по Грамму. Хламидии – облигатные внутриклеточные паразиты, обладающие выраженным тропизмом к цилиндрическому эпителию. Внедрившись в эпителий, хламидии совершают уникальный цикл развития, в котором участвуют две формы микроорганизма: внутриклеточное элементарное тельце и внутриклеточное ретикулярное тельце. Основной путь распространения инфекции - половой. Инкубационный период составляет 5-7 дней[1].

Хламидии являются грамотрицательными облигатными внутриклеточными паразитами, размножающимися в клетках гладкой мускулатуры, эпителиальных и эндотелиальных клетках, моноцитах и макрофагах. Для человека патогенны 3 вида хламидий: *S. Pneumoniae*, *S. prittaci*, *S. Trachomatis*[2]. Ежегодно в мире по поводу хламидиоза первично обращаются к врачу 80-90 млн. человек. Отмечается сочетание этой инфекции с другими инфекциями, передаваемыми половыми путем. Распространенность хламидиоза на 15% выше, чем гонореи, и продолжает неуклонно расти. Хламидийная инфекция гениталий существенно нарушает репродуктивную функцию и повышает опасность инфицирования ее потомства. Все это определяет необходимость выявления и лечения данной патологии. Хламидиоз цервикального канала в период беременности приводит к внутриутробному инфицированию плода, преждевременным родам, несвоевременному разрыву плодных оболочек, что способствует увеличению заболеваемости и смертности новорожденных[3].

Хламидиями инфицировано от 500 млн до 1млрд людей. Частота инфицирования гинекологических больных составляет 4-30 %, при наличии аднексита она равняется 20-30%, кольпита и эндоцервицита – до 10%[4]. Основу патогенеза хламидиоза составляет медленно протекающий рубцовый процесс: нарушения в капиллярном звене микроциркуляторного русла, потеря клетками ворсинок, нарушение трансэндотелиального обмена, стаз и краевое стояние тромбоцитов, гипоксия ткани, отек, нарушение цитопемсиса, вплоть до полного отсутствия пиноцитозных пузырьков. Механизм рубцевания заключается в усилении синтеза коллагенообразования и пролиферация фибробластов, что является причиной трубного бесплодия, эктопической беременности[5].

Хламидийная урогенитальная инфекция обычно локализуется в уретре и эндоцервиксе, так как это инфекция имеет тропизм к клеткам цилиндрического эпителия. В 60-80% случаев хламидиальная инфекция у женщин и 50% у мужчин протекает малосимптомно. Нередко течение заболевания характеризуется вялым и латентным процессом [6]. Исследования последних лет подтвердили, что отклонения от типичного цикла развития хламидий в значительной степени зависят от изменений внешней среды, таких как дисбаланс необходимых питательных веществ (преимущественно аминокислот), присутствие антимикробных агентов и некоторых других. Изучение иммунологически индуцированной персистенции показало, что прецедент персистенции могут индуцировать многие факторы иммунной системы: интерфероны, интерлейкины 4, 5, фактор некроза опухоли- α , макрофаги и др [7]. На хламидийную инфекцию организм-хозяин отвечает образованием локального секреторного иммуноглобулина А, Т-клеточной (цитотоксической) защитой, синтезом гуморальных антител классов М, А, G. Борьба с инфекциями, передаваемые половым путем, является одним из приоритетных направлений в деятельности органов здравоохранения. В связи с этим особое внимание, включая профессиональную санитарно-просветительскую работу и диспансерное обследование, должно быть уделено женщинам и девушкам [8]. В течение этого периода иммуностимуляции внеклеточные элементарные тельца подвергаются уничтожению иммунной системой. Схематично развитие персистирующей хламидийной инфекции у человека можно представить следующим образом: иммунный ответ на заражение внутренними половыми органами включает выброс интерферона и фактора некроза опухоли, что будет подавлять цикл развития хламидий и вести к формированию аберрантных внутриклеточных форм [9].

После первичного заражения примерно в половине случаев хламидийный воспалительный процесс проявляется клинически, что позволяет своевременно поставить диагноз, назначить этиотропное лечение и чаще всего добиться выздоровления. В других случаях урогенитальный хламидиоз первично остается бессимптомным и переходит в хроническую персистирующую форму [10]. Хроническая хламидийная инфекция часто бывает бессимптомной с минимально выраженными тазовыми болями. Основные направления диагностики хламидийной инфекции — это определение самого возбудителя или его антигенов (прямые методы) и обнаружение антихламидийных антител (непрямые методы). Для прямого обнаружения возбудителя используют культуральный метод («золотой стандарт»), цитологический анализ, для выявления антигена — прямой иммунофлюоресцентный анализ (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) и методы гибридизации — полимеразной цепной реакции (ПЦР). Прямые методы широко используются для диагностики острой генитальной инфекции, заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), заболеваний глаз. Однако при хронической инфекции, особенно при персистенции возбудителя, а также при заболеваниях с труднодоступной локализацией вероятность определения возбудителя или антигена, даже при использовании современных высокочувствительных методов, невелика, и часто имеют место ложноотрицательные результаты. В этом случае оказываются полезны непрямые методы исследования. Из серологических тестов используют иммунофлюоресцентный, реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА), иммуноферментный анализ (ИФА) — наиболее чувствительный и высокоспецифичный тест [11,12].

Чаще хламидийную инфекцию обнаруживают случайно во время операции по поводу внематочной беременности или трубного бесплодия. Выявить в этих случаях хламидий в цервикальном канале часто безуспешны, хотя у 5-15 % их половых партнеров в отделяемом предстательной железы с помощью культуральной или ПЦР-диагностики удается выявить хламидии. [13]. Учитывая высокую распространенность урогенитального хламидиоза беременных и его значительную роль в развитии осложнений у матери и плода, целесообразность антибактериальной терапии хламидийной инфекции в настоящее время не вызывает сомнений. Однако выбор препаратов для лечения инфекции, вызванной *Chlamydia trachomatis*, у беременных значительно ограничен, так как многие из них могут вызывать тератогенный эффект или оказывать эмбрио- и фетотоксическое действие [14].

Таким образом, данные литературы позволяют судить о том что, возбудитель урогенитального хламидиоза имеет свои особенности и труднодиагностируется. Многочисленные осложнения вызванные хламидийной урогенитальной инфекцией требует необходимости проведение профилактических мероприятий по снижению заболеванию передающихся половым путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Гинекология. СпецЛит, 2008.-415с.
2. Гуревич К.Г. Современная терапия хламидиоза //Акушерство и гинекология. №4. 2002. С 18-19.
3. Руководство к практическим занятиям по гинекологии. Под редакцией В.Е. Радзинского.М. 2005.-516с.
4. Гинекология. Голота В.Я., Бенюк В.А.М. 2005. -480с.
5. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. 2000. -512с.
6. Тетелютина Ф.К. и др. Эффективность вильпрафена при лечении больных хламидийной инфекцией в сочетании с цервикальной эктопией // Акушерство и гинекология. №5. 2003. С 55-56.
7. Внутриклеточные патогены (микробиология, диагностика, лечение). Информационное письмо для врачей.М.,1998, с. 12.
8. Кулаков В.И. Инфекции, передаваемые половым путем, - проблема настоящего и будущего.// Акушерство и гинекология. №6. 2003. С 3-6.
9. Beatty W.L., Byrne G. I., Morrison R.P.// Proc. Nat. Acad. Sci. USA. – 1993. – P/ 3998-4002.

10. Анкирская А.С. Проблемы хронической (персистирующей) хламидийной инфекции.// Акушерство и гинекология. №3. 1999. С 8-10.
11. Делекторский В. В., Яшкова Г. Н. и соавт. Семейный хламидиоз. Пособие для врачей. М., 1996, с. 22.
12. Кротов С. А., Кротова С. А., Юрьев С. Ю. Хламидиозы: эпидемиология, характеристика возбудителя, методы лабораторной диагностики, лечение. Методическое пособие. Кольцово, 1997, с. 63.
13. Henry – Suchet ., Askienazy- Elbher V., Orfila J. // Infect. Dis. Obstet. Gynec. – 1996. –Vol.4 .-P. 171-175.
14. Sweet R.L., Gibbs R.S. Chlamydial infections. In: Infectious diseases of the female genital tract. // Williams & Wilkins, Baltimore. -1995, 87-102.

УДК 616-002.5:614.48 (574.5)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТАНИЙ ТУБЕРКУЛОЦИДНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

*А.К.Сарсенова, К.У.Примкулов, С.М.Сапарова, Г.Г.Сапарова
Южно-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент
РГКП «Шымкентская городская дезинфекционная станция», г.Шымкент*

Т У Й І Н

Жаңа дезинфектантардың үлкен ассортименгі туберкулоцид іс-әрекеті апробациясын талап етеді, ол әрекет туберкулезге қарсы пайдаланатын препараттарға және дезинфектантарға микобактериялардың бекемдігін анықтайды. Дезинфектанттарға шыдамды микобактериялар госпиталдық штамдардың қалыптасуына және тарауына себеп болу мүмкін.

S U M M A R Y

Large range of new disinfectants requires a new generation of testing tuberculocides action, this action used for identification of the antituberculosis preparations and micobaterias are inclined to disinfectants to bearable micobacterias may cause of forming and spreading hospital stamms.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу осложняется ростом лекарственной устойчивости к ним больных, что представляет потенциальную угрозу для успешной реализации программ по контролю за туберкулезом в ЮКО и в Казахстане (1,2). Изучение распространенности резистентности является актуальным для каждого региона. Эпидемиологическая ситуация по резистентному туберкулезу диктует целенаправленно проводить качественные дезинфекционные мероприятия как в условиях стационара, так и в очагах туберкулезной инфекции (3,4). На сегодняшний день изобилие на фармацевтическом рынке дезинфектантов нового поколения вынуждает нас пользоваться набором нескольких из них и только теми, которые прошли испытания на базе бактериологических лабораторий. Все это определило цели данного исследования.

Материалы и методы. Нами изучались дезинфицирующие действия препаратов «Бациллацид рассант» и «Карзолекс Экстра» производства фирмы «BODE» (Германия), «Септолиз форте» производства ТОО «Сплендор»(г.Актобе РК), «Сайдекс» фирмы «Джонсон энд Джонсон» (США), «Диабек» производства ООО «Интерсэн-плюс» (Россия), «Жавелин» (КНР), «Ультрахлорантин» (КНР), «Эрисан дез» Орион Корпорейшен Нойро(Финляндия) на микробактерии туберкулеза. Исследования проводились путем обработки чистых культур чувствительных и мультирезистентных к противотуберкулезным препаратам микобактерий туберкулеза дезинфектантами в рекомендуемых концентрациях и экспозициях по времени. После деконтаминации культуры МБТ повторно высевались на среду Левенштейна – Йенсена (по 2 пробирки).Посевы просматривались каждые 10 дней в течение 8 недель. Результаты представлены в таблице:

Бактерицидная активность различных дезинфектантов на лекарственно-чувствительные и лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза

Дезинфектант	Концентрация рабочего раствора	Экспозиция в минутах	Результаты роста после деконтоминации	
			Чувст.штамм	MDR штамм
Карзолекс Экстра	3%	15	-	-
	2%	30	-	-
	1%	60	-	-
Бациллацид рассант	2%	60	-	-
	1,5%	120	-	-
Септолиз форте	7%	60-90	+++	+++
	8%	60-90	+++	+++
Сайдекс	Готовый активированный	90	-	-
Диабак	3%	45	++	++
	2%	60	++	++
Гипохлорит кальция	1,5%	120	-	-

Жавелин	0,2-0,3%	60-120-180	-	-
Ультрахлорантин	0,2-0,3%	60-120-180	-	-
Эрисан дез	2%	60	-	-

Примечание: + рост до 20 колоний; ++ рост до 100 колоний; +++ сплошной рост колоний; - отсутствие роста колоний.

Результаты и обследование. Как видно из таблицы №1, после деконтаминации чистых культур МБТ септолизом форте в рекомендуемых туберкулоцидных концентрациях и времени экспозиций, в посевах обнаружен сплошной рост МБТ на питательных средах, что свидетельствует о неудовлетворительном качестве туберкулоцидного действия «Септолиз форте». После деконтаминации чистых культур МБТ рекомендуемыми туберкулоцидными концентрациями и времени экспозиций диабаком, обнаружен рост МБТ на питательных средах до 100 колоний, что свидетельствует также о неудовлетворительном качестве дезинфицирующего действия диабака. Остальные дезинфектанты зарекомендовали себя с хорошими туберкулоцидными качествами. Нами были проверены все дезинфектанты, предложенные в списке государственного заказа и даны отзывы на каждый из них для использования в противотуберкулезных учреждениях.

Выводы. Полученные результаты исследования дают нам основание рекомендовать всем лечебным противотуберкулезным учреждениям проверять в лабораториях каждый используемый дезинфектант на предмет его туберкулоцидного действия. И их выбор для дезинфекции проводить по результатам испытаний с учетом их действующего начала, экономичности и предназначения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Усембаева С.А., Берикова Э.А., Ракишева А.С. и др. Результаты внедрения международного проекта «Биосоциальные факторы успешного контроля за мультирезистентным туберкулезом в Республике Казахстан» //I Конгресс фтизиологов Казахстана, Алматы, 2004 (сборник трудов). Стр.- 80-82.
2. Агзамова Р.А., Бисмильда В.Л., Кожамкулов У.А. и др. Внешний контроль качества за определением лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза //I Конгресс фтизиологов Казахстана, Алматы, 2004 (сборник трудов). Стр.- 39-41.
3. Бисмильда В.Л., Агзамова Р.А., Белова Е.С. «Результаты испытания противотуберкулезной активности дезинфицирующих средств нового поколения на MDR штаммы микобактерий туберкулеза». Фтизиопульмонология №1 (5) 2004, Стр.- 39-41.
4. Ракишева А.С., Котова А.Л. Проблемы резистентности микобактерий туберкулеза к дезинфектантам. Фтизиопульмонология №1 (9) 2006, Стр.- 80-84.

УДК 616.24-06-089.163.168.1

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.М. Латыпова

Западно-Казахстанский медицинский университет им. М.Оспанова, Актөбе

ТҮЙІН

Тыныс жетіспеушілігі операциядан кейінгі кезеңнен кездесетін асқынуларының бірі. Даму кезеңдері көп және әртүрлі. Тыныс алу бұзылыстарына орталық және перифериялық, реттеу орталықтарының бұзылыстары, анестезиологиялық, эдьютемелердің асқынулары, пневмониялар, операция жасау аймақтарын әкелуі мүмкін. Өкпенің созылмалы аурулары, шылым шегу, артық салмақ және басқа факторлар тыныс алу бұзылысының даму қаупін күшейтеді. Барлық даму факторларын ұзақ зерттеу, емдеудің және алдын-алудың әдістерін жетілдіру, операция алдында науқастың жағдайын бағалау тыныс алу жүйесі жағынан асқынулардың даму қаупін төмендетеді.

SUMMARY

Helicobacter pylori is a basic etiopathogenic disease. In order to make a diagnosis of invading and non-invasive methods are used to make a diagnosis of helicobacter pylori. It is based on histological mucus of digestive system, clinical and immunological complex researches, express-veological test and non-invasive methods.

Послеоперационная дыхательная недостаточность является одним из самых частых осложнений и занимает одно из ведущих мест среди осложнений, связанных с оперативным вмешательством и анестезией. Острая послеоперационная дыхательная недостаточность (ДН) развивается более чем у 20% больных в ближайшем послеоперационном периоде [1, 2, 3]. Частота развития осложнения, по данным многих авторов, составляет от 3,4% до 21,4%. Ранняя диагностика и лечение послеоперационной дыхательной недостаточности и прежде всего вопросы предупреждения данного осложнения остаются актуальной проблемой современной медицины. Причины дыхательной недостаточности (ДН) в послеоперационном периоде многочисленны и разнообразны. Гиповентиляция развивается вследствие нарушения механических свойств легких под влиянием операционного стресса, кровопотери, ИВЛ, операционной позиции, боли и неподвижности больного в послеоперационной палате и др.

К острым нарушениям дыхания в ближайшем послеоперационном периоде могут привести расстройства центральных механизмов регуляции дыхания, возникающие, вследствие депрессии дыхательного центра под влиянием анестетических и наркотических препаратов, используемых во время операции [4]. Нарушения периферических механизмов регуляции дыхания могут привести к резкому нарушению газообмена. Кроме того, эти расстройства возможны у больных с миастенией, миопатиями и др. В основе интенсивной терапии острых нарушений дыхания центрального генеза лежит проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), методы и варианты которой зависят от характера и выраженности дыхательных расстройств. Остаточная миоплегия после действия миорелаксантов, повышенное образование мокроты из-за напряжения недыхательных функций легких и недостаточная эффективность кашлевого толчка на фоне экспираторного закрытия верхних дыхательных путей усугубляют дыхательную недостаточность [5].

Тяжелые расстройства дыхания могут быть обусловлены ателектазами легких, пневмонией. Развитие пневмонии у хирургических больных после операции является серьезным осложнением, отягощающим течение послеоперационного периода. Послеоперационная пневмония развивается на 2—5-й день после хирургического вмешательства в связи с гиповентиляцией, задержкой инфицированного секрета и др. В структуре госпитальных инфекционных осложнений у хирургических больных пневмония занимает второе место, уступая первенство раневой инфекции [6, 7]. Летальность при внутрибольничных пневмониях составляет 20-50% в зависимости от основного заболевания, возбудителя и адекватности лечения [8, 9]. При развитии у пациента госпитальной пневмонии срок его пребывания в стационаре увеличивается на 7-20 дней [10]. При проведении ИВЛ частота возникновения нозокомиальной инфекции в отделениях интенсивной терапии возрастает с 51% до 81% [11, 12]. Пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких, является одним из наиболее частых видов нозокомиальных инфекций у больных, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), и фактором риска неблагоприятного исхода. Факторы риска развития пневмонии интенсивно изучались последние 20 лет. Данные исследования показали, что не аппарат ИВЛ, а интубация трахеи является фактором риска развития данного вида пневмонии; не сезонные колебания, а наличие хронической патологии, в частности хронические обструктивные заболевания легких, приводит к увеличению количества пневмонии в осенне-зимний период. По современным представлениям факторами риска являются хронические обструктивные заболевания легких, ИВЛ продолжительностью более 3 дней, повторная интубация и аспирация; положение пациента на спине без приподнятого положения головы, применение антибиотиков, возраст старше 60 лет, полиорганная недостаточность более чем 3 систем; энтеральное питание и кома; аэрозольная терапия, мужской пол, трахеостомия, транспортировка больного вне ОРИТ [13-17].

За последние 10-15 лет частота нозокомиальных пневмоний значительно увеличилась. В США они находятся на втором месте среди всех нозокомиальных инфекций (после инфекций мочевыводящих путей), а в Европе выходят на первое. По данным зарубежных исследований, нозокомиальные пневмонии развиваются примерно у 0,5-1 % всех госпитализированных больных и у 10-20 % госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [18]. По показателю смертности они лидируют среди нозокомиальных инфекций, вызывая летальные исходы в среднем у 50 % пациентов [19]. Одним из наиболее важных факторов развития нозокомиальной пневмонии является длительная (более 48 часов) искусственная вентиляция легких (ИВЛ). При ее применении риск развития инфекции увеличивается в 6-21 раз [20]. Расширение показаний к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), создание новых поколений аппаратов, совершенствование инвазивной респираторной поддержки заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Вместе с тем внедрение в практику новых технологий, повышающих выживаемость в период шока и острой дыхательной недостаточности, изменили общую структуру осложнений и уровень летальности. Более того, появились нозологии, не регистрировавшиеся ранее в клинической практике: ангиогенный сепсис, острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), полиорганная недостаточность (ПОН), вентиляторассоциированная пневмония (ВАП) [21-26]. Вентиляторассоциированная пневмония (ВАП) развивается у 10-50 % интубированных пациентов, с каждым днем интубации риск ее возникновения увеличивается на 1-3 % [22].

ВАП рассматривают как отдельную форму нозокомиальной пневмонии, под которой подразумевают воспаление легочной паренхимы, вызванное инфекционными агентами, которые отсутствовали или находились в инкубации в момент начала ИВЛ [27]. Выделяют два вида ВАП: с ранним началом, возникающие в первые 5 дней (по данным некоторых авторов, 3-7 суток) после интубации, и с поздним началом, развивающиеся более чем через 5 суток. В настоящее время имеются данные об изменении состояния аппарата внешнего дыхания у пациентов в послеоперационном периоде (Зильбер А.П., 2004; Ветшев П.С. и соавт., 2002) [28, 29]. Однако не установлено влияние респираторных нарушений на развитие пневмонии. Получение подобных сведений позволило бы осуществлять дифференцированный подход к ведению пациентов с высоким риском развития пневмонии в послеоперационном периоде. Осложнения анестезиологического пособия (последствия травматичной интубации, ларингоспазм, аспирационный синдром, ошибки при проведении ИВЛ, и др.) способствуют развитию дыхательной недостаточности [30]. Область проведения операции - очень важный фактор в предсказании риска развития послеоперационных легочных осложнений. Частота осложнений обратно пропорциональна расстоянию операционного доступа от диафрагмы. У пациентов, которым проводятся операции на верхнем этаже брюшной полости или торакальные, отмечается сниженный жизненный объем, что

ведет к нарушению соотношения вентиляция/перфузия, приводящий к развитию гипоксемии. Частота осложнений значительно выше для операций на верхнем этаже брюшной полости и торакальных, чем при операциях на нижнем этаже брюшной полости. Это может быть объяснено дисфункцией диафрагмы [31, 32, 33]. Вопросам влияния операционной травмы на организм человека посвящены многочисленные научные работы многих отечественных и зарубежных авторов - А.А. Бунатяна, А.П. Зильбера, В.А. Гологорского, О.А., П.С. Ветшева, М.С. Ветшевой, Ю.И. Гороховатского, Т. Veidbonkor, F. Ferrante и др. Хирургическая операция является стрессом, следствием которого могут быть известные и хорошо изученные нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, нейроэндокринной, выделительной систем, метаболические нарушения и др. [29, 34, 35].

Одним из показателей травматичности оперативных вмешательств на легких считают изменение параметров функции внешнего дыхания (ФВД), таких как жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1), общая емкость легких (ОЕЛ) и др. Проведенные рядом авторов исследования показали, что выполнение торакальных оперативных вмешательств может сопровождаться снижением объемных характеристик дыхания в раннем послеоперационном периоде до 50% исходного уровня [36, 37]. Выявляемые послеоперационные изменения механики дыхания связаны в первую очередь с ограничением дыхательных движений вследствие болевого синдрома, возникающего в области выполнения операционного доступа. Симптоматические хронические заболевания легких - самый важный фактор в развитии дыхательной недостаточности после операции. Установлено, что у пациентов с патологическими изменениями при обследовании легких, включая сухие и влажные хрипы, крепитацию, удлинённый выдох, ослабление легочного дыхания, в 6 раз чаще отмечаются легочные осложнения [38, 39]. Однако риск развития зависит от тяжести сопутствующих легочных осложнений. Поэтому внимание должно быть обращено на оптимизацию респираторной функции, так, чтобы риск осложнений был снижен.

Пациенты с астмой должны быть в хорошей ремиссии и иметь пик флоу-данные больше, чем 80% от предполагаемых значений, в таком случае при оперативном вмешательстве у них средний риск развития осложнений со стороны дыхательной системы [40]. Курение является значительным предоперационным риском. Этот фактор приводит к развитию хронической легочной болезни. Курильщики имеют повышенный риск для развития легочных осложнений, даже при отсутствии легочных заболеваний [41, 42]. Уорнер с соавторами (Warner M.A. et al) нашли, что пациенты курящие или прекратившие курить менее, чем за 2 месяца до операции имели частоту осложнений почти в 4 раза больше, чем пациенты, прекратившие курить более, чем за 8 недель до операции [43]. Прекращение курения за 48 часов до операции включает ожидаемое снижение кашля, снижение патогенной флоры в нижних дыхательных путях, снижает уровень карбоксигемоглобина до нормы, снимает стимулирующий эффект никотина на сердечно-сосудистую систему, и улучшает респираторные цилиарные колебания. Однако, требуется 1-2 недели, чтобы снизить объем мокроты, и 4-6 недель требуется, чтобы улучшить легочную функции [44].

Изменения, связанные с патологическим ожирением, могут усиливать и увеличивать риск послеоперационных осложнений из-за физиологических изменений, таких как: сниженной общей емкости, функциональной остаточной емкости и жизненной емкости легких; увеличенной работы дыхания вторично из-за снижения эластичности, жесткости грудной клетки, сопротивления верхних дыхательных путей; необходимости элиминировать больше CO₂; гипоксемии; увеличенный альвеолярно-артериальный градиент, и нарушения градиента вентиляция/перфузия [45]. Успех хирургического лечения зависит не только от своевременности и технически грамотно выполненной операции, но и от правильной предоперационной оценки состояния больного, подготовки больного к операции и адекватной интенсивной терапии [46, 47]. Очевидная актуальность вопросов профилактики осложнений требует разработки эффективных методов прогнозирования течения послеоперационного периода и принятия рациональной тактики ведения больного. Проблема снижения осложнений в послеоперационном периоде связана с детальным изучением всех факторов риска, развитием методов диагностики, совершенствованием способов профилактики и лечения. Однако следует отметить, что эффективность лечебно-профилактических мероприятий во многом зависит от правильности их выбора на основании прогнозирования. Представляется, что объединение имеющихся и вновь полученных данных о факторах риска, состоянии дыхательной системы у пациентов, подвергающихся хирургическим вмешательствам, позволит усовершенствовать подходы к ведению данного контингента пациентов для улучшения результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гологорский В.А.. Респираторный дистресс синдром взрослых. 1980. С. 136.
2. Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность. М. Медицина. 1989. С 186.
3. Зильбер А.П.. Респираторная медицина. 1996.
4. Warner D.O. Preventing postoperative pulmonary complications: the role of anaesthesiologist. Anesthesiology 2000; 92: 1467-72.
5. Mancebo J. Weaning from mechanical ventilation. Eur Respir J. 1996; N 9; P. 1923-1931.

6. Н.И. Слепых, А.А. Третьяков, А.А. Стадников, С.Г. Кудашев. Споробактерин в профилактике и лечении послеоперационных раневых инфекций. Сборник тезисов Научно-практической конференции врачей Приволжского военного округа. 2000.
7. Pennington J.E. Immunological perspectives in prevention and treatment of nosocomial pneumonia. *Intensive care medicine*. 1990; 18 (suppl. 1): 35-38.
8. Fagon JY, Chastre J, Domart Y et al. *Clin Infect Dis* 1996; 23: 538-42.
9. Kollef MH. Ventilator-associated pneumonia: the importance of initial empirical antibiotic selection. *Infect Med*. 2000; 17 (4): 265-8, 278-83.
10. Pennington J.E. A consensus statement of American Thoracic Society, 1995; 199.
11. Boulard G. *Ann.franc.Anesth.Reanim*. 1989; Vol.8; N 3; P. 155-157.
12. Sanderson P.J. *Brit.med.J*. 1990; Vol.299; N6713; P.1413-1414.
13. Craven DE, Kunches LM, Kilinsky V et al. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133: 792-6.
14. H.Torres A, Aznar R, Gatell JM et al. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 523-8.
15. Kollef MH. *JAMA* 1993; 270: 1965-70.
16. Kollef MH, Von Harz B, Prentice D et al. *Chest* 1997; 112: 765-73.
17. Rello J, Ricart M, Ausina V et al. *Chest* 1992; 102: 1562-5.
18. Morehead RM, Pinto SJ. Ventilator-associated pneumonia. *Arch Intern Med* 2000;160:1926-36.
19. Stevens RM, Teres D, Skillman JJ, Feingold DS. Pneumonia in an intensive care unit. A 30-month experience. *Arch Intern Med* 1974;134:106-11.
20. Guideline for prevention of nosocomial pneumonia. Centers for Disease Control and Prevention. *Respir Care* 1994;39:1191-236.
21. Боровик А.В. Роль и место бронхоальвеолярного лаважа в уточнении характера острого легочного повреждения при критических состояниях.-Тезисы докладов VI Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. М; 1998. с. 66.
22. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Белоцерковский Б.З. и др. Нозокомиальная пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких (НПивл) у хирургических больных. М; 2000.
23. Кассиль В.Л. Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии. М.: Медицина; 1987.
24. Fagon J.-Y., Chastre J., Hance A.J., et al. Nosocomial pneumonia in patients receiving continuous mechanical ventilation. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139:871-4.
25. Fagon J.-Y., Chastre J., Hance A.J., et al. Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort study evaluating attributable mortality and hospital stay. *Am J Med* 1993;94:281-8.
26. Cook D. Ventilator-associated pneumonia: perspectives on the burden illness. *Intensive Care Med* 2000; 26(Suppl.1): 31-7.
27. Artigas TA, Dronda BS, Valles CE, et al. Risk factors for nosocomial pneumonia in critically ill trauma patients. *Crit Care Med* 2001;29:304-09.
28. Ветшев П.С, Ветшева М.С. Принципы анальгезии в раннем послеоперационном периоде. *Хирургия* 2002; 12: 49-50.
29. Ветшев П.С, Чилингарида К.Е., Ипполитов Л.И. и др. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии. *Хирургия* 2002; 3: 4-9.
30. Rudra, Das. Postoperative pulmonary complication 89 *Indian J. Anaesth*. 2006; 50(2): 89-98.
31. Arozullah A, Daley J, Henderson W et al. Multifactorial risk index for predicting postoperative respiratory failure in men after noncardiac surgery. *Ann Surg* 2000; 232:243-53.
32. Mohr DN, Jett JR. Preoperative evaluation of pulmonary risk factors. *J Gen Intern Med* 1988;3:277-87.
33. Dureuil B, Viires N, Cantineau JP, Aubier M, Desmots JM. Diaphragmatic contractility after upper abdominal surgery. *J Appl Physiol* 1986; 61: 1775-80.
34. Daniel M., Keenan D., Licinio J. A feedback-controlled ensemble model of the stress-responsive hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 27: 98: 7: 4028.
35. Ortiz-Oshiro E., Mayol J., Medrank J.C. Lactate Metabolism during Laparoscopic Cholecystectomy: Comparison between C02 Pneumoperitoneum and Abdominal Wall Retraction. *World J Surg* 2001; 25: 980-984.
36. Левтеев В.Е. Видеоторакоскопические резекции легкого: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж 1999.
37. Lukaszczuk J.J., Preletz R.J. Quality of life in surgery. *J Lap Surg* 1992; 2: 6: 332.
38. Kronke K, Lawrence VA, Theroux JF et al. Postoperative complications after thoracic and major abdominal surgery in patients with and without obstructive lung disease. *Chest* 1993; 104: 1445.
39. Eagle KA, Berger PB, Calknis H et al. ACC/AHA guideline update for postoperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: executive summary: a report of American College of cardiology, American Heart association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 542-53.
40. Warner D.O, Warner M.A., Barner R.D., et al. Perioperative respiratory complications in patients with asthma. *Anesthesiology* 1996; 85: 460-67.
41. Jayr C, Matthay M.A., Goldstone J., Gold W.M., Wiener-Kronish J.P. Preoperative and intraoperative factors associated with prolonged mechanical ventilation. A study in patients following major abdominal vascular surgery. *Chest* 1993; 103: 1231-36.
42. Bluman LG, Mosca L, Newman N, Simon DG. Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications. *Chest* 1998; 113: 883-89.
43. Warner MA, Divertie MB, Tinker JH. Preoperative cessation of smoking and pulmonary complications in coronary artery bypass patients. *Anesthesiology* 1984; 60: 380-83.

44. Pearce AC, Jones RM. Smoking and anaesthetic preoperative abstinence and perioperative morbidity. *Anesthesiology* 1984; 61: 576-84.
45. Psulka PS, Bistian BR, Benotti PN, Blackburn GL. The risk of surgery in obese patients. *Ann Intern Med* 1986; 104: 540-46.
46. Савченко В.П., Савченко Т.В. Терапия критических состояний стратегия и тактика. Туапсе 1998; 78—82.
47. Жизневский. Я.А. Основы инфузионной терапии. Мн., «Вышэйшая школа», 1994; 286 с.

УДК:616.342:616.33-005.1+576.382.33

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСКРЕЦИИ ГЕКСОЗАМИНОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.Б. Бегалиев

МКТУ имени Х.А.Яссауи, г.Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Асқазанның жаралы ауруы мен онекі елі ішектің асқыну мерзімінде, және де алғашқы гастродуоденитте гексозаминмен сулайдың экскрециясы заңды түрде төмендетіледі. Алғашқы созылмалы гастродуоденит пен гастродуоденальді жаралы аурумен ауратын науқастың ықпалымен гексозаминмен сулайдың экскрециясының жоғарлауын бейнелейтін тенденцияны бақылайды. Гексозаминмен сулайдың экскрециясын анықтау фазаның көрсеткішінде ағымдағы гастродуоденальді аймақтағы жаралы аурудың және алғашқы гастродуоденит болып табылады және прогноздық мәні бар.

SUMMARY

In the period of acute gastric ulcer and duodenal ulcer, as well as primary gastroduodenitis consistently decreases excretion hexosamines in urine. Under the influence of treatment of patients with chronic primary gastroduodenitis and gastro duodenal ulcer disease observed a strong trend to increased excretion of hexosamines in urine. Determination of excretion of hexosamines in urine is an indicator of the phase flow of gastro duodenal ulcer disease and primary gastroduodenitis and has prognostic critical value.

Большинство гастроэнтерологов связывают возникновение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с нарушениями равновесия между резистентностью гастродуоденальной системы и агрессивностью желудочного сока. Состояние защитного барьера изучено меньше, чем факторы агрессии. Одним из важнейших фактов защиты является муцин, вырабатываемый клетками покровного эпителия или слизистыми клетками желудочных трубчатых желез и бруннеровыми железами в верхней части двенадцатиперстной кишки. Основными химическими веществами, входящими в состав муцина и обладающим защитными свойствами (протекторы) желудка, являются гликопротеины, а в двенадцатиперстной кишке – дополнительно протеогликальны. Они обладают способностью тормозить переваривающее действие пепсина, связывают соляную кислоту путем образования плотной устойчивой к протеолизу пленку на поверхности слизистых оболочек и защищают клетки слизистой гастродуоденальной зоны от действия протеолитических факторов желудочного сока.

Гексозамины являются компонентами полисахаридной цепочки гликопротеинов, входя в состав фукозиалогликопротеинов и протеогликанов. Поэтому определение гексозаминов может быть косвенным показателем содержания в слизи гликопротеинов протеогликанов. Поэтому определение гексозаминов может быть косвенным показателем содержания в слизи гликопротеинов и протеогликанов. В фазе обострения язвенной болезни в желудочном соке натошак происходит значительное снижение содержания фукозы и гексозаминов – основных сахаров, входящих в углеводные цепи гликопротеинов. В период ремиссии их содержание в желудочном соке возрастает, но не достигает нормального уровня. В моче и крови их количество в период ремиссии может компенсаторно даже превышать нормальный уровень. Определение в моче углеводных компонентов гликопротеинов и протеогликанов в частности гексозаминов, может быть показателем стадии обострения или ремиссии язвенной болезни. Целью настоящей работы было изучение клинического значения определения экскреции гексозаминов с мочой при различных заболеваниях гастродуоденальной зоны.

Исследовалась содержание гексозаминов в моче собранной за 12 ч, по методике L.Elson и W.Morgan в модификации J.Reissig и соавтор. Экскреция гексозаминов с мочой определялась спектрофотометрической. Количество гексозаминов выражалось в граммах, выделенных за 12 ч. За нормальное содержание гексозаминов в моче приняты данные литературы и результаты обследования здоровых лиц. Обследовано 270 больных в возрасте 18-65 лет, из них у 12 была язвенная болезнь желудка, у 38 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 16 хронический гастрит с секреторной недостаточностью, у 204 хронический первичный гастродуоденит с повышенной желудочной секреции. 60 больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обследованы повторно, после санаторно-курортного лечения в Сарагаче. При всех изучавшихся заболеваниях отмечено снижение экскреции гексозаминов с мочой в фазе обострения, что свидетельствует об ослаблении защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной

кишки. Характерно, что это имеет место, как при язвенной болезни, так и при предъязвенном состоянии – первичных гастродуоденитах. В то же время при гастритах с секреторной недостаточностью в период компенсации процесса экскреция гексозаминов не отличалась от нормальных величин. У большинства больных с патологией желудка в период обострения заболевания отмечалось значительное снижение экскреции гексозаминов с мочой. Наиболее выражено оно было при клинически четком с данными литературы. Средние величины экскреции гексозаминов с мочой у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной в фазе ремиссии составляли $0,066 \pm 0,008$ г, в фазе обострения $0,035 \pm 0,004$ г.

Существенного различия в показателях экскреции гексозаминов у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки не выявлено. При первичном гастродуодените экскреция гексозаминов с мочой в фазе ремиссии была $0,067 \pm 0,06$ г, в фазе обострения резко снижена – $0,039 \pm 0,04$ г; при хроническом гастрите с секреторной недостаточностью – $0,069 \pm 0,022$ г. Повторные исследования проведены у 51 больного первичным гастродуоденитом после комплексного этапного лечения с включением санаторно-курортной терапии в Сарагаче, а также у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Исследования показали, что под влиянием лечения закономерно увеличивается экскреция гексозаминов. У 26 из 35 больных с первоначально сниженной экскрецией увеличилось выделение гексозаминов с мочой, что отражает возрастание защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. До лечения у больных гастродуоденитом средняя величина экскреции гексозаминов равнялась $0,046 \pm 0,06$ г, после лечения — $0,058 \pm 0,07$ г ($p < 0,05$); при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки экскреция увеличилась после лечения с $0,035$ — $0,009$ до $0,065 \pm 0,019$ г.

Выявляется корреляция между эффективностью лечения и динамикой экскреции гексозаминов с мочой. После лечения по данным клинического обследования и фиброгастродуоденоскопии отмечалось улучшение, закономерно возрастала экскреция гексозаминов с мочой. Наоборот, при ухудшении состояния больных после санаторно-курортного лечения чаще наблюдалось дальнейшее уменьшение экскреции гексозаминов. Таким образом, определение содержания гексозаминов в моче в динамике позволяет судить об эффективности терапии и имеет важное значение для оценки прогноза болезни. Приводим наблюдения. Больная С., 33 лет, в течение 5 лет страдает болями в эпигастральной области, часто по ночам, голодными, с весенне-осенними обострениями. Наблюдались изжога, кислые отрыжки, запоры. Повторно обследовалась и лечилась амбулаторно. Рентгенологически и гастрофиброскопически язву никогда не находили. При обследовании в июне 1986г. отмечалась умеренная болезненность при пальпации в пилородуоденальной области, при гастрофиброскопии обнаружен поверхностный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс. Интрагастральная рН-метрия: натошак в корпусе и антруме 1,4—1,6, после содового теста Ноллера — время защелачивания 25 мин, глубина ощелачивания 7,2 рН. Специальные исследования выявили умеренное снижение функции Т-системы иммунитета: Т-лимфоциты 55 % (норма 64 %), Т-супрессоры 10% (норма 15—18%), В-лимфоциты 25% (норма 20 %). Экскреция гексозаминов 16.06.88 равнялась 0,024 г. Больная лечилась в гастроэнтерологическом отделении Карагандинской клиники. После возвращения с курорта отмечала исчезновение болей и диспепсических симптомов. Наряду с клиническим и эндоскопическим улучшением наблюдалось увеличение экскреции гексозаминов до 0,044 г., не достигавшее нормальных величин. Через 3 мес после лечения вновь появились боли в эпигастральной области, отрыжка кислым, изжога. Пальпаторно — болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной зоне. При гастродуоденофиброскопии выявлены две эрозии на большой кривизне желудка, очаговая гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки. Одновременно резко снизилась экскреция гексозаминов с мочой до 0,009 г.

В данном наблюдении курортное лечение способствовало уменьшению клинических и эндоскопических симптомов гастродуоденита, одновременно увеличилась экскреция гексозаминов. При рецидиве болезни экскреция гексозаминов с мочой резко уменьшилась. Больной К., 20 лет. В течение 10 лет беспокоят боли в пилородуоденальной зоне, усиливающиеся через 2 ч после приема пищи, отрыжки, изжога. Лечился амбулаторно, ви-калином, гастроцепином, альмагелем, витаминами группы В. После лечения на курорте (Сарагач) наряду с улучшением общего состояния, исчезновением болей в эпигастральной области, положительной динамикой интрагастральной рН-метрии (снижение базальной секреции с 0,8 до 1,8 рН, увеличение глубины ощелачивания — с 4,8 рН в корпусе до 7,4 рН, в антруме — с 5,4 рН до 7,2 рН, увеличение времени ощелачивания в антруме с 15 до 45 мин), положительной динамикой показателей фиброгастроскопии отмечалось улучшение экскреции гексозаминов с мочой. До лечения она составляла 0,037, после лечения 0,072 г. Ремиссия продолжалась в течение года, после чего наступило ухудшение. Одновременно снизилась экскреция гексозаминов с мочой до 0,041 г.

Таким образом в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также первичного гастродуоденита закономерно снижается экскреция гексозаминов с мочой. Под влиянием лечения больных хроническим первичным гастродуоденитом и язвенной болезнью гастродуоденальной зоны наблюдается выраженная тенденция к увеличению экскреции гексозаминов с мочой. Определение экскреции гексозаминов с мочой является показателем фазы течения язвенной болезни гастродуоденальной зоны и первичным гастродуоденитом и имеет прогностическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко В. Х., Гребнев А. Л., Шептулин А. А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1987.
2. Григорьев П. Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки М., 1986.

УДК 616.9-07:615.24

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI

Ж.Т.Кайшибаева, Г.А.Муздыбаева, Г.Ж.Кульбаева, Г.Ш.Елтаева, Г.К.Сауытбекова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Шымкентская городская поликлиника № 5, г. Шымкент

ТҮЙІН

Helicobacter pylori (Hр) - гастродуоденальды аурулардың дамуындағы негізгі этиопатогенетикалық фактор болып саналады. Хеликобактериозды нақты диагностикалау үшін, инвазивті және инвазивті емес әдістер қолданылады. Ол асқорыту жүйесінің шырышты қабатының гистологиялық, клинко-иммунологиялық комплексті зерттеуге, экспресс- уреазалық тест және инвазивті емес әдістерге негізделеді.

SUMMARY

This article defines the social-medical significance of covering *Helicobacter pylori* problems by literature associated with guts and stomach pathology among the youth. In clause the literary data, concerning treatments *Helicobacter pylori* - associated gastro-duodenal diseases at teenagers are stated.

Инфекция *Helicobacter pylori* (Hр) считается важнейшим этиопатогенетическим фактором развития заболеваний гастродуоденальной зоны. Достоверная диагностика хеликобактериоза трудоёмка и длительна и включает в себя как инвазивные, так и неинвазивные методы. Она основывается на комплексном клинко-иммунологическом, гистоморфологическом исследовании слизистой оболочки органов пищеварения, экспресс-уреазном тесте и неинвазивных методов. Гастродуоденальная патология - серьёзная медицинская и социальная проблема. В настоящее время инфекция *Helicobacter pylori* (Hр) считается важнейшим этиопатогенетическим фактором развития воспалительных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Инфицирование Hр происходит в большинстве случаев в детском возрасте, а в 20 летнем возрасте частота инфицирования в популяции превышает более 50% [1]. По прогнозам экспертов ВОЗ, в XXI веке распространённость патологии органов пищеварения займет ведущее место. Эпидемиологические исследования, проведенные в различных странах и представленные в литературе, свидетельствуют, что 75-100% случаев возникновения хронических гастритов, 70-80% — случаев язвенной болезни желудка, 80-100% — язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, 30-90% — неязвенной диспепсии обусловлены инфицированием *H. pylori* [2].

За прошедшие годы, с момента открытия Hр, разработано немало методов его диагностики. Среди них есть инвазивные, требующие взятия биоптата слизистой оболочки желудка, и неинвазивные, не требующие этого; прямые (идентифицирующие непосредственно микроорганизм или фрагменты ДНК) и непрямые (идентифицирующие продукты его жизнедеятельности или антитела к нему) методы, проводимые *in vitro* в различных пробах (биоптате, крови, секретах) и *in vivo* после приема внутрь мочевины. Каждый из существующих методов имеет свои преимущества и недостатки, и "идеальный" метод до сих пор не найден.

Бактериологический метод включает в себя несколько этапов, необходимых для идентификации микроба: транспортировку, культивирование, изучение культуры. В настоящее время только при бактериологическом исследовании возможно определение резистентности этого микроорганизма ко всем антибактериальным препаратам, которые используются в схемах противохеликобактерной терапии. Как и любой другой метод диагностики, он обладает и недостатками, которые зачастую ограничивают широкое использование его в клинической практике. К ним, в частности, относятся: необходимость дорогостоящего оборудования лаборатории и реактивов, специальных питательных и транспортных сред, а также наличие специально обученных специалистов. Немаловажным фактором является дороговизна исследований. Результаты бактериологического исследования отсрочены от момента взятия биопсийного материала минимум на 3-5 дней, а при необходимости получения данных о чувствительности Hр к антибактериальным препаратам 6-7 дней. Еще одним недостатком является его инвазивность [3,4]. Гистологический метод позволяет не только обнаружить бактерии, но и определить их расположения и наблюдать взаимоотношения с тканями "хозяина", оценить характер патологического процесса в слизистой оболочке, наличие и выраженность воспаления, атрофии, метаплазии. Поэтому метод признан "золотым стандартом" в диагностике Hр инфекции.

Цитологический метод – простой, быстрый и чувствительный способ диагностики Hр. Оптимизация цитологической диагностики *brush cytology* – получение пристеночной слизи с помощью специальной щетки, входящей в эндоскоп – повышает качество диагностики и снижает число ложноположительных результатов при оценке эрадикации. Биохимический метод обнаружения Hр в биоптате основан на высокой уреазной

активности Нр. В настоящее время существуют различные модификации уреазных тестов – преимущественно на жидкой или гелевой основе (Clo test, Tri-Med, Specialities, Osborne Park, Western Australia), которые просты в использовании, не требуют дополнительных исследований и позволяют с достаточно высокой точностью идентифицировать Нр по изменению цвета индикатора в результате защелачивания среды аммиаком, выделившимся в процессе гидролиза мочевины микробной уреазой. Большинство тестов содержат в качестве индикатора феноловый красный и изменяют свой цвет с желтого на красный, время их срабатывания от 5 минут до 24 часов. Отмечается высокая чувствительность (75-95%) и специфичность (100%).

Обнаружение антигена Нр в кале с помощью поликлональных антител (Premier Platinum Нр SA) стало возможным в последние два года. Для проведения требуется небольшая порция стула, причем пробы могут храниться при температуре -20°C неограниченно долго. При первичной диагностике специфичность 92,8% и высокая чувствительность 93,1% [5,6,7]. Обнаружение антигена Нр с помощью ПЦР возможно не только в биоптате СОЖ, но и в слюне, зубном налете, моче и кале. Метод позволяет обнаруживать микроб в любой форме, в том числе, атипичной, кокковой, а также выявлять различные по токсигенности и антигенной структуре штаммы. Широкое внедрение также затруднено из-за слабой оснащенности лабораторий и довольно высокой стоимости. Дыхательные методы – неинвазивные – являются по сути биохимическими тестами *in vivo*, так как основаны на регистрации в выдыхаемом воздухе продуктов гидролиза мочевины уреазой Нр – углерода, входящего в состав углекислого газа, или аммиака. В зависимости от этого их можно подразделить на 2 подгруппы: углеродные и аммиачные. Углеродные дыхательные тесты основаны на исследовании в выдыхаемом воздухе пациента атомов углерода C13 после приема порции мочевины, меченой этими изотопами. Метод признан "золотым стандартом" среди неинвазивных. Однако его чувствительность зависит от возраста [8,9].

Таким образом, при обращении к врачу с определенными жалобами, наводящими на мысль о хроническом заболевании желудка и двенадцатиперстной кишки, больной должен обследоваться эндоскопически. Используются параллельно не менее двух инвазивных тестов, или сочетание инвазивного и неинвазивного методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка. Краткое практическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. С.144.
2. Корниенко Е.А. Клиника, диагностика и лечение *Helicobacter pylori*-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний у детей: автореф. дисс. ...докт., 1999. С. 32.
3. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада X", 1998. С.483 .
4. Морозов И.А. Морфологические аспекты *Helicobacter pylori* -инфекции в желудке.- Материалы V сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. -Омск, -1997. -С.62-66. 2001. –С.19-23.
5. Rao G.G., O'Donohue J., Mahankali Rao C.S., Fidler H. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. Development of resistance to antibiotics used must be avoided // *BMJ*. -2000. -V.320. -№7248. -P. 1540.
6. Ballam L.D., Mendall M.A., Asante M. et al. Western blotting is useful in the salivary diagnosis of *Helicobacter pylori* infection // *J Clin Pathol*.-2000. -V.53. -№4. -P. 314-317.
7. Ohkura, R., Miwa D. et al. Usefulness of a novel enzyme immunoassay for the detection of *Helicobacter pylori* in feces // *Scand. J. Gastroenterol*. -2000. -V.35. -№1. -P. 49-53.
8. Rothenbacher D., Bode G., Brenner H. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection with a novel stool antigen-based assay in children. // *Pediatr Infect Dis J*. -2000. -V. 19. -№4. -P. 364-366.
9. Ивашкин В.Т., Никитина Е.И., Селиванов Ю.Г., Степанов Е.В. Диагностика инфекции *Helicobacter pylori* с применением ¹³C-уреазного дыхательного теста: сопоставление данных диодной лазерной спектроскопии и масс-спектрометрии // *Росс.ж.гастр., гепат., колопрокт.*, -1998. -№5(VIII). -С. 66.

УДК 618.3: 616.43

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

С. Р. Юсупова
ОКДМЦ, г. Тараз

ТҮЙІН

Жүктілік кезінде, ананың, не баланың жемсауының дамуы йод тапшылығының мөлшеріне тікелей байланысты. Ас тұзын және басқа тағамдарды йодтау – дерттің алдын алудың ең тиімді, сонымен қатар арзан түрі. Жүктілік пен бала емізу кезеңінде және жалпы йодтық тапшылықтың алдын алу мақсатында йод препараттарын тағайындау керек.

SUMMARY

Development of goitre during pregnancy, as for the mother and the fetus is directly related to the degree of iodine deficiency. The most effective and cheapest method is the mass iodine prophylaxis, which consists of iodized salt

and other products. With the purpose of individual and group iodine we have to prepare medicines for prophylaxis iodine deficiency throughout pregnancy and lactation: 200 micrograms, for infants – 25 mg, for 1-3 years-old – 50 mg, for 3-6 years-old – 75 mg, for 6-12 years-old and elder people – 100 mg, for adolescents and adults – 150 mg.

Йододефицитные заболевания (ЙДЗ) являются серьезной проблемой здравоохранения во многих регионах мира. Согласно данным ВОЗ (1991 г.) 1570 млн. человек (30% населения мира) имеют риск развития ЙДЗ, в том числе более 500 млн. людей проживает в регионах с тяжелым дефицитом йода и высокой распространенностью эндемического зоба. Около 20 млн. человек имеют умственную отсталость вследствие дефицита йода. Спектр ЙДЗ весьма широк, тем не менее, наиболее тяжелые из них напрямую связаны с нарушениями репродуктивной функции или развиваются перинатально: врожденные аномалии, эндемический кретинизм, неонатальный зоб, гипотериоз, снижение фертильности. По рекомендации ВОЗ суточная потребность взрослого составляет 150 мкг йода в день и 200 мкг йода в день для беременных.

Практически на всей территории Казахстана реальное потребление йода составляет не более 30-50 мкг в день, что соответствует как минимум умеренному дефициту йода или средней тяжести йододефицитных состояний. Умеренный дефицит йода наиболее четко охарактеризован как «скрытый голод». Действительно, распространенность клинически манифестного гипотиреоза, который является крайним проявлением йодным недостаточности, в регионах с умеренным йодным дефицитом может не превышать таковую в регионах с нормальным обеспечением йодом. Тем не менее, показатели умственного развития населения, проживающего в регионах йодной недостаточности достоверно (на 15-20%) ниже таковых в регионах без дефицита йода. Наиболее вероятной причиной этого является неблагоприятное воздействие даже умеренного йододефицитного состояния в период формирования центральной нервной системы, в первую очередь, во время беременности и перинатальном периоде. Беременность как наиболее мощный фактор, потенцирующий влияние дефицита йода на организм как матери, так и плода, является пусковым фактором йодного «обкрадывания» и приводит к состоянию относительного дефицита йода. Беременность сопровождается воздействием комплекса специфических для этого состояния факторов, которые в сумме приводят к значительной стимуляции щитовидной железы беременной. Такими специфическими факторами являются гиперпродукция хорионического гонадотропина, эстрогенов и тироксинсвязывающего глобулина, увеличение почечного клиренса йода и изменение метаболизма тиреоидных гормонов матери в связи с активным функционированием фетоплацентарного комплекса. Первым фактором, воздействующим преимущественно в первом триместре беременности и приводящим к транзиторной стимуляции щитовидной железы, является хорионический гонадотропин. ХГ по структуре подобен тиреотропному гормону (ТТГ): гормоны имеют одинаковую по структуре субъединицу и специфичны / 3-субъединицы.

Еще одним фактором, усугубляющим йододефицитное состояние при беременности, является увеличение объема почечного кровотока и гломерулярной фильтрации, что приводит к увеличению почечного клиренса йода. Поступающий в организм матери йод, кроме того, используется на синтез тиреоидных гормонов у плода, которые ему абсолютно необходимы для адекватного формирования центральной нервной системы, скелета, а фактически для обеспечения синтеза белка практически в любой клетке. Закладка щитовидной железы у плода происходит на 4-5-й неделе внутриутробного развития, на 10-12-й неделе щитовидная железа плода полностью дифференцирована и активно функционирует. Во второй половине беременности принципиальным дополнительным фактором гиперстимуляции щитовидной железы является изменение метаболизма тиреоидных гормонов, обусловленное формированием и функционированием фетоплацентарного комплекса. Снижение поступления йода во время беременности приводят к хронической стимуляции щитовидной железы, относительной гипотироксинемии и формированию зоба как у матери, так и плода.

Материалы и методы. Обследовано 30 беременных женщин. В клинической картине ЙДЗ характерными были следующие жалобы: периодическое чувство нехватки воздуха (65%); сердцебиение (50%); головная боль (30%); нервозность, раздражительность (50%). На основании клинических данных и степени увеличения щитовидной железы беременные женщины ЙДЗ распределены следующим образом: зоб 1 «А» степени, диагностировано – 75%, зоб 1 «Б» степени – 16%, зоб 2 степени – 9%. Помимо УЗИ щитовидной железы, всем беременным женщинам определялись гормоны щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, ант.кТПО, ант. к ТТГ).

Результаты и обсуждения. Анализируя результаты УЗИ щитовидной железы беременных женщин было выделено 3 группы: 1 группа – щитовидная железа не увеличена при УЗИ обследовании (9 беременных женщин, 30%); 2 группа – увеличение щитовидной железы 1 и 2 степени (21 беременная женщина, 70%); 3 группа – увеличение щитовидной железы и узловое образования (3 из 21 беременных женщин).

На основании анализа результатов гормонального исследования беременных женщин было выявлено: ТТГ в 20% случаев повышено, в остальных случаях содержание гормонов щитовидной железы в пределах нормы.

Выводы. Развитие зоба во время беременности как у матери, так и у плода напрямую коррелирует со степенью йодного дефицита. Наиболее эффективным и дешевым методом является массовая йодная профилактика, которая заключается в йодировании пищевой соли и других продуктов.

С целью индивидуальной и групповой йодной профилактики в течении всего срока беременности и лактации необходимо широкое назначение препаратов йода - 200 мкг, грудным детям – 25 мкг, от 1 до 3 лет – 50 мкг, от 3 до 6 лет – 75 мкг, от 6 до 12 лет и пожилым – 100 мкг, подросткам и взрослым – 150 мкг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Йододефицитные заболевания. Сборник научных статей. –Алматы.- 2002.-48с.
2. Базарбекова Р. Б., Зельцер М. Е. Эндокриндік бездер аурулары. Кітапта: Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин. Балалар аурулары.-Алматы: «Білім» - 1997-б. 387-440.
3. Glinoe D., De Nayer P., Delange F. Etal. A randomized trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: maternal and neonatal effects. // J clin Endocrinol Metab, 1995, vol. 80, p 258-269.
4. Glinoe D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. // Endocr Rev, 1997, vol. 18, p 404-433.

УДК 616.379-008.64:615.252.343.7

МЕТФОРМИНЫ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

С. Р. Юсупова
ОКДМЦ, г. Тараз

ТҮЙІН

Глюкофаж – метаболкалық синдромының емінің негізі. Глюкофаж – метаболкалық синдромының негізгі даму қауып қатер факторларына әсеретеді: инсулинге резистенттілікті төмендетеді, липидтердің профилін азайтады.

SUMMARY

Glukofazh – is the main type of the patient cure with metabolic syndrome. Glukofazh affects the major risk factors for metabolic syndrome and pre-diabetes: reduces insulin resistance, decreases the profiles of lipids.

Представитель группы бигуанидов – метформин, представленный оригинальным препаратом ГЛЮКОФАЖ (Nucomed), является в настоящее время единственным пероральным антидиабетическим препаратом, который улучшает макрососудистые показатели у больных СД 2 типа, что подтверждено в долгосрочном исследовании СД в Великобритании (исследование UKPDS). Сахароснижающее действие метформина обусловлено несколькими механизмами. Первый механизм связан с уменьшением повышенной продукции глюкозы печенью за счет ингибирования глюконеогенеза посредством угнетения окисления СЖК и липидов. С другой стороны, повышается утилизация глюкозы на периферию вследствие активирования рецепторных механизмов действия инсулина с нормализацией активности тирозинкиназы инсулинового рецептора и улучшением транспорта глюкозы глюкозными транспортерами GLUT-1 и GLUT-4, количество которых под действием метформина повышается в плазмической мембране адипоцитов, моноцитов, в эндотелии и гладких мышцах сосудов, кардиомиоцитов.

Кроме того, метформин обладает слабым анорексигенным эффектом периферического типа вследствие прямого контакта со слизистой кишечника. Несомненно, важным достоинством метформина является замедление всасывания углеводов в кишечнике, что ведет к сглаживанию пиков гликемии после еды. Ввиду того, что при лечении метформином содержание глюкозы в крови не снижается ниже нормального ее уровня, у пациентов отсутствуют гипогликемические состояния. Все выше перечисленное оказывает влияние на то, что у больных, находящихся на лечении метформином, наблюдается снижение массы тела преимущественно за счет уменьшения жировой ткани, в противоположность тому, что может иметь место при передозировке сульфонилмочевинных препаратов и инсулина. Снижение массы тела наблюдается не только у больных СД 2 типа, но и лиц с висцерально-абдоминальным ожирением без СД.б. Эффективность Глюкофажа и достоверное снижение частоты развития сердечнососудистых осложнений СД и смертности доказаны в исследовании UKPDS (1998). Терапия Глюкофажем у лиц с избыточной массой тела снижала риск всех диабетических сосудистых осложнений на 32%, смертность от СД – на 42%, от инфаркта миокарда – на 39%.

Материалы исследования. Обследовано 68 пациентов с метаболическим синдромом. Результаты клинических исследований по изучению эффективности метформина документируют снижение уровня глюкозы натощак на 3,0-3,5 ммоль/л, гликированного гемоглобина – на 1,0-1,7% у пациентов с плохим контролем диабета. Результаты применения метформина у 68 пациентов с СД 2 типа продемонстрировали снижение концентрации глюкозы натощак на 2,5 ммоль/л и уровня гликированного гемоглобина – на 1,0%, на степень снижения данных показателей не влияли возраст больных, этническая принадлежность, стаж диабета, ИМТ, уровни инсулина и С-пептида. После 14- 15 недель терапии метформином в дозе 500 и 2000 мг в сутки доля гликированного гемоглобина снизилась на 0,5% и 1,0% соответственно.

Терапия метформинотом сопровождалась значимыми благоприятными эффектами изменения липидного спектра крови. В среднем холестерин липопротеидов низкой плотности по результатам ряда исследований снижался на 10-15%, в то время как холестерин липопротеидов высокой плотности практически не менялся или незначительно повышался, отмечалось уменьшение триглицеридов при исходной гипертриглицеридемии. Преимуществом метформина при лечении МС является доказанное снижение уровня постпрандиальной липемии, снижение концентрации уровня жирных кислот в плазме, наряду со снижением степени их окисления.

В последние годы установлено, что под влиянием метформина у больных СД 2 типа повышается исходно сниженный фибринолиз, являющийся дополнительным фактором риска тромбообразования и сосудистых осложнений СД. Основным механизмом действия метформина на повышение фибринолиза является снижение уровня ингибитора активатора плазминогена – 1, что имеет место у больных СД 2 типа вне зависимости от дозы препарата.

Выводы. Глюкофаж – препарат первого выбора при лечении больных с метаболическим синдромом. Глюкофаж влияет на основные факторы риска развития метаболического синдрома и пре-диабета: снижает инсулинорезистентность, улучшает профиль липидов, способствует снижению массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. DeFronzo R.A., Bazilaj N., Simonson D. C. Efficacy of Metformin in patient with non-insulin dependent diabetes mellitus.
2. Garber A. J., Duncan T. G., Goodman A. M., et al. Efficacy of metformin in type II diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled, dose response trial.
3. Nagi D., Yudkin J. S. Effects of metformin on insulin resistance risk factors for cardiovascular disease and plasminogen and plasminogen activator inhibitor in NIDDM subjects.
4. Шалхарова Ж. С. Метаболический синдром: эпидемиология, диагностика, клиника и лечение. Алматы, 2006, 274 с.
5. Dorella M., Guisto M., Da tos V., et al. Improvement of insuli sensitivity my metformin treatmnt does not lower blood plessure of nonobese insulin-resistant hypertensive patients with normal glucose tolerance. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1996, V.81, P. 1568-1574.
6. К.П.Ошакбаев. Клинический менеджмент при метаболическом синдроме (практическое руководство). –Алматы 2007.

УДК 617.441-008.64

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ

С. Р. Юсупова
ОКДМЦ, г. Тараз

ТҮЙІН

Субклиникалық гипотиреозда тиреотропин мөлшері жоғары, тиреоид гормондар деңгейі қалыпты толуы тиіс. Субклиникалық гипотиреоз емінің негізі – Эутирокс.

SUMMARY

Subclinical hypothyroidism is characterized by normal level of thyroid hormones in combination with moderately increased level of TSH. The drug for treatment of subclinical hypothyroidism is Eutiroks (Nycomed).

Субклинический гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный стойким пограничным снижением уровня тиреоидных гормонов в организме, при котором определяется нормальный уровень тиреоидных гормонов в сочетании с умеренно повышенным уровнем ТТГ. Значительное повышение уровня ТТГ, при нормальном уровне Т4, свидетельствует о явном гипотиреозе. Уровень ТТГ более чувствительно отражает функцию щитовидной железы и является тестом первого уровня для ее исследования. Гипотиреоз по степени тяжести подразделяется на: Субклинический (уровень ТТГ повышен, уровень Т4 в N). Манифестный (уровень ТТГ повышен, уровень Т4 снижен). Компенсированный. Декомпенсированный. Осложненный (кретинизм, сердечная недостаточность, выпот в серозные оболочки, вторичная аденома гипофиза). Эпидемиология. Он примерно в 3 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Распространенность скрытого гипотиреоза увеличивается с возрастом. Так у женщин 40 лет обнаруживается в 4,3%, а в возрасте 50-60 лет – в 5-9% случаев.

Диагностика. Проста и конкретна. Единственный критерий, на основании которого ставят этот диагноз – нормальный уровень Т4 и умеренно повышенный уровень ТТГ от 4,01-10 м ЕД/л при норме 0,4-4 м ЕД/л.

Этиология. Разнообразна и совпадает с таковой для манифестного гипотиреоза. В большинстве случаев развивается в исходе аутоиммунного тиреоидита. Другими причинами скрытого гипотиреоза могут быть ранее перенесенная операция на щитовидной железе или лечение радиоактивным йодом по поводу тиреотоксикоза. Развивается вследствие вовлечения щитовидной железы в патологический процесс при заболеваниях соседних органов (карцинома гортани), после радиотерапии по поводу злокачественной опухоли головы и шеи. У лиц с явным аутоиммунным тиреоидитом прием йодсодержащих препаратов (амиодарон, йодид калия) может ускорить манифестация скрытого гипотиреоза.

Клиника. О клинической картине скрытого гипотиреоза можно говорить ретроспективно, поскольку, как правило, выраженная клиническая симптоматика отсутствует либо она специфична. При скрытом гипотиреозе выявлены нарушения со стороны многих органов и систем.

Нервная система. Чаще всего страдает эмоциональная сфера: подавленное настроение, выраженная депрессия, необъяснимая тоска. Снижается познавательная функция, ухудшается память, внимание, явно или скрытно снижается интеллект. Сердечно-сосудистая система и липидный обмен. Повышен уровень ЛПНП,

триглицеридов, общего холестерина, снижен уровень ЛПВН. Нарушение ритма и проводимости, могут быть безболевые ишемии миокарда.

Репродуктивная система. Нарушение менструальной функции, бесплодие. Изменение других органов и систем. Гипохромная анемия.

Лечение. Многие авторы не рекомендуют назначать тироксин при бессимптомном гипотиреозе, а предпочитают наблюдение за пациентом, проверяя функцию щитовидной железы каждые 5-6 месяцев. Заместительная терапия назначается в том случае, когда на фоне дальнейшего повышения уровня ТТГ снижается уровень Т4 и появляются четкие клинические признаки гипотиреоза.

Материалы и методы. Пролечено 35 больных с субклиническим гипотиреозом эутироксом в дозе от 25 мкг до 100 мкг.

Результаты и обсуждения. Все пролеченные больные отмечают улучшение самочувствия: уменьшение слабости, утомляемости, повышение настроения и жизненного тонуса.

Выводы. Для субклинического гипотиреоза характерен нормальный уровень тиреоидных гормонов в сочетании с умеренно повышенным уровнем ТТГ. Препарат выбора для лечения субклинического гипотиреоза – эутирокс (Никомед).

ЛИТЕРАТУРА

1. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А. «Гипотиреоз (руководство для врачей)». //М., «РКИ Соверо пресс», 2002.
2. Glinoe D., Riahi M., Gruen J. P., Kinthaert J. Risk of subclinical hypothyroidism in pregnant women with asymptomatic autoimmune thyroid disorders. // Expert Opin Pharmacother, 2008, vol. 9, p. 421-427.
3. Зельцер М. Е. Избранные вопросы клинической тиреологии. Лекции. – Алматы. – 2003. – 24 с.
4. Болезни щитовидной железы. Под ред. Л. И. Бравермана.- М., Медицина, 200, стр. 55-78; 359-401.

УДК 616-089.855 - 07

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Б. О. Жармакина

Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

ТҮЙІН

Қосымша аурулары бар науқастарда ауқымды операцияларды жасау барлық уақытта едәуір қиыншылық туғызады. Қазіргі кезде реаниматология мен интенсивті терапияның жетістіктері фатальды циркуляциялық бұзылуларды болдырмау ідістерді қолдануда. Бірақ соған қарамастан хирургиялық аурулардың арасында летальдық жағдайдың үлесі өте үлкен (5%-ға дейін).

SUMMARY

Performance of traumatic operations on patients with an extra illness is very hard. Nowadays the methods of reanimatology and the advances of intensive therapy are used to reduce fatal circulatory failures. But despite of that there are many types of fatal incidents among surgery patients.

Если ранее выполнение травматических операций у больных с сопутствующей патологией являлось чрезвычайно рискованным, то на сегодняшний день успехи реаниматологии и интенсивной терапии дают все больше шансов на благоприятный исход у больных с высоким риском развития фатальных циркуляторных расстройств [1, 2]. Однако, несмотря на привлечение всего арсенала современных диагностических методов, в абдоминальной хирургии остается достаточно высокая летальность (до 5%) и значительное количество нефатальных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [2, 3]. Усложненная система использования современных диагностических методов не решила проблему снижения летальности и профилактики периоперационных осложнений [2, 4, 5]. Еще менее отразилось использование современных дорогостоящих диагностических методов на решение проблемы индивидуального прогноза. Обсуждается вопрос о значимых интраоперационных колебаниях гемодинамики у хирургических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца, какие из них необратимы и какие могут быть предикторами послеоперационных осложнений [2, 5]. Анестезиологическое обеспечение экстренных операций – это важнейшая часть неотложной медицины. Экстренная анестезиология подразумевает круглосуточный характер работы, увеличение потока больных в вечернее и ночное время, ограниченные возможности обследования и консультаций со специалистами и более опытными коллегами. Ситуацию в последние годы осложняют повышение уровня заболеваемости и травматизма.

При экстренном оперативном вмешательстве первичный осмотр анестезиолога, дополнительное обследование и лечебные мероприятия (в том числе реанимационные) могут проводиться одновременно. Острое течение патологического процесса снижает адаптационные возможности организма, что быстро приводит к системным расстройствам, определяющим тяжесть состояния пациента и тактику его ведения [2, 4]. К особой категории сложности при экстренных операциях необходимо отнести проблемы "полного желудка",

наркотического и алкогольного опьянения, массивной предоперационной кровопотери, переохлаждения, которые редко встречаются при плановых вмешательствах [1, 4].

Чаще всего анестезиолог осматривает экстренного больного в операционном блоке или отделении реанимации. Наиболее сложной представляется ситуация, когда пациент поступает сразу в операционный блок и предполагаемое оперативное вмешательство должно носить реанимационный характер. Первичный осмотр и обследование должна завершать оценка риска анестезии и операции, для которой используют общепринятые шкалы –Американского общества анестезиологов или ASA. В экстренной хирургии использовать другие шкалы для оценки тяжести состояния и/или повреждения зачастую невозможно, так как требуется время для дополнительных исследований. Необходимо выделить группу больных с травмами и заболеваниями, которые поступают в операционную в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. У этой группы больных значительно увеличивается риск регургитации и аспирации желудочным содержимым при интубации трахеи, метаболических и водно-электролитных нарушений в периоперационном периоде, гемодинамической нестабильности и опасных нарушений ритма. У них желательнее провести максимально возможную коррекцию имеющихся нарушений гомеостаза до операции, так как оперативное вмешательство часто вызывает декомпенсацию жизненно важных функций организма.

При подготовке к экстренной операции большое значение имеет сотрудничество между анестезиологами-реаниматологами, хирургами и специалистами других служб, которое позволяет оптимизировать действия персонала. Периоперационные осложнения и летальность могут быть сопряжены с предоперационным состоянием больного, хирургическим вмешательством и анестезией. Классификация ASA позволяет количественно оценить риск периоперационных осложнений в зависимости от предоперационного состояния больного. В некоторых исследованиях предпринимались попытки количественной оценки риска в зависимости от отдельных состояний и заболеваний (например, от предшествующего инфаркта миокарда). Отметим, что любая схема, не учитывающая характера операции и вида анестезии, не позволяет достаточно полно оценить периоперационный риск. Так, у больного с инфарктом миокарда в анамнезе (3 класс по ASA) резекция легкого сопряжена с большим риском осложнений, нежели операция по поводу паховой грыжи. Прием пищи незадолго до операции повышает риск периоперационных осложнений.

Правильный выбор метода обезболивания во многом определяет успех лечения больного. В современной экстренной анестезиологии необходимо использовать все существующие методы общего и регионарного обезболивания, разнообразные современные медикаментозные средства. По данным больницы скорой медицинской помощи г.Шымкента (ШГБСМП) ежемесячно проводится около 500 – 600 анестезий, такое большое количество анестезий объясняется тем, что в ШГБСМП г.Шымкента сконцентрированы практически все специализированные хирургические отделения (2 хирургических отделения по 50 коек, 2 нейрохирургических отделения по 50 коек, экстренная гинекология на 50 коек, экстренная урология на 30 коек, отделение экстренной травматологии на 50 коек, отделение челюстно-лицевой хирургии на 25 коек и хозрасчетное хирургическое отделение на 10 коек) и где круглосуточно дежурит хирургическая, гинекологическая, урологическая, нейрохирургическая бригады. Наиболее часто экстренные операции выполняются в связи с патологией органов брюшной полости.

Риск анестезии III класса и выше по ASA отмечают у 54% больных. Суммарную кровопотерю более 1 л регистрируют у 22% экстренно оперируемых пациентов. В состоянии шока в операционную поступает около 5,2% больных. Около 79% экстренных операций проходят в условиях современной многокомпонентной анестезии и управляемой ИВЛ. 11% экстренных вмешательств осуществляют с сохранением спонтанного дыхания пациентов, при этом применяется внутривенная анестезия, а также сочетание местной инфильтрационной анестезии с различными вариантами внутривенного потенцирования. Регионарная анестезия в условиях экстренной операционной, применяется довольно редко, что связано с исходно тяжелым состоянием поступающих пациентов (шок различного генеза, некомпенсированная гиповолемия), ограниченное время предоперационной подготовки, большое количество пациентов с повреждением нескольких областей тела. Анестезиологическая служба ШГБСМП оказывает экстренное анестезиологическое пособие при самых разнообразных операциях по поводу заболеваний и травм органов грудной и брюшной полостей, головного и спинного мозга, травм опорно-двигательного аппарата и тяжелой сочетанной травмы, экстренные гинекологическое операции, заболевания и травмы мочеполовой системы, травмы лица и костей черепа.

В условиях возрастающего потока экстренно оперируемых тяжелых больных нам удается сохранять операционную летальность на уровне 0,6%. Количество анестезиологических осложнений не превышает 0,2%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брагищев И. В., Молчанов И. В. // Вестник интенсивной терапии. 2005. № 6. С. 7-11.
2. Буров Н.Е., Волков О.И. // Клиническая анестезиология и реаниматология. 2004. Т. 1, № 2. С. 68-74.
3. Бутров А. В. Экстренная анестезиология. М., 1990.
4. Гаврилин С.В., Герасимов Г. Л., Бояринцев В.В., Лопата В.И. // Клиническая анестезиология и реаниматология. 2005. № 4. С. 26-29.
5. Егоров В. М., Елькин И. О., Блохина С. И. и др. // Вестник интенсивной терапии. 2006. № 6. С. 16-19.

УДК 616.001.85-615

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ***Б.О. Жармакина**Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Сонғы онжылдық көбінесе өліммен бітетін (50%-ға дейін) көптеген ауыр кешенді-қосарланған жарақаттармен ерекшелінеді. Осылардың ішінде 13-40% ауруларда кешенді-қосарланған сүйек сынықтары кездеседі. Науқастардың жалпы ауыр жағдайы іш пен басқа мүшелердің зақымдануын жауып, клиникалық көріністі өзгертіп тұрады. Мысалы, жамбас пен құрсақ мүшелерінің зақымдануы ауыр өтеді. Сондықтан ішкі мүшелердің, әсіресе паренхиматозды және қуықтың, жарақаттары кезінде оперативтік іс-шаралар жылдам және аэтравмалық болуы тиіс.

SUMMARY

Recent decades are characterized by a significant increase in the number of severe multiple and associated injuries which fatal (15,0-50,0%). Among this category of victims associated fractures are recorded in 13-40% of these ave. About 13-40%, patients of fractures.

Total serious diseases of patients diseases of caver abdominal, and ather rillnesses, and change the clinical view of the disease to pelvic and abdominal organs. Passes hardly. Because of that of these is a damage of internal organs, especially parenchyma and bladder, the intervention must be quick and less traumatic.

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом числа тяжелых множественных и сочетанных травм, которые заканчиваются летальным исходом (15,0% - 50,0 %) [1,2]. Как свидетельствует клинический опыт, подобная картина обусловлена тем, что при множественных и сочетанных травмах чрезвычайно высок удельный вес больных в состоянии травматического шока и острой массивной кровопотери. Диагноз «политравма» в первую очередь встречается после ДТП (в 55,0% случаев), во время отдыха или после производственных травм (24,0%), и в результате падений с высоты (14,0%) [3,4]. При анализе данных травм самые сложные типы травм встречаются после ДТП (57%), из них повреждения грудной клетки в 45%, в 39% – ЧМТ, и в 69% – ранения конечностей. Примерно в 15-30% случаев политравма сопровождалась повреждениями позвоночника. Поэтому у каждого пациента в бессознательном состоянии следует предполагать травму позвоночника до тех пор, пока не будет доказано обратное. В настоящее время в Казахстане и за рубежом среди причин смертности, травмы устойчиво занимают 3-е место, уступая лишь болезням системы кровообращения и цереброваскулярным заболеваниям. Причем на решение проблем последних двух в нашей стране выделяются достаточные материальные средства – закупается оборудование, проводится обучение медицинского персонала. По оценкам ВОЗ, в европейском регионе от несчастных случаев (травм, падений, отравлений, ожогов) умирают более полумиллиона человек.

Несмотря на то, что тяжелые сочетанные травмы составляют лишь около 2% от всех травм, именно они определяют в основном уровень смертности и являются причиной 35% летальных исходов [1]. По данным некоторых авторов 52% летальных исходов при политравмах наступают на месте происшествия, 7% – при транспортировке пострадавших, 3% – в приемном отделении и 38% – в стационаре. Важнейшими принципами оказания медицинской помощи при политравмах на догоспитальном этапе являются: 1) приоритетное значение фактора времени (минимизация времени от момента получения травмы до оказания помощи), 2) скорейшее устранение жизнеугрожающих нарушений витальных функций, 3) приоритет синдромального подхода к диагностике и объему оказываемой помощи, 4) преемственность стандартов и объема оказания помощи на догоспитальном этапе с госпитальным звеном.

Основное лечение пострадавшего начинается в стационаре. Оказание медицинской помощи при поступлении пострадавших с тяжелой сочетанной травмой всегда носит экстренный характер. При поступлении в стационар больных с политравмами в начале лечения перед врачом встают три основные задачи: выявление наиболее тяжелых повреждений, доминирующе влияющих на общее состояние пострадавшего; безотлагательное проведение противошоковых, а иногда и реанимационных мероприятий; выработка оптимального плана лечебных мероприятий, сроков и объема хирургических вмешательств. От выбора правильной тактики лечения зависит благоприятный исход заболевания. На протяжении последних лет основным требованием при поступлении пострадавшего с сочетанной травмой, это максимальное сокращение времени пребывания пострадавшего в приемном отделении и проведение предоперационной подготовки в условиях операционной. Этим самым удалось добиться от дежурной смены взаимодействия, которое направлено на максимальное сокращение времени от поступления пострадавшего в стационар до начала интенсивной терапии и оперативного вмешательства. Все диагностические и лечебные мероприятия проходят в условиях операционной. Там, в первую очередь проводится катетеризация центральных вен, начинается инфузионная терапия и обезболивание. Все необходимые обследования (рентгенография органов грудной и брюшной полостей, ЭКГ, забор крови с немедленным определением группы и резус-фактора, газы крови, КЩС

ит. д.) проводятся в условиях операционной, на фоне проводимой интенсивной терапии. Время, необходимое на обработку полученной информации, используется для проведения противошоковой терапии, выбора метода обезболивания и подготовки к проведению оперативного вмешательства. Диагностические данные интерпретируются бригадой хирургов и анестезиологов, уже находящихся в операционной и готовых к проведению оперативных вмешательств.

За 9 месяцев 2009 года в Южно-Казахстанской области зарегистрировано 13476 случаев травм и отравлений; из них – дети до 14 лет – 3661, подростки – 1092, взрослых – 80722 (за 2008 года – 13550, из них – дети 3428, подростки – 1393, взрослых – 8729; за 2008 год всего – 92071; из них дети до 14 лет – 23071; подростки – 10035; взрослые – 58965); По области за 10 месяцев 2009 года зафиксировано 1939 ДТП; раненых – 2443; погибших – 431, из них в стационарах умерло – 195 (в 2008 году за аналогичный период 2150 случаев ДТП; раненых – 2753; погибло – 439). По данным больницы скорой медицинской помощи г.Шымкента (ШГБСМП) за 2009 год в стационар по поводу травм опорно-двигательного аппарата поступило 1243 больных, из них с политравмой поступило 188 пациентов, что составило 15,1% от общего числа травматологических больных. Летальность составила 18 (1,4%) от общего числа больных, причем из 188 пациентов с политравмой летальность наступила у 15 больных, 8,0%.

По причине полученных травм 132 (70,2%) больных с политравмами – автодорожные, 32 больных получили сочетанные травмы в результате алкогольного опьянения, 17,0%, кататравма у 19 (10,1%), бытовые и прочие причины – 5 (2,6%). Мужчин было 119 (63,3%), женщин 66 (36,7%). Локализация у больных с политравмами травм опорно-двигательного аппарата – перелом диафиза бедра 42 (22,3%), латеральные переломы бедра 38 (20,2%), мышелки 2 (1,1%), шейка бедра 14 (7,4%), переломы костей голени 120 (63,8%), переломы плечевой кости 55 (29,3%), переломы ключицы 13 (6,9%), переломы костей таза 33 (17,5%), сочетание переломов опорно-двигательного аппарата у больных с черепно-мозговыми травмами – 72 (38,3%) больных, повреждение внутренних органов в сочетании с повреждением опорно-двигательного аппарата отмечается у 34 (18,0%) больных, встречались такие повреждения как разрыв мочевого пузыря, гемоторакс и пневмоторакс, разрыв печени, селезенки. Основной контингент пострадавших был молодого и трудоспособного возраста, т.к. 66,5% больных с политравмами, лица возрастом до 40 лет. Основная часть пострадавших с сочетанной травмой доставлены в реанимационное отделение ШГБСМП 137 (72,8%) больных, остальные 51 (27,1%) пациент поступили в травматологическое отделение в отсроченном периоде по линии санитарной авиации или доставлены родственниками из различных регионов. В остром периоде при сочетанных травмах в приемном отделении проводится осмотр несколькими специалистами (хирург, травматолог, нейрохирург, реаниматолог) если состояние больного тяжелое, то госпитализируется в реанимационное отделение, где проводится полное обследование, противошоковые мероприятия, оказывается полноценная медицинская помощь. В первую очередь производят операции на брюшной полости, черепе, проводят дренирование плевральной полости для купирования пневмогемоторакса.

На реанимационном этапе произведен лапароцентез по поводу сочетанных повреждений в 27 случаях, из них 17 больных оперированы с различными повреждениями внутренних органов. У 18 больных наложен торакоцентез при гемопневмотораксе с дренированием плевральной полости по Бюлау.

У 23 больных с ушибами головного мозга с наличием субдуральных и эпидуральных, внутримозговых гематом выполнены декомпрессивные трепанации черепа с удалением гематом. Оперативное вмешательство и адекватное анестезиологическое обеспечение, проводимое пострадавшему, являются основными противошоковыми мероприятиями, позволяющими снизить число осложнений и летальность на госпитальном этапе. В силу этого проводимое анестезиологическое пособие должно обеспечивать не только защиту пострадавшего от операционного стресса, но и являться основным компонентом интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы, направленным на как можно ранее устранение витальных нарушений и профилактику возможных осложнений. Создание стандартов оказания помощи на месте происшествия, в ходе транспортировки и на госпитальном этапе, на наш взгляд, может привести к улучшению ситуации в лечении сочетанных травматических повреждений. Актуальность этой проблемы, которая выходит далеко за рамки одной специальности (даже такой обширной, как анестезиология-реанимация), не вызывает сомнения и эта работа скорее приглашение к обсуждению тактики анестезиологического обеспечения тяжелой сочетанной травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зильбер А.П. Медицина критических состояний: общие проблемы. –Петрозаводск, 1995.
2. Ватгное К Д., Оспанов К.Т., и соавт. Хирургическая тактика при сочетанных и множественных переломах бедра и голени // Материалы Казахстанского - Германского симпозиума. – Астана, 2000. – С. 148-152.
3. Кичин В.В. Анестезия и респираторная терапия у пострадавших с острым паренхиматозным повреждением легких, развившимся в результате ТСТ: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.
4. Руденко М.И., Пасько В. Г., Андрушкин В. Н., Филиппов А. С. // Специализированная медицинская помощь в экстремальных ситуациях. – М., 1990. – С. 18-21.

УДК 616.01-06.21

**ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ***С.И. Хашимов**Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Лапараскопиялық холецистэктомиялардың артықшылықтарына қарамастан, пневмоперитонеум кезінде ауруларда, әсіресе жүректің ишемиялық ауруымен ауыратын адамдарда, операциялық қауіптің жоғарылауы байқалады. Мақалада жүректің ишемиялық аурулары бар науқастардың лапараскопиялық холецистэктомиясыны алдындағы анестезиологиялық дайындық шараларының оптималды түрі көрсетілген.

SUMMARY

In the given publication feature preoperation performance tactics of laparoscopic cholecistectomy at sick of an ischemic heart trouble with representation of an optimum kind анестезиологического grants was defined. Along with conclusive advantages of laparoscopic cholecistectomy, arising during time pneumoperitoneum pathophysiological shifts, raise operational risk, especially at sick of an ischemic heart trouble.

С внедрением в клиническую практику эндовидеохирургической техники лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала "золотым стандартом" в лечении калькулезного холецистита [1, 2]. Исследования, проведенные за последние 30 лет показали, что экстренное хирургическое вмешательство при остром холецистите практически так же безопасно, как и плановая холецистэктомия. Острый холецистит – наиболее частое (15-20%) осложнение желчнокаменной болезни [2, 3], он занимает второе место среди всех заболеваний в ургентной хирургии. Наряду с неоспоримыми преимуществами лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭК), возникающие во время пневмоперитонеума патофизиологические сдвиги, в первую очередь, со стороны кардио-васкулярной системы повышают операционный риск, особенно у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель работы: определить особенности периоперативной тактики выполнения ЛХЭК у больных ИБС с представлением оптимального вида анестезиологического пособия. Были обследованы 80 пациентов в возрасте 55-76 лет (58 женщин и 18 мужчин) с сопутствующей ИБС, которая у 10 % больных была впервые выявлена. Помимо стандартных предоперационных исследований с целью исключения нестабильной стенокардии всем больным проводилось динамическое наблюдение за ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца с определением ударного объема (УО), конечного диастолического объема (КДО), фракции изгнания (Fi) для выявления признаков недостаточности кровообращения (НК). По показаниям использовались анаприлиновая и нагрузочная пробы. Больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли 68 пациентов с хронической коронарной недостаточностью, находившиеся в хорошем функциональном состоянии и без признаков НК, имевшие в трех случаях постинфарктный кардиосклероз. II группу составили 12 пациентов с ИБС, компенсаторные возможности которых были снижены. У них имелась НК I и II степени с фракцией выброса меньше 50%. Операции выполнялись в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) по фоллом 1-2 мг/кг/час, кетамин 1 мг/кг/час и фентанилом с миоплегией панкуронием. Искусственная вентиляция легких в режиме IPPV, FiO₂ - 40%. Контроль за интраоперационным состоянием включал ЭКГ – мониторинг II и V5 отведений, постоянное определение неинвазивного АД, сатурации, капнографии.

Особенностью предоперационного обследования у больных ИБС было то, что наряду с плановыми исследованиями проводилось тщательное изучение анамнеза, а также проведение физикального осмотра, направленного на выявление признаков НК и определения компенсаторных возможностей больного. Все пациенты в дооперационном периоде получали симптоматическую и этиопатогенетическую терапию. Больные I группы перед операцией продолжали получать нитро-препараты, ингибиторы АПФ, бетта-блокаторы, что позволяло сохранять исходное состояние компенсации. Больные II группы нуждались в дополнительной предоперационной подготовке, направленной на улучшение сократительной способности миокарда посредством введения сердечных гликозидов по схеме; препаратов улучшающих метаболизм клеток миокарда (рибоксин, милдронат, неон). Эффективность кардиотропной терапии оценивалась по клиническим признакам, показаниям ЭКГ и УЗИ сердца. В результате такой предоперационной терапии состояние более 50% больных улучшилось настолько, что позволило перевести их в более благополучный функциональный класс. Однако 2 пациентам, толерантным к проведенной терапии, была рекомендована операция лапаротомическим методом. Остальным пациентам были выставлены показания для выполнения ЛХЭК лишь в условиях внутрибрюшного давления 8-10 мм. рт. ст. Большое значение у пациентов с ИБС перед операцией придавалось снятию психоэмоционального напряжения бензодиазепинами, галоперидол за 20 минут до операции внутривенно, которые также использовались для премедикации в стандартных дозировках. Это позволяло исключить серьезные расстройства гемодинамики и сердечной деятельности непосредственно перед хирургическим вмешательством. Индукция в наркоз и период основных хирургических манипуляций протекала

в условиях стабильных показателей гемодинамики и ЭКГ. Из общего количества больных у 4 пациентов с аритмической формой ИБС на этапе карбоксиперитонеума отмечались различные виды нарушений ритма (синусовая тахикардия, желудочковые и предсердные экстрасистолы), которые удавалось купировать медикаментозно без существенных гемодинамических изменений. У одного больного интраоперационно регистрировалась депрессия сегмента ST, которая регрессировала после снижения давления в брюшной полости и дополнительного введения бета-блокаторов. Пробуждение и перевод на самостоятельное дыхание сопровождались умеренной гипердинамической реакцией. Все больные были экстубированы сразу же после окончания операции. Пациенты I группы переводились в общую хирургическую палату для дальнейшего наблюдения и лечения. Больные II группы транспортировались в палату интенсивной терапии для продолжения гемодинамического мониторинга и симптоматической терапии. Продолжалось введение нитратов, непрямых антикоагулянтов, при необходимости – антиаритмических препаратов, ингибиторов АПФ, бета-блокаторов. Несмотря на проводимые мероприятия у 3 больных II группы имело место преходящее снижение коронарного кровообращения, выражавшееся в появлении отрицательного зубца T и снижении фракции выброса Fi на 10-15 % от исходных величин. Все эти явления были купированы в ближайшие сутки. Таким образом, больные ИБС, которым планируется выполнение ЛХЭК, нуждаются в тщательном отборе с оценкой исходного состояния недостаточности кровообращения, компенсаторного уровня, проведении адекватной периоперативной кардиотропной терапии, тщательном гемодинамическом мониторинге на всех этапах хирургического вмешательства.

Выводы: 1. Специфическое кардиоподготовка больных обязательна; 2. Профилактика психотических реакций и психоэмоционального напряжения; 3. Обязательного мониторингового наблюдения больных интер- и послеоперационного периода; 4. Больные с ИБС с НК I-II степени нуждаются послеоперационном наблюдении в ОРИТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы II конгресса хирургов Казахстана // А. 2003. С. 65-75.
2. Воробьев Г.И. с соавт. Лапароскопические операции. // Хирургия. 2003. № 3. С. 36-41.
3. Ермолов А.С. с соавт. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. 2007. № 7. С. 57-59.

УДК 616-34.008-63

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО РЕГУРГИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С.И. Хашимов

Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

ТҮЙІН

Жалпы хирургиялық тәжірибеде компартмент-синдромының жиілігі толық зерттелмеген, бұл ауруларда ішек ішіндегі газдардың қысымы абдоминальды гипертензия жағдайына алып келуі ықтимал Сондықтан мақала авторлары ішектің жедел өткізбеушілігі кезінде ішекті барынша тазалап босату ең негізгі мақсаттардың бірі деп есептелінеді.

SUMMARY

Frequency of a compartment-syndrome in surgical practice still in details isn't estimated, at patients with intestinal impassability the pressure created by intractant gas, can be risk factor of development of the syndrome of abdominal hypertention. For this reason the emptying of a gastroenteric path, is one of the major problems in treatment and preparation for operation of patients with sharp intestinal impassability.

В виду того, что брюшная полость представляет собой замкнутое пространство, повышение внутрибрюшного давления может оказывать отрицательное влияние на функцию органов желудочно-кишечного тракта, дыхательную, сердечно-сосудистую, мочевыделительную и центральную нервную системы. Подобное состояние определено как синдром абдоминальной компрессии или компартмент-синдромом и без специального лечения может привести к полной потере функциональной активности органов и систем больного и смерти [1, 2]. Своевременное снижение внутрибрюшной гипертензии приводит к обратному развитию нарушений.

Компартмент-синдром (или синдром сдавления) возникает когда давление в закрытой брюшной полости повышается до уровня, прерывающего нормальное кровоснабжение органов брюшной полости. В литературе имеются публикации, обсуждающие эту проблему с различных точек зрения. Частота указанного синдрома в общехирургической практике еще детально не оценена, но совершенно ясно, что у некоторых категорий больных он встречается гораздо чаще. У пациентов с кишечной непроходимостью давление, создаваемое внутрикишечным газом, может явиться фактором риска развития синдрома абдоминальной гипертензии [2, 3]. Необходимо отметить, что вероятность возникновения чрезвычайно опасного осложнения – периоперационной регургитации, многократно увеличивается на фоне синдрома абдоминальной гипертензии.

По этой причине опорожнение желудочно-кишечного тракта от содержимого является одной из важнейших задач в лечении и подготовке к операции больных с острой кишечной непроходимостью, выполняемых как можно раньше, но объем этой манипуляции может быть различным в зависимости от обстоятельств. Необходимость этих мероприятий обусловлена остротой заболевания, экстренностью характера выполнения операций, а в ряде случаев, когда лечебные мероприятия проводятся в реанимационном порядке, ограниченностью во времени в выборе методов и средств проведения профилактики грозного осложнения периоперационной регургитации - кислотно-аспирационного синдрома. Для решения этой проблемы в отделении анестезиологии – реанимации применяются как традиционные способы профилактики этого осложнения: зондирование желудка и его аспирация, прием Селлика, возвышенное положение головного конца на этапе введения в наркоз, ощелачивание содержимого желудка, так и внедренный в последние годы метод быстрой последовательной индукции в анестезию (crush-индукции), являющийся альтернативой при наличии у больных «полного желудка».

Методика быстрой последовательной индукции анестезии, применяемой нами, заключалась в преиндукционной оксигенации, проведении прекураризации, выполнении приема Селлика на этапах индукции, ларингоскопии и интубации, одномоментном введении препаратов для индукции, с последующим немедленным введением деполяризующего релаксанта (с раздуванием манжеты после прекращения самостоятельного дыхания без предварительной вспомогательной вентиляции во избежание попадания воздуха в желудок). За 2009 год по поводу острой кишечной непроходимости под эндотрахеальным наркозом прооперированы 39 больных. Традиционные способы профилактики регургитации с обязательным зондированием желудка до этапа индукции в анестезию были применены 18 больным (46,1%). Периоперационная регургитация у этой группы больных отмечалась в двух случаях (5,1%). Быстрая последовательная индукция анестезии была применена 16 больным (41,0%). Диагностированная периоперационная регургитация в этой группе пациентов наблюдалась в одном случае (2,6%), что подтверждает факт эффективности данной методики в целях профилактики осложнений у больных с проблемой «полного желудка» при острой кишечной непроходимости.

В экстренной анестезиологии, когда действия анестезиолога ограничены временем, проблема «полного желудка», особенно на фоне абдоминальной гипертензии, может осложнить такой важный этап эндотрахеального наркоза, как интубация трахеи, т.к. излившееся в ротоглотку содержимое желудка является агрессивным фактором и может послужить пусковым моментом в развитии тяжелых легочных осложнений. Необходимо отметить, что такой важный этап во время операции, как хирургическая декомпрессия, у больных с абдоминальной гипертензией может сопровождаться внезапным снижением периферического сосудистого сопротивления вплоть до развития сердечно-сосудистого коллапса, который был отмечен нами в двух случаях (2,02%). Восстановление перфузии ранее неадекватно перфузированных тканей, сопровождается высвобождением в общую циркуляцию большого количества токсических продуктов. В этих условиях на первое место выступают не только опыт и квалификация анестезиолога, а обязательное выполнение всех мер профилактики и ликвидации вышеуказанных синдромов с мероприятиями, направленными на раннее восстановление моторной и эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде.

Выводы: 1. Методика быстрой последовательной индукции в наркоз, является наиболее оптимальным у больных компартмент-синдром;
2. Преднарковая оксигенация (в сознании), прием Селлика, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, является обязательным этапом преднарковой подготовки;
3. Быстрая изоляция дыхательных путей является профилактика кислотно-аспирационного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаин Ю.М., Леонович С.И., Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. – Молодечно: Победа, 2001.- 265 с.
2. Рошин Г.Г., Мищенко Д.Л., Шлапак И.П. Синдром абдоминальной компрессии: клинико-диагностические аспекты // Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.О. Можяева. – 2002. – Том. 3, – № 2. – С. 67-73.
3. Reeves S.T., Pinosky M.L., Byrne T.K., Norcross E.D. Abdominal compartment syndrome // Can. J. Anaesth. – 1997. – Vol.44, – № 3. – P.308-312.

УДК 616.72-002. 77-08:615.036.8

ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ЗАТРАТЫ, ПРОБЛЕМЫ

А.Е. Туртаева, С.С. Имашева

*Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная клиническая больница, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Ревматоидты артритті емдеу «алтын стандарты» метотрексат пен лефлуномид болатын. Бірақ жанама әсері кейбір науқасты емдеуге мұрша бермейтін. Қазір инновациялық емдеу биотехнология әдісімен алынған «гендік–инженерлік биологиялық заттармен» жүргізуге болады. Жаңа технологиямен емдеу тиімді, бірақ қымбат. Сондықтан барлық науқас қолдана алмайды. Әр елде денсаулық саласына әр түрлі қаражат бөлінеді. АҚШ-та бір адамның емделуіне жылына 6000 доллар бөлінсе, Болгарияда 10 есе кем. Қаражат дұрыс бөліну үшін ревматоидты артритті емдеуге клиникалық - экономикалық сараптама жүргізілуі керек.

SUMMARY

Methotrexat and leflunomid were the “Gold standard” treatment of the rheumatoid arthritis. A new effect doesn't give possibility to treat some patients Nowadays the innovative treatment taken by the biotechnology method, possible to conduct by “genetic – enginneric biological things”. The treatment by a new technology is profitable but expensive That's why not all patient can use it. Funds must be allocated correctly. Every year in the USA for every people is allocated 6000 dollars, in Bulgaria it's 10 times smaller. It's necessary to do the clinical – economic analyses for right distribution of the funds.

Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний человека, частота которого в популяции достигает 1% [1]. До настоящего времени лечение РА остается одной из наиболее сложных проблем клинической медицины. Отдаленный прогноз заболевания, как риск развития инвалидности, снижение качества жизни и даже сокращение продолжительности жизни зависит от возможности проведения активной терапии современными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Постоянный поиск путей улучшения медицинской помощи, повышение эффективности лечения с наименьшими затратами, вносит коррективы в технологии и тактики методов лечения РА, обоснованные достижением научных исследований. В 80-годы прошлого века лечение РА обосновывалась на модели пирамиды. Последовательно применяли нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикостероиды (ГКС) и только в развернутой стадии болезни назначались БПВП, при неэффективности первых.

В конце XX столетия было доказано, что активное применение агрессивной терапии современными БПВП можно достичь не только симптоматическое улучшение, но также замедление деструкции суставов. Из числа БПВП «золотым стандартом», соответствующим современным критериям доказательной медицины по эффективности и безопасности являются метотрексат (МТ) [2] и лефлуномид [3], применяемые в дебюте заболевания. Несмотря на это побочные действия, вызываемые данными препаратами у отдельных больных, ограничивали их применение в необходимых дозах для достижения стойкого клинического эффекта. Прогресс науки в медицине, биологии позволил расшифровать ключевой механизм иммунопатогенеза РА. В развитии воспаления синовиальной оболочки, определяющим цитокином считается фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа). Методом биотехнологии разработаны «генно-инженерные биологические препараты», которые блокируют биологическую активность ФНО-альфа на клеточном уровне [4]. В лечении РА препаратом инфликсимаб (Ремикейд, «Шеринг-Плау», США) - химерных моноклональных антител к ФНО-альфа (вкомбинации с МТ) накоплен клинический опыт [5]. Из этого ряда первым и пока единственным препаратом, представляющий собой полностью человеческие рекомбинантные моноклональные антитела, ингибитором ФНО-альфа является адалимумаб (Хумира, «Эббот Лэбораториз», США). Структура, способ применения, доза, время полувыведения, форма выпуска ингибиторов ФНО-альфа приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики ингибиторов ФНО-альфа (РФ, Насонов Е.Л., 2007г)

Характеристика	Адалимуаб	Этанерцепт	Инфликсимаб
Структура	Человеческие мАТ	Рецептор ФНО75-IgG1 белок	Химерные мАТ
Мишень	ФНО-альфа	ФНО-альфа, лимфотоксин	ФНО-альфа
Афинность	2,3 x 10 ¹⁰	10 ¹⁰	1,8 x 10 ⁹
T1/2, дней	-14	3-5,5	8-19
Введение	п/к	п/к	в/в
Форма	Жидкий	Лиофилизированный	Лиофилизированный
Доза	40 мг через неделю	25 мг 2 раза в неделю	3-10 мг/кг в 4-8 недель
Применение	Монотерапия или с МТ	Монотерапия или с МТ	Только с МТ

Анализ результатов применения инфликсимаба и адалимумаба в качестве БПВП показывает существенное замедления прогрессирования деструкции суставов и достижение ремиссии [6]. Эффективность ингибиторов ФНО-альфа по данным магнитно-резонансной томографии, образования «новых» эрозий и клинической активности по критериям Американской коллегии ревматологов (АКР) приведена в таблице 2.

Таблица 2 – Эффективность ингибиторов ФНО-альфа при раннем РА (РФ, Насонов Е.Л., 2007)

Исследование	Длительность, годы	Рандомизированные группы	АКР(среднее улучшение), %	Число пациентов со снижением HAQ \geq 0,22,%	Ремиссия DAS 28, %
ASPIRE [7] (n=1049)	1	MT+инфликсимаб 6 мг/кг	46,7 (p<0,001)	75,5 (p<0,004)	31
		MT+инфликсимаб 3 мг/кг	38,9 (p<0,001)	76 (p=0,003)	21
		М+плацебо	26,4	65,2	15
PREMIER (n=799)	2	MT+адалимумаб 40 мг	59 (p<0,001)	72 (p<0,05)	49
		Адалимумаб 40 мг	37	58	25
		MT+плацебо	43	63	25

Применение инфликсимаба в сочетании с ГКС приводит к более быстрому и стойкому подавлению активности артрита, процесса деструкции восстановление функции суставов, чем лечение стандартными БПВП. Таким образом, комбинированная терапия ингибиторами ФНО-альфа и MT создает реальные предпосылки для достижения ремиссии у пациентов с РА. Эффективность лечения РА инновационной технологией биологическими препаратами не вызывает сомнения, но стоимость высокая. Без участия бюджета, отдельных спонсоров применение инновационной высокоэффективной технологии остается невозможным.

При относительно одинаковой стоимости определенных биологических препаратов по всему миру возможность бюджета для лечения больного резко отличаются в зависимости от страны. В США на годовое лечение одного больного в среднем выделяется сумма в 6000 долларов, в то время как в Болгарии она в 10 раз меньше [8]. Соотношение эффективность методов лечения РА – затрата требует клинико-экономического анализа, который является инструментом для принятия решений в сфере здравоохранения для рационального распределения финансовых средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М.: Медицина.1998. 115 с.
2. Насонов Е.Л. Метотрексат. Перспективы применения в ревматологии. М.: Изд-во «Филоматикс»; 2005.
3. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Чижова Х.А. Перспективы применения лефлуномида в ревматологии. Рус. мед. журн. 2004; 20. (1147-1151).
4. Scott D.L., Kingsley G.H. Tumor necrosis factor inhibitors for rheumatoid arthritis. N. Engi. J. Med. 2006; 355; 704-712.
5. Kirou K.A., Mavragani C.P. TNF antagonists in the management of early rheumatoid arthritis: an overview. Int. J. Adv. Rheumatol. 2006; 4; 49-56.
6. Navarro – Sarabia F., Ariza- Ariza R., Hernandez – Gruz B., Villanueva I. Adalimumab for treating rheumatoid arthritis. J. Rheumatol. 2006; 33; 1075-1081.
7. Насонов Е.Л. (ред) Лечение ревматоидного артрита. Клинические рекомендации. М.: ООО «Алмаз»; 2006.
8. Kobeit G. Thoughtis on health economica in theumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2007; 66; 35-37.

УДК 616.33/34 – 005.1

СУДОРЖНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.А.Калкабаева, К.Н.Кузембаева, М.Ж.Казбеков, Л.К.Жанысбаева, Е.С.Мауленов Л.С.Шынгысбаева
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
 Городская станция скорой медицинской помощи, г. Шымкент
 Шардаринской центральной районной поликлиники ЮКО
 Ордабасинской центральной районной больницы ЮКО

ТҮЙІН

Тырыспа синдромы себебімен шақыртулар динамикасы жылдан жылға өсуде. Тырыспа синдромымен наукастарды ауруханаға жатқызу негізділігін сауатты анықтау үшін ауруханаға дейінгі этаптағы дәрігерлердің біліктілігін жетілдіру қажет. Жедел жәрдем, емхана және неврологиялық қызметтің өз ара қатынасын, тырыспа синдромының себебін ерте анықтап және дер кезінде адекватты ем жүргізу мақсатында күшейту маңызды.

SUMMARY

The quantity amount of calls concerning convulsive syndrome tends to growth. Improvements of validity of hospitalization of the patients with convulsive syndrome in hospital need realization of measures on increase of a professional level of the doctors to hospital of a stage. Is necessary to strengthen continuity between first aid, polyclinics and neurological by a service with the purpose of an early establishment etiologic of essence convulsive syndrome and realization of duly adequate therapy.

Судорожный синдром - одна из универсальных реакций организма на многие виды воздействия, относится к числу состояний, часто встречающихся в практике врача скорой медицинской помощи, и может возникать по различным причинам. Он наблюдается при эпилепсии, а также может быть симптомом травматических поражений головного мозга, острых нарушений мозгового кровообращения, экзогенных отравлений алкоголем и его суррогатами, инсектицидами, лекарствами, общих инфекций, протекающих с явлениями интоксикации, гипертермии и эклампсии.

Цель исследования: провести анализ частоты, динамики и структуры вызовов по поводу судорожного синдрома на догоспитальном этапе.

Материал и методы: нами проведен ретроспективный анализ карт вызовов с поводом вызова «судорожный синдром», талоны к сопроводительному листу и годовые отчеты станции скорой медицинской помощи г.Шымкента за 2008-2009 годы.

Результаты: по городской станции скорой медицинской помощи за 2008г. выполнено 195112 вызовов, за 2009г. - 228246 соответственно. За два года проанализировано 3494 карты вызовов к больным с судорожным синдромом. Анализ показал, что удельный вес обращений по поводу судорожного синдрома имеет в динамике тенденцию к увеличению (таблица 1).

Таблица 1. Образаемость по поводу судорожного синдрома

Повод вызова	Годы			
	2008		2009	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Судорожный синдром	1599	0,8	1895	0,9
из них:				
Госпитализировано	598	37,4	754	40,0
Отказано в госпитализации	1001	62,6	1141	60,0

Из материала таблицы 1 видно, что диагноз необоснован более 2142 случаях из 3494 доставленных, т.е. расхождение диагнозов – 60,0% в основном за счет гипердиагностики. Вместе с тем удельный вес госпитализированных больных данной патологией в 2009 году увеличился по сравнению 2008 годом на 2,6%.

Половая дифференциация в структуре вызовов, показала преобладание женщин 1855 (53,1%) над мужчинами – 1639 (46,9%) (таблица 2).

Таблица 2. Структура образаемости по полу

Вид обращений	Годы							
	2008				2009			
	мужчины		Женщины		мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Судорожный синдром	715	44,7	884	55,3	924	48,7	971	51,3

В ходе проведенного анализа было выявлено, что показатель образаемости женщин в динамике имеет тенденцию к уменьшению. Наиболее часто судороги встречаются в возрасте от 21 до 30 лет. В динамике отмечается рост вызовов по поводу судорожного синдрома до 30 лет, затем в период от 31 до 60 лет его снижение. Распределение судорог по этиологии и возрасту представлен в таблице 3.

Таблица 3. Структура нозологий с судорожным синдромом

№	Нозология	Всего		Возраст (лет)									
				0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80		
		Абс.	%	2008г.									
1	Фебрильные судороги	122	7,6	80	10	22	11	7	4	3	2		
2	Эпилепсия	1015	63,5	67	278	290	163	117	71	29	8		
3	Эклампсия	247	15,5	0	0	37	138	88	4	0	0		
				2009г.									
1	Фебрильные судороги	215	11,4	127	40	29	7	9	4	2	2		
2	Эпилепсия	1136	60,0	103	265	294	233	117	65	32	23		
3	Эклампсия	304	16,0	0	25	181	86	12	0	0	0		

Как видно из таблицы 3 чаще, более 60,0% случаев, судорожный синдром констатировался у больных с эпилепсией. Обращает на себя внимание рост показателя с фебрильными судорогами на 3,8% по сравнению 2008 годом в основном у детей до 10 лет. Представляет интерес анализ образаемости судорожного статуса у беременных. Особую тревогу вызывает их рост в динамике, особенно у женщин в возрасте 21-30 лет.

Таким образом, количество вызовов по поводу судорожного синдрома имеет тенденцию к росту. Для улучшения обоснованности госпитализации больных с судорожным синдромом в стационар требуется проведение мероприятий по повышению профессионального уровня врачей догоспитального этапа. Необходимо усилить преемственность между скорой помощью, поликлиниками и неврологической службой с целью раннего установления этиологической сущности судорожного синдрома и проведения своевременной адекватной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский Б.С., Случек Н.И. Общая характеристика судорожных состояний, Л. : Медицина, 2001.
2. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. Т.1. «Болезни нервной системы» М:Медицина, 2005.-654с.
3. Мирошниченко А.Г., Руксин В.В., Шайтор В.М. Скорая медицинская помощь// Краткое руководство, ГЭОТАР-Медиа, 2007г.

УДК 616-001-053.2

К ВОПРОСУ ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

С.А.Калкабаева, С.Б.Тажибекова, Қ.С.Ысқақ, Б.М.Сарсенбаева, Ф.М.Тантаева, М.Б.Хусанова, Е.Д.Ибрагимов
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
 Станция скорой медицинской помощи, г. Шымкент
 Станция скорой медицинской помощи, г. Кентау
 Станция скорой медицинской помощи, г. Сарыағаш

ТҮЙІН

Мақалада жаракатпен күресу мемлекеттік маңызды іс екені көрсетілген. Соңғы екі жылдық мәліметтер берілген. Жол көлік апаты жаракаттары жедел жәрдем қызметі келгенше өмір қауыпсіздігін сақтайтын қызметкерлерден, медициналық эвакуациялау сатысында, жаракаттанған балалардың өлімін белсенді қысқартатын бірінші медициналық көмек көрсету әдістерін шыңдауды талап етеді. Ата-ананың өз балаларының бақылауын күшейту керек. Тұрғындарға өзіне және қасындағыға көмек көрсетуді үйрету.

SUMMARY

In clauses is shown, that the struggle with trauma state is important. The items of information for last two years are given. The problems of preventive maintenance children's traumatis require (demand) constant and steadfast attention of all services of life-support. It is necessary to raise(increase) the responsibility of the parents behind supervision of children. To improve organization of sanitary - preventive measures among the population. Training of the population and services of life-support to rendering itself - and mutual aid.

При дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) преобладают множественные и сочетанные повреждения, что и определяет тяжесть клинической картины, сроки лечения и исходы. ДТП в г.Шымкенте за последние годы значительно возросли, по данным анализа карт вызовов на месте происшествия за последние два года обслужено 167 вызовов. Детский травматизм является одной из актуальных проблем современности. Одной из важнейших задач, имеющих большое значение, является изыскание наиболее эффективных мер профилактики этого вида травматизма, улучшение организации медицинской помощи пострадавшим при автодорожном происшествии. Несмотря на тяжесть повреждений, есть реальная возможность снижения осложнений и летальности от ДТП на всех этапах: на месте происшествия, в пути следования в стационар и в стационаре.

Цель исследования: изучение структуры обращаемости пострадавших за скорой медицинской помощью по поводу дорожно-транспортного травматизма у детей.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ карт вызовов детей получивших травмы вследствие дорожно-транспортных происшествии, 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 травму детей (таблица 1).

Таблица 1. Обращаемость детей за медицинской помощью по поводу дорожно-транспортных происшествии

Годы	Обращаемость детей за медицинской помощью по поводу травм	Обращаемость детей за медицинской помощью по поводу ДТП по возрасту (лет)					
		Всего		Из них			
		Абс.	%	0-1	2-5	6-10	11-14
2008	881	79	8,9	25	12	23	19
2009	1193	88	7,4	21	18	26	23

Анализ данных таблицы 1 показал, что обращаемость по поводу травм за скорой помощью стабильно высокая, при этом количество пострадавших по поводу ДТП имеет тенденцию к росту. По сравнению с 2008 годом в 2009 году увеличился на 9 случаев. Обращает на себя внимание, что больше всех страдают дети в возрасте от 6 до 14 лет. По - видимому это связано с тем, что дети активного возраста, самостоятельно передвигающиеся по территории города, во время каникул остаются практически в течение дня без контроля родителей. Вызовы скорой помощи, как правило, содержат первичную информацию о характере несчастного случая. Основными повреждениями являются при дорожно-транспортном происшествии черепно-мозговые травмы, травмы живота, грудной клетки, таза, позвоночника и переломы, вывихи. Структура обращаемости по нозологии у детей, пострадавших при ДТП представлена в таблице 2.

Таблица 2. Структура обращаемости по нозологии у детей пострадавших при ДТП

№	Годы Наименование Нозологии	2008		2009	
		Абс.	%	Абс.	%
1	ЗЧМТ/сотрясение головного мозга	638	72,4	859	72,0
2	Травмы живота	20	2,3	21	1,8
3	Травмы грудной клетки, ребер, грудины	1	0,2	1	0,08
4	Травма таза	20	2,3	19	1,6
5	Травма позвоночника	20	2,3	24	2,0
6	Переломы и вывихи	182	20,6	269	22,5

Из таблицы 2 видно, что основную группу пострадавших составили лица с закрытой черепно-мозговой травмой (72,4%) при дорожно-транспортном происшествии. По сравнению с 2008 годом в 2009 году резко увеличилось количество пострадавших с переломами и вывихами на 1,9%. Основной пик обращений детей с травмами приходится на весеннее -летний период (таблица 3).

Таблица 3. Сезонность обращаемости пострадавших при ДТП детей

Годы Время года	2008		2009	
	Абс.	%	Абс.	%
Зима	8	10,2	16	18,2
Весна	21	26,6	21	23,8
Лето	24	30,4	21	23,8
Осень	26	32,9	20	22,7

При распределении травм по времени суток основной пик приходится на дневное время (таблица 4).

Таблица 4. Распределение обращаемости по времени суток

Время суток Годы	00-06	06-12	12-18	18-00
	2008	9	12	38
2009	7	11	32	38

Анализ таблицы 4 показал, что наибольшее количество ДТП приходится на период с 12.00 до 18.00 часов и с 18ч. до 24.00 часов, что связано с загруженностью дорог (час-пик) и свободным от учебы временем детей. Таким образом, проблемы профилактики детского травматизма требуют постоянного и пристального внимания всех служб жизнеобеспечения. Необходимо повысить ответственность родителей за надзором своих детей. Улучшить организацию санитарно-профилактических мероприятий среди населения. Обучение населения и служб жизнеобеспечения оказанию само – и взаимопомощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елисеев Ю.Ю. «Медицинская помощь при экстремальных ситуациях» Москва, 2005г.
2. Калкабаева С.А. «Бірінші медициналық көмек» Оқу құралы, Шымкент 2008ж.
3. Руспекова Л.А., Жанатаева К.Д. и др. Структура детского травматизма по обращаемости на городскую станцию скорой медицинской помощи. Травматология және ортопедия. 2003. №2. стр.17.
4. Джаксыбекова Г.К. Новые методические подходы к информационно-аналитическому обеспечению развития травматологической помощи в Республике Казахстан: автореф.дисс...канд.мед.наук.- Алматы.- 2008.

УДК 616-001:656.086.1

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

С.А.Калкабаева, С.М.Абдурахманов, А.А.Есеев, Г.М.Недорослева, А.А.Бердияров, Г.Б.Жапбар
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
 Станция скорой медицинской помощи, г. Шымкент
 Областной центр скорой медицинской помощи, г. Петропавловск
 Отделение скорой медицинской помощи Толькубаской районной поликлиники ЮКО

ТҮЙІН

Бақытсыз жағдайлар бүгінгі таңда тек Қазақстан емес дүние жүзіндегі басқа да елдердің ең маңызды медико-әлеуметтік мәселелерінің бірі болып табылады. Жедел медициналық жәрдем қызметі ең қиын және қауіпті жағдайда адам өмірін сақтауда мемлекеттің басты институтының бірі. Жедел жәрдем қызмет көрсететін шақыртулардың алтыншы бөлігі бақытсыз жағдайларға келеді. Бақытсыз жағдайлар себебімен шақыртулар өсуде.

SUMMARY

The accidents are one of major medicine-social problems of modernity (present) not only for Kazakhstans, but also for the majority of the countries of the world. The service of speed and urgent medical aid is one of the main institutes of the state ensuring safety of human life in the most dangerous and critical situations. Approximately sixth part of calls served by brigades of first aid is a share of accidents. The tendency of growth number apply on first aid concerning accidents is marked.

Несчастные случаи являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности не только для Казахстана, но и для большинства стран мира. Служба скорой и неотложной медицинской помощи является одним из главных институтов государства, обеспечивающих сохранность человеческой жизни в самых опасных и критических ситуациях. Примерно шестая часть вызовов обслуживаемых бригадами скорой помощи приходится на долю несчастных случаев. Отмечается тенденция роста число обращений на скорую помощь по поводу несчастных случаев.

Цель исследования: изучение обращаемости пострадавших за медицинской помощью при несчастных случаях на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ карт вызовов пострадавших при несчастных случаях, 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 несчастных случаев (таблица 1).

Таблица 1. Обращаемость пострадавших за медицинской помощью при несчастных случаях

Годы	Обращаемость населения за СМП	Обращаемость пострадавших в связи с несчастными случаями		Обращаемость пострадавших в связи с несчастными случаями по возрасту			
				Взрослые		Дети	
				Абс.	%	Абс.	%
2008	189010	17825	9,3	13940	78,2	3885	21,8
2009	233564	21958	9,4	16527	75,3	5431	24,7

Анализ данных таблицы 1 показал, что обращаемость населения за скорой помощью стабильно высокая при этом количество пострадавших по поводу несчастных случаев имеет тенденцию к росту. По сравнению с 2008 годом в 2009 году увеличился на 0,1%. Из общего числа пострадавших дети составляют в 2008 году 21,8%, в 2009 году 24,7% соответственно. Обращает на себя внимание рост несчастных случаев у детей на 2,9% в анализируемые годы. Вызовы скорой помощи, как правило, содержат первичную информацию о характере несчастного случая. Основными причинами являются отравления, дорожно-транспортные происшествия, производственные и бытовые травмы, укусы животных, ожоги и отморожения, электротравма, черепно-мозговые травмы. Структура несчастных случаев представлена в таблице 2.

Таблица 2. Структура несчастных случаев

№	Наименование нозологии	Годы			
		2008		2009	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Травмы:	11285	63,3	13813	62,9
	Переломы	1430	12,7	1650	11,9
	Вывихи	805	7,1	1010	7,3

	поверхностная травма	3261	28,9	4075	29,5
	открытая рана	1138	10,1	1439	10,4
	ранения брюшной полости	98	0,9	104	0,8
	инородное тело	478	4,2	798	5,8
	ЗЧМТ/сотрясение головного мозга	4075	36,1	4737	34,3
2	Отравления	5338	29,9	6539	29,8
	отравления угарным газом	417	7,8	852	13,0
	Лекарствами	856	16,0	1041	15,9
	Алкоголем	1931	36,2	2395	36,6
	Уксусом	166	3,1	219	3,3
	Отравления	858	16,1	921	14,1
	Прочие отравления	1110	20,8	1111	17,0
3	Ожоги и отморожения	833	4,7	939	4,3
4	Укус собаки	273	1,5	584	2,7
5	Электротравма	96	0,5	83	0,4

Из таблицы 2 видно, что основную группу пострадавших составили лица с травмами (63,3%), отравлением алкоголем (36,2%) закрытой черепно-мозговой травмой (36,1%). По сравнению с 2008 годом в 2009 году резко увеличилось количество пострадавших с отравлением угарным газом на 5,2% и укус собаки на 1,2%. Диагноз, выставленный медицинскими работниками станции скорой медицинской помощи по сравнению с 2008 годом на 2,6% больше не подтвержден стационарами города, куда доставлены для госпитализации пострадавшие (таблица 3).

Таблица 3. Показатели расхождения диагнозов скорой медицинской помощи

Годы	Обращаемость пострадавших в связи с несчастными случаями		Доставлено в стационар		Госпитализировано		Отказано в госпитализации	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	17825	9,3	11989	67,3	5570	46,5	6419	53,5
2009	21958	9,4	14538	66,2	6377	43,9	8161	56,1

Данные таблицы 3 показывают, что наибольший отказ в госпитализации пострадавших зарегистрирован в 2009 году и в динамике отмечается его рост, что объясняется гипердиагностикой со стороны медработников из-за малого опыта работы и недостаточности уровня знания вопросов травматологии, токсикологии. От уровня подготовки специалистов скорой помощи и организации своевременной помощи при тяжелых повреждениях на месте происшествия, зависит общий уровень летальности. Нами был проведен мониторинг летальности пострадавших от несчастных случаев до приезда и в присутствии бригады СМП за два года (таблица 4).

Таблица 4. Результаты мониторинга летальности пострадавших от несчастных случаев

Годы	Летальность					
	Всего		До приезда бригады СМП		В присутствии бригады СМП	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	140	0,7	138	98,5	2	1,4
2009	189	0,9	187	98,9	2	1,1

Анализ результатов мониторинга летальности пострадавших от несчастных случаев показал, что она по сравнению с 2008 годом выросла на 0,2%, вместе с тем летальность в присутствии бригады СМП имеет тенденцию к снижению. Таким образом, тактика ведения пострадавших при несчастных случаях составляет актуальную проблему современной травматологии, токсикологии, требующую совершенствования методов оказания экстренной помощи на этапах медицинской эвакуации сотрудниками службы скорой медицинской помощи, что активно влияет на снижение летальности пострадавших после травм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елисеев Ю.Ю. «Медицинская помощь при экстремальных ситуациях». - Москва, 2005г.
2. Боровков В.Н., Меркулов С.Е. /Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потерь здоровья населения: Науч.труды Всероссийской научно-практической конференцииМ., 2006. С.253-256.
3. Калкабаева С.А. «Бірінші медициналық көмек». Оқу құралы: - Шымкент, 2008ж.
4. Джаксыбекова Г.К. Новые методические подходы к информационно-аналитическому обеспечению развития травматологической помощи в Республике Казахстан: автореф.дисс...канд.мед.наук.- Алматы.- 2008.

УДУ 617.55-053.2

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

С.А.Калкабаева, Г.С.Мамбетмуратова, Г.А.Касимбаева, Ф.Фалбият, М.М.Мамадиярова, О.У.Пулатова, Б.А.Калманова
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

Станция скорой медицинской помощи, г. Шымкент

Отделение скорой медицинской помощи Казыгуртской центральной районной поликлиники ЮКО

Отделение скорой медицинской помощи Тюлькубасской районной поликлиники ЮКО

Поликлиника МКТУ г. Шымкент

ТҮЙІН

Бүгінгі таңда балалардағы жіті хирургиялық патология диагностикасында, аурудың жергілікті белгілерін табу әдісін шыңдау өте маңызды. Жіті хирургиялық ауруларға күдіктенгенде науқас баланы дереу профилді ауруханаға, диагнозы анықтау мақсатында, жеткізу керек. Ауруханада динамикалық бақылау диагноз қою қателігінен сақтап, жіті хирургиялық ауруларды басқа аурулармен ажыратпалы диагноз жүргізуге септігін тигізеді.

SUMMARY

For today in diagnostics of sharp surgical diseases at children the most important and perspective direction of methods of revealing and estimation of local attributes of disease. It is recommended at suspicion on a sharp surgical pathology immediately to deliver the patient of the child in profile to hospital for specification of the diagnosis. The dynamic supervision in hospital allows to reduce number of mistakes and to differentiate the majority of diseases with abdominal syndrome.

Острая абдоминальная боль у детей в практике скорой медицинской помощи является проявлением острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Особенностью острых хирургических заболеваний является непосредственная угроза жизни больного ребенка. Динамика острого хирургического заболевания приводит к фатальному нарушению жизненно-важных функции организма и появлению четких показаний для экстренной операции, что уменьшает на догоспитальном этапе потребность в точном топическом диагнозе. По данным станции скорой медицинской помощи г.Шымкента из всех обратившихся больных детского возраста, только 20,3% приходится на заболевания сопровождающиеся абдоминальным синдромом. Основные синдромы, характерные для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, появляются в течение первых 24 часов заболевания. По данным разных авторов, в 37-85% случаев больные дети госпитализируются в стационар поздно, а врачебные ошибки на догоспитальном этапе регистрируются в 31-81% случаев острых хирургических заболеваний.

Нами было изучено обращаемость за скорой помощью по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей. Анализ показал, что обращаемость детей по поводу боли в животе в динамике имеет тенденцию к росту (таблица1).

Таблица 1. Обращаемость по поводу острого живота у детей

Годы	Выполнено вызовов (общая хирургическая патология)	Нозологии					
		Острый аппендицит		Острый холецистит		Острый панкреатит	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2008	16939	2761	16,3	64	0,4	84	0,5
2009	19643	3653	18,6	73	0,4	68	0,4

Из данных таблицы видно, что отмечается резкий рост обращаемости по поводу острого аппендицита.

В условиях скорой медицинской помощи врач не имеет времени для динамического наблюдения за больным, нет возможности применить дополнительные методы диагностики, вследствие этого затруднительна дифференциальная диагностика. Возникновению диагностических ошибок способствует недостаточное количество клинических симптомов заболевания, атипичное течение болезни. Поэтому до 81% из всех больных абдоминальным синдромом доставляются в приемный покой экстренной хирургии, где за больным в течение определенного времени ведется наблюдение в динамике и проводится лабораторно-инструментальная диагностика. Из них только 39% детей госпитализируются. На догоспитальном этапе гипердиагностика, как положительное явление, свидетельствует о повышенной настороженности врача.

Таким образом, на сегодняшний день в диагностике острых хирургических заболеваний брюшной полости у детей наиболее важным и перспективным направлением является объективизация методов выявления и оценки местных признаков заболевания. Рекомендуется при подозрении на острую хирургическую патологию немедленно доставить больного ребенка в профильный стационар для уточнения диагноза. Динамическое наблюдение в стационаре позволяет сократить число ошибок и дифференцировать большинство заболеваний с абдоминальным синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин А.А. Тактика ведения и скорая неотложная помощь при неотложных состояниях. РГКП. Астана, 2004.
2. Чернышов В.Н. Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии. Ростов на Дону, 2000.
3. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М. Москва. 2001. 808стр.
4. Годовые отчеты деятельности станции скорой медицинской помощи г.Шымкента 2008- 2009 г.г.

УДК.616.381-002;616.331-0,89.85

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

В.Э.Цай

Областная клиническая больница, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыста, 23 наукастың іш пердесі ірінді жайылмалы перитонитінде асқыну салдарынан дамыған жіті тыныс жетіспеушілігінде трахея - бронхті тазалау тәжірибесі қамтылған. Перитонитте дамыған жіті тыныс бұзылыстарын қалпына келтіру мақсатында, фибробронхоскопия жасау оңай да, тиімді әдіс екені көрсетілген. Оны қолдану және нәтижелілігі тек қана, жайылмалы ірінді перитонитте кешенді интенсивті терапиясы жүргізілгенде ғана артатыны анықталған.

SUMMARY

The study was conducted in 23 patients with acute respiratory failure developing in the purulent peritonitis of different etiology. Fibro- bronchoscopic pulmonary rehabilitation is an effective treatment of respiratory failure in patients with purulent peritonitis and can be used to treat these patients in intensive care department.

Одним из разновидностей жизнеугрожающей дисфункции органов, развивающейся у больных распространенным гнойным перитонитом является острая дыхательная недостаточность, которая по литературным данным занимает ведущее место в структуре полиорганной недостаточности (ПОН), на фоне эндотоксикоза нередко сопутствуя развитию печеночной и почечной недостаточности [1,2,5]. В связи с этим актуальность изучения функции внешнего дыхания в условиях гнойного процесса в брюшной полости, выявления ранних признаков дыхательной дисфункции и разработки методов ее профилактики и лечения не вызывает сомнения [3,4]. Однако, в большинстве случаев лечение развившейся дыхательной недостаточности ограничивается мерами консервативного характера, стимуляцией кашля, применением дыхательных analeptиков, ингаляцией, санацией ротоглотки. Насегодня такой метод коррекции дыхательной недостаточности не всегда дает желаемого эффекта и не предупреждает гипоксии [3]. Известно, что экстракорпоральные методы детоксикации, применяемые в данной патологии, эффективны не только при адекватной санации брюшной полости, но и при условии полноценной санации трахеобронхиального дерева, обеспечивают адекватной вентиляцией легких и потребность организма в кислороде [3]. В связи с этим для активной санации трахеобронхиального дерева, нами было предпринято применение фибробронхоскопии [4].

Цель работы. Изучить эффективность активной санации фибробронхоскопом трахеобронхиального дерева при дыхательной недостаточности у больных распространенным гнойным перитонитом.

Материал и методы. Исследование проведено у 23 больных с острой дыхательной недостаточностью, развившейся при распространенным гнойным перитоните различной этиологией, находившихся в ОРИТ областной клинической больницы за период 2006-2009 годы. Причем у всех больных дыхательная недостаточность явилась компонентом в структуре развившейся ПОН и сочеталась с печеночной недостаточностью у 6 больных, почечной недостаточностью у 2-х больных. У 18 больных была согласно классификации токсическая стадия перитонита, у 5 больных – терминальная, возраст - 35 -68 лет, мужчин - 16, женщин – 7. Этиологическая причина перитонита выглядела таким образом: деструктивный аппендицит – 5, деструктивный холецистит – 3, перфорация желудка и 12 перстной кишки – 6, острая кишечная непроходимость – 3, острый деструктивный панкреатит – 6.

Всем больным в комплекс интенсивной терапии была включена корригирующая инфузионная терапия, по показаниям экстракорпоральная гемокоррекция, детоксикация, широкоспектрная антибактериальная терапия. Показаниями к проведению фибробронхоскопии явились: субъективное ощущение чувство затрудненного дыхания и нехватки воздуха, наличие кашля, отхождение гнойной мокроты; наличие бронхо-обструктивного синдрома с появлением признаков дыхательной недостаточности; прогрессивное снижение экскурсии, появление участков гиповентиляций в базально-дорзальных, особенно в нижних отделах легких; наличие бронхиального дыхания, появление сухих и влажных хрипов, снижение объема форсированного вдоха и выдоха, снижение оксигенации крови до 82-84%. Клинически определялись тахипноэ до 30-40 дыхательных движений в минуту, тахикардия. На рентгенограмме легких: нерезкое инфильтративное затемнение различной величины и протяженности, нередко – расширение корней легких, увеличения лимфатических узлов. Фибробронхоскопия выполнялся, при помощи фибробронхоскопа BF-P30 фирмы Olympus, проводился осмотр

и санация трахеобронхиального дерева. Манипуляцию выполняли через рот предварительно обработав рефлекторные зоны трахеобронхиального дерева 10% раствором лидокаина для предотвращения ларинго- и бронхоспазма. Затем через канал бронхоскопа производили осмотр слизистой трахеи и бронхов, определяли характер и количество отделяемого, после чего приступали к эвакуации патологического содержимого бронхов. При необходимости, размывая и разжижая его подогретым раствором для лаважа, который включал раствор фурацилина или 0,9% раствора натрия хлорида в смеси с эуфиллином, преднизолоном и антибиотиками цефалоспориновой группы. Для большего эффекта санации бронхов за 2 часа до манипуляции внутримышечно вводили 2,0 мл лазолвана, или амбробена способствуя снижению вязкости и разжижению мокроты, усилению мукоцилиарного транспорта содержимого трахеобронхиального дерева. Заканчивали санацию введением в главные бронхи по 1 г цефалоспоринов 3- 4 й генерации, разведенных в 2-3-х миллилитрах 0,9% раствора хлорида натрия или 0,25% раствора новокаина.

Результаты и обсуждение. Анализ показал, что в результате проведения бронхоскопии у всех обследованных больных была диагностирована бронхопневмония различной степени тяжести. Характер патологического выпота и степень изменений бронхов зависели от стадии перитонита, то есть активности воспалительного процесса. Бронхоскопическая картина: визуализировалась отечная, гиперемированная слизистая оболочка бронхов с сужением просвета от 1/3 до 2/3 диаметра. Их просвет был заполнен вязким слизисто-гнойным секретом. У 7-ти больных отмечали наслоения фибрина. Далее проводили лаваж и санацию по вышеприведенной методике. Манипуляцию проводили ежедневно, у 17-ти один раз в течение 6 суток, у 4-ти больных два раза в сутки 7-9 раз, у 2 больных 3 раза в сутки – более 10 раз. Трех больных с терминальной стадией перитонита санацию осуществляли через эндотрахеальную трубку в связи с искусственной вентиляцией легких из-за нарастания дыхательной недостаточности. В дальнейшем из них умерли двое при нарастающих явлениях печеночно-почечной, дыхательной и сердечнососудистой недостаточности в условиях продолжающегося перитонита.

Для повышения эффективности процедуры санирования у 4 больных, включая 2 умерших, была наложена трахеостома, что дало возможность в промежутке между бронхоскопиями проводить аспирацию содержимого трахеи при помощи поливинилового катетера и вводить в трахею лечебные растворы. После санации больные отмечали улучшение функции внешнего дыхания проявляющееся как субъективными ощущениями больного, так и объективным увеличением экскурсии легких, объема форсированного выдоха и вдоха, увеличением РаО₂ крови. Наглядным показателем адекватности санации трахеобронхиального дерева служила величина оксигемоглобина крови, которую определяли при помощи аппарата УТА -300. Так, если исходно уровень оксигемоглобина колебался на 82-85%, то после проведения лаважа показатель поднимался до 93-96%. У больных с благоприятным исходом в процессе интенсивной терапии, отмечали постепенное увеличение эвакуации разжиженного секрета бронхов с преобладанием слизистого компонента. Свидетельством адекватности проводимой терапии служило также уменьшение отека слизистой оболочки и увеличение просвета бронхов, уменьшение количества отделяемого бронхов.

В тех случаях, когда вязкий секрет не удавалось адекватно отмыть стандартным раствором для лаважа, применяли растворы с трипсином, хемотрипсином. Однако, следует, учитывая их отрицательные свойства, особенно у ослабленных больных, применять надо осторожно. Для коррекции газового состава крови постоянно проводились ингаляции увлажненного кислорода. Таким образом, показано, что активная бронхоскопическая санация трахеобронхиального дерева в комплексе интенсивной терапии, включающей санацию этиологического очага, экстракорпоральную коррекцию, антибактериальную и симптоматическую терапию является эффективным методом коррекции функции внешнего дыхания у больных распространенным гнойным перитонитом.

Выводы. 1. Фибробронхоскопическая санация легких является эффективным методом лечения дыхательной недостаточности у больных распространенным гнойным перитонитом и может быть применена для лечения этой категории больных в условиях отделений интенсивной терапии.

2. Положительный результат санации трахеобронхиального дерева у больных распространенным гнойным перитонитом может быть достигнут только в комплексе интенсивной терапии, направленных на адекватное лечение перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
2. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис. – Минск: Новое знание, 2003.- 237 с.
3. Богдатыев В.Е. Респираторный дистресс-синдром взрослых у больных перитонитом: Автореф. дис...д-ра мед. наук.: 14.01.03 / – М., 1988. – 40 с.
4. Волков С.В., Дементьева И.В., Пинчук Т.П. и др. Возможности фибробронхоскопии в комплексной диагностике и лечении ингаляционной травмы верхних дыхательных путей // Анестезиология и реаниматология. –2002. – №2. – С.23-25.
5. Филипович Н.Е., Кирковский В.В., Николайчик В.В. и др. Клинико-биохимическая характеристика печеночной недостаточности при перитоните // Клиническая медицина. – 1988. – Т. 66. – №7. – С.93-96.

УДК 616.981.42:616.1 (574.5)

ЭКГ – ПРИЗНАКИ, КАК ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

А.А.Нурмашева, Г.Н.Абуова, Ф.А.Бердалиева, Г.М.Маханова, Л.Б.Байтемирова, К.М.Сугирбекова
 Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
 Городская инфекционная больница, г. Шымкент
 Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бруцеллездің жедел және созылмалы түрлерімен ауыратын 70 науқастың, қан-тамыр жүйесінің ЭКГ мәліметтері бойынша функциональды жағдайының тексеру нәтижелері көрсетілген.

SUMMARY

The results of a functional condition of the cardio-vascular system observed by the electrocardiogram at 70 patients with acute and chronic forms of brucellosis were shown in this article.

Южно-Казахстанская область является одной из неблагополучных территорий Республики Казахстан по заболеваемости бруцеллезом. Заболеваемость бруцеллезом по г.Шымкенту регистрируется среди лиц в возрасте от 18 до 50 лет. На эту возрастную группу приходится до 75% всех случаев бруцеллеза, что определяет социально-экономический ущерб, наносимый бруцеллезной инфекцией. На лечение одного больного в среднем расходуется 30 тысяч тенге. При бруцеллезе одной из наиболее часто вовлекаемых в патологический процесс является сердечно-сосудистая система. У больных бруцеллезом патологические изменения проявляются развитием миокардитов, токсических изменений, дистрофии миокарда, перикардитов, васкулитов [2,3]. Механизм поражения ССС объясняется влиянием токсикоинфекционных процессов, угнетением функционального состояния антиоксидантной системы, развитием ДВС-синдрома, внутриклеточного ацидоза и активации перекисного окисления липидов, что в свою очередь обуславливает, в том числе и нарушения различных функций миокарда и сосудов [1].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 70 больных бруцеллезом в возрасте от 18-50 лет, из них 30 больных с острой формой и 40 с хроническими формами бруцеллеза. Диагноз всем больным поставлен на основании клинического и лабораторно-инструментального обследования, включавшего серологические реакции Хеддельсона и Райта. Больным проводилась электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях на электрокардиографе ЭК1Т – 07 электрокардиограф «Аксион» портативный. Полученные результаты сравнивали с результатами обследования контрольной группы, состоящей из 20 здоровых лиц в возрасте от 18 до 50 лет.

Результаты и обсуждение. Поражения ССС у больных острым бруцеллезом клинически проявлялись кардиалгией (10%), сердцебиением (16,6%) приглушенностью тонов (62,1%) наличием систолического шума над верхушкой сердца (12,2%), артериальной гипотонией (70,1%), повышением частоты сердечных сокращений ЧСС (36,3%). У больных с хроническим бруцеллезом в 87,1% случаев отмечались кардиалгия, в 10,7% сердцебиения, в 11,1% - расширение границ сердца влево, в 52,1% - приглушенность тонов, 2,0% систолический шум над верхушкой и в 7% случаев – артериальная гипотония. ЭКГ целесообразно использовать для выявления характера и степени функциональных изменений ССС. Результат анализа электрокардиографических исследований, проведенных у больных бруцеллезом острой и хронической форм показал, что ЭКГ – изменения различного характера зарегистрированы у 75% больных. Характер изменений отдельных элементов ЭКГ у больных бруцеллезом представлен в таблице.

Показатель	Острый бруцеллез (n= 30)		Хронический бруцеллез (n= 40)	
	абс.	%	абс.	%
Синусовая брадикардия (ЧСС < 60 в минуту)	2	6,6%	5	12,5%
Синусовая тахикардия (ЧСС > 90 в минуту)	17	56,6%	11	2,75%
Синусовая аритмия	3	10%	10	25%
Желудочковая экстрасистолия	-	-	3	7,5%
Атриовентрикулярная блокада I степени	1	3,3%	4	10%
Внутрижелудочковая блокада	1	3,3%	3	7,5%
Синдром ранней реполяризации желудочков	-	-	5	12,5%
Диффузные изменения	16	53,3%	30	75%

ST ниже изоэлектрической линии (более 2 мм)	1	3,3%	4	10%
ST выше изоэлектрической линии (более 2 мм)	1	3,3%	2	5%
Отрицательный зубец T	2	6,6%	2	5%

При остром бруцеллезе ЧСС составила $82 \pm 0,5$ в минуту, а при хроническом бруцеллезе – $76,1 \pm 0,6$ в минуту. Что достоверно выше, чем в контрольной группе. Анализ ЭКГ данных показал, что грубых нарушений в миокарде у больных среднетяжелыми формами бруцеллезной инфекцией не выявлено. Частота и степень выраженности ЭКГ - изменений в определенной мере зависели от тяжести течения бруцеллезной инфекции. У больных с тяжелым течением заболевания эти изменения были особенно выраженными. В связи с этим, выявленные на ЭКГ нарушения автоматизма, возбудимости и проводимости являются основными проявлениями поражения сердца у больных бруцеллезом. При острой форме бруцеллеза эти изменения чаще носят токсико-инфекционный характер, в то время как очаговые поражения более характерны для хронического бруцеллеза и выявляются на ЭКГ в виде нарушения ритма, экстрасистолий и неполных блокад предсердно-желудочного пучка, что обусловлено распространением воспалительного процесса в миокарде и поражением проводящей системы сердца. Полученные результаты проведенных исследований показали, что ранняя диагностика поражений сердца у больных бруцеллезной инфекцией позволяет нам своевременно оценить тяжесть заболевания, диагностировать скрытые симптомы поражения миокарда, по мере необходимости начать медикаментозную терапию кардиопротекторами, проводить реабилитацию больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алигишиева М.Д. Роль антиоксидантной системы в развитии кардиогемодинамических нарушений у больных бруцеллезом: Автореф. дис. канд. мед. наук. –Махачкала, 2000. С. 3-7.
2. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. // Сборник науч. трудов VI Республиканской науч.-практ. конф. «Зоонозы: Актуальные проблемы в клинике и эксперименте». –Махачкала, 2000. С. 131-137.
3. Ющук Н.Д., Венгерев Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. –М., 1999. С. 322-338.

УДК 616-002.77:612.017.1

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИМУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ

*Ж.А.Мирзабекова, М.А.Мураталиева, Г.Б. Жалмурзаева, Г.А.Ешпаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Городская центральная поликлиника, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Жүргізілген зерттеуде жүйелі васкулиттермен ауыратын науқастарда жасушалық және гуморалдық иммунитеттің тізбегінің бұзылуын көрсетеді. Бұл тағы да аурудың негізін иммундық бұзылыстар құрайтынын дәлелдейді

SUMMARY

The article is about the cellular and humoral sections of immunity changed in patients with systemic vasculitides.

Системные васкулиты – это группа заболеваний, в основе которых лежит генерализованное поражение сосудов с воспалением и некрозом сосудистой стенки, приводящих к вторичным изменениям в органах и тканях [1]. Среди факторов, способствующих их возникновению, в настоящее время, наиболее значимы инфекционные агенты, лекарственная аллергия, некоторые химические вещества, воздействие никотина, наследственная предрасположенность к сосудистым и ревматическим заболеваниям. Полагают, что при васкулитах в повреждении сосудистой стенки одновременно участвуют несколько взаимосвязанных механизмов, при этом важную патогенетическую роль играют иммунные процессы [2,3]. Наибольшее значение придают активации клеточного иммунитета, циркулирующим в крови и осаждающимся на стенках сосудов иммунным комплексам, образованию аутоантител к антигенным компонентам сосудистой стенки (коллаген, эластин) и эндотелиальных клеток, фосфолипидам клеточных мембран, а также к цитоплазме нейтрофилов (антинейтрофильные цитоплазматические антитела). Многими исследователями при помощи современных методов иммунологической диагностики выявлены существенные изменения в иммунной системе у больных системными васкулитами. Однако, исследования касаются либо отдельных иммунологических показателей, а не комплекса, либо основываются на единичных наблюдениях. В связи с этим нами было проведено исследование по изучению иммунологических параметров клеточного и гуморальных звеньев у больных некоторыми формами системными васкулитами (геморрагический васкулит (ГВ), узелковый полиартериит (УП), неспецифический аортоартериит (НАА)), проживающих в Южно-Казахстанской области.

Материалы и методы. Было обследовано 86 больных, включая 56 ГВ (32 женщин и 24 мужчин, средний возраст составил $29,01 \pm 1,54$ года), 18 НАА (все женщины, средний возраст $29,64 \pm 2,67$), и 12 УП (8 женщин и 4 мужчин, средний возраст $39,72 \pm 2,34$ года). 30 здоровых жителя г. Шымкента составили группу контроля. Иммунологические исследования включало в себя определение числа лимфоцитов с различными маркерами дифференцировки (CD3, CD4, CD8, CD16, CD38, CD20, CD95, HLADR) с помощью моноклональных антител производства ООО «Сорбент» (Москва, Россия). Определение иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови проводили с использованием моноспецифических сывороток (НИИЭМ им. И.Ф.Гамалеи) методом радиальной иммунодиффузии в агаре по Манчини (Manchini, 1965). Определение иммуноглобулина Е проводили методом твердофазного ИФА с помощью коммерческого набора производства ООО Вектор-Бест (Новосибирск, РФ) согласно инструкции производителя. Определение ЦИК проводили методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля.

Результаты и обсуждение. При всех формах СВ нарушаются оба звена иммунитета: клеточный и гуморальный представлены в таблице:

Показатели	Больные ГВ, острая форма n=30	Больные ГВ, хрон. форма n=23	Больные УП, n=12	Больные НАА, n=18	Контроль n=30
Лейкоциты	$9310 \pm 186,74^{***}$	$5661 \pm 151,35^*$	$6206 \pm 162,84$	$9640 \pm 218,42^{**}$	$6500 \pm 163,71$
Лимфоциты % абс, кл/мкл	$36,35 \pm 3,44$ $3300 \pm 297,5^*$	$25,94 \pm 2,68$ $1468 \pm 83,72^{***}$	$24,1 \pm 2,38^*$ $1497 \pm 79,68^{**}$	$26,4 \pm 2,47$ $2545 \pm 119,23^*$	$33,2 \pm 3,24$ $2158 \pm 20,76$
CD3, % абс, кл/мкл	$47,96 \pm 4,62$ $1582 \pm 64,76^{**}$	$44,11 \pm 4,09^*$ $646 \pm 57,85^{***}$	$41,0 \pm 3,91^*$ $615 \pm 58,74^*$	$52,4 \pm 5,09$ $1334 \pm 92,71^*$	$58,5 \pm 5,41$ $1262 \pm 41,93$
CD4, % абс, кл/мкл	$34,60 \pm 3,28$ $1132 \pm 108,7^*$	$23,44 \pm 2,18$ $344 \pm 32,54^{**}$	$24,3 \pm 1,96$ $363 \pm 34,28^*$	$24,4 \pm 2,32$ $621 \pm 54,62$	$30,4 \pm 2,87$ $656 \pm 59,23$
CD8, % абс, кл/мкл	$14,25 \pm 1,25^*$ $468 \pm 39,42$	$20,22 \pm 2,01$ $296 \pm 24,33^*$	$17,5 \pm 1,62$ $266 \pm 24,13^*$	$19,2 \pm 1,69$ $488 \pm 42,18$	$19,8 \pm 1,69$ $427 \pm 38,23$
ИРИ	$2,4 \pm 0,18$	$1,16 \pm 0,01^*$	$1,39 \pm 0,01^{**}$	$1,27 \pm 0,01^{***}$	$1,53 \pm 0,01$
CD16, %	$13,82 \pm 1,21$	$12,22 \pm 1,13$	$14,1 \pm 1,38$	$21,3 \pm 2,02^*$	$12,4 \pm 1,19$
CD20, % абс, кл/мкл	$36,89 \pm 3,54^{**}$ $1217 \pm 120,3^{**}$	$26,61 \pm 2,32$ $390 \pm 34,17$	$35,5 \pm 3,06^{**}$ $382 \pm 34,25$	$21,7 \pm 2,12$ $552 \pm 51,32$	$20,5 \pm 2,04$ $442 \pm 42,74$
CDHLADR, %	$13,96 \pm 1,26^{**}$	$18,5 \pm 1,08^*$	$17,9 \pm 1,62^*$	$16,8 \pm 1,56^{**}$	$25,2 \pm 2,36$
CD38, %	$35,78 \pm 2,94^*$	$19,77 \pm 1,84$	$28,7 \pm 2,79$	$34,2 \pm 3,36^*$	$24,1 \pm 2,28$
CD95, %	$33,46 \pm 3,02^*$	$31,22 \pm 3,05$	$27,4 \pm 2,44$	$30,9 \pm 2,74$	$25,4 \pm 2,32$
IgG, мг%	$1164,78 \pm 89,22$	$1020 \pm 71,69$	$1191 \pm 112,64$	$1320 \pm 124,29$	$1027 \pm 101,43$
IgA, мг%	$285,78 \pm 27,63^*$	$208 \pm 19,42$	$225 \pm 20,16$	$237 \pm 21,43$	$189 \pm 17,94$
IgM, мг%	$160 \pm 15,18^*$	$124 \pm 11,93$	$128 \pm 11,82^*$	$152 \pm 14,86^*$	$102 \pm 9,42$
IgE, МЕ	$86,4 \pm 8,46^*$	$68,73 \pm 6,74$	$210 \pm 20,64^{**}$	$70 \pm 6,24$	$64 \pm 6,09$
ЦИК, у.е.	$154 \pm 14,13^{***}$	$118,7 \pm 10,63^{**}$	$148,3 \pm 14,62^{***}$	$132 \pm 12,21^{***}$	$59,4 \pm 5,43$

Как видно, наиболее значимыми сдвигами при острой форме ГВ являются снижение CD3 – Т лимфоцитов и CD8 – цитотоксических Т лимфоцитов при ярко выраженной стимуляции В лимфоцитов и активационных маркеров CD38 и CD95. Выявленные снижения CDHLADR почти в 2 раза ниже нормы, свидетельствуют о снижении антигенпрезентирующей функции CD3 лимфоцитов. Со стороны гуморального звена иммунитета выявлен рост иммуноглобулинов всех классов, особенно IgA и почти трехкратный рост циркулирующих иммунных комплексов. Хроническая форма ГВ также характеризовалась значительными сдвигами в иммунном статусе, особенно в клеточном звене иммунитета. Выявлен дефицит CD3 – Т лимфоцитов за счет снижения CD4 – Т лимфоцитов хелперов, а не цитотоксических CD8 – Т лимфоцитов, что характерно было для острой формы ГВ. Стимуляция В звена иммунитета наблюдалась ниже, что подтверждалось показателями сывороточных иммуноглобулинов, которые за исключением IgM выявлялись в пределах значений контроля. А вот ЦИК, несмотря на достоверное снижение содержания относительно острого периода ($p < 0,001$) в два раза превышало показатели нормы, что подтверждает концепцию об активном участии ЦИК в повреждении сосудистой стенки.

При узелковом полиартериите выявлены выраженные изменения клеточного звена иммунитета, которые характеризовались снижением общего пула CD3 T - лимфоцитов за счет снижения иммунорегуляторных субпопуляций – CD4 хелперов и CD8 цитотоксических T-лимфоцитов на фоне ярко выраженной активации В-лимфоцитов (CD20 и CD38) и роста иммуноглобулинов IgG, IgA, IgE и циркулирующих иммунных комплексов. Интересные результаты были получены при исследовании IgE. Несмотря на широкий размах индивидуальных значений у всех пациентов с УП концентрация IgE превышало значение нормы и в среднем составила $210 \pm 20,64$ ($p < 0,001$). Возможно, что это повышение отражает аллергический характер пускового механизма патологического процесса. При НАА нарушения иммунитета характеризовались дефицитом T – клеточного звена иммунитета, что проявилось снижением CD3 T лимфоцитов за счет выраженного снижения содержания CD4 T-лимфоцитов на фоне роста естественных клеток киллеров, CD95 и CD38 клеток. У всех больных выявлено увеличение концентрации иммуноглобулинов основных классов ($p < 0,001$ для IgA, IgG, IgM соответственно). У 23 % больных с НАА обнаруживалась повышенная концентрация IgE, но средние значения не отличались достоверно от показателей нормы ($p < 0,05$). Наблюдался рост циркулирующих иммунных комплексов, который в 2 раза превышал показатели нормы ($p < 0,001$), что отражает факт аутоиммунной агрессии.

Таким образом, течение различных нозологических форм СВ сопровождается иммунологическими изменениями, которое проявляется снижением CD3 T – лимфоцитов за счет снижения CD4 T- хелперов, ростом содержания В-лимфоцитов (CD20), т.е. нарушением процессов дифференцировки лимфоцитов (повышение CD38 – отражает уровень пролиферации T и В лимфоцитов, снижение CDHLADR – поздний маркер активации, повышение CD95 – определяет запрограммированную гибель клеток), основных классов иммуноглобулинов, более чем 2-х кратным ростом циркулирующих иммунных комплексов. Это состояние клеточного и гуморального звена у больных с ГВ острым и хроническим течением, УП, НАА свидетельствует об общем механизме иммунопатологических сдвигов, что представляет интерес для разработки патогенетически обоснованных комплексных схем лечения с соответствующими критериями эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Системные васкулиты: современные стандарты диагностики и лечения. // РМЖ. – 2005. - №24, том 13. – С. 1577-1581.
2. Насонов Е.Л., Баранов А.А. Современные представления об этиологии и патогенезе системных васкулитов: роль аутоантител и нарушений клеточного иммунитета (часть II). Клиническая медицина. 1998. №8. С. 4-9.
3. Насонов Е.Л. Патогенетические механизмы системных васкулитов. //Врач. – 2000. - №5. – С.14-15.

УДК: 616.712-007.24-053.2-089

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

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

ТҮЙІН

Воронка тәрізді деформацияның хирургиялық емінің нәтижесін анықтау үшін көптеген тәсілдер ұсынылған, бірақ бұл тәсілдер кеуде клеткасында болатын өзгерістерді ғана анықтайды. Ал төмендегі әдіс емдеу нәтижелерінен кейінгі кеуде клеткасындағы өзгерістермен қатар, кардиореспираторлы жүйенің функциональді жағдайы мен операциядан кейінгі жара аймағының өзгерістерін анықтайды.

SUMMARY

Many methods of surgical treatment of funnel chest were determined. It provided a way to determine the outcome of treatment, which is the most complete and accurate in the functional state of the cardiorespiratory system and the changes in the surgical wound.

Разработанный способ может быть использован для достоверной и полной оценки результатов хирургического лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки. Известен способ определения результатов хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки, в котором результат оценивается по степени устранения деформации [1]. Недостатком данного способа является отсутствие точных критериев результатов лечения воронкообразной деформации грудной клетки. Авторы акцентируют наибольшее внимание на степень восстановления нормальных пропорции грудной клетки. Известен способ определения результатов хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки, заключающийся в использовании трехбалльной системы основанной на измерении индекса Гижицкой. Хороший результат – ИГ=1,0, удовлетворительный – ИГ=0,9-0,7, неудовлетворительный = < 0,7 [2].

Недостатком данного способа является оценка лишь ортопедического эффекта – увеличения размера ретростернального пространства после хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки, полученного с использованием рентгенологического метода обследования. Наиболее близким является способ определения результатов хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки основанный на цифровом анализе клинических, антропометрических, рентгенологических и функциональных признаков. По каждому из признаков ребенку в зависимости от степени изменения того или иного показателя выставляется определенный балл (10, 5, 1). Конечная оценка основывается на величине суммарного балла, разделенного на число использованных признаков. Хороший результат от 5 до 10 баллов, удовлетворительный от 3,0 до 4,9, неудовлетворительный менее 3,0 баллов [3]. Существенным недостатком является то, что при оценке результатов хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки не учитываются послеоперационные изменения в области рубца, и не включены объективные данные УЗИ сердца и компьютерной томографии грудной клетки. Целью изобретения является повышение точности и достоверности способа определения результатов хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки. Указанный технический результат достигается тем, что в предложенном способе определения результатов хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки, для получения положительного объективного эффекта в комплекс способа включены результаты обследования вегетотрофических расстройств в послеоперационной области и данные УЗИ, ЭхоКГ и компьютерной томографии.

Необходимость этих критериев для оценки результатов лечения после хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки очевидны, так как у всех больных имеются рубцы кожных покровов в послеоперационной области измененные в разной степени и влияющие на общее психологическое состояние пациента. Данные УЗИ и компьютерной томографии достоверно указывают о степени восстановления нарушенных функций со стороны сердца и легких. Способы определения отдаленных результатов лечения воронкообразной деформации грудной клетки, по 19 важным признакам с выставлением определенного балла в зависимости от нарушений, представлены в таблице 1.

Таблица 1

№	Симптомы и признаки	Число баллов
1	2	3
I. Общеклинические изменения		
1	Жалобы на усталость:	
	а) жалоб нет	10
	б) жалобы на усталость при физической нагрузке	5
	в) жалобы на быструю утомляемость	1
2	Жалобы на одышку:	
	а) жалоб нет	10
	б) одышка при умеренной физической нагрузке	5
	в) одышка при незначительной физической нагрузке	1
3	Жалобы на боли в области операции и за грудиной:	
	а) жалоб нет	10
	б) на боли за грудиной при физической нагрузке	5
	в) на постоянные боли проявляющиеся при глубоком вдохе, в покое	1
4	Жалобы на сердцебиение	
	а) отсутствуют	10
	б) сердцебиение при физической нагрузке	5
	в) сердцебиение в покое	1
5	Склонность к простудным заболеваниям и обострения хронического	
	а) после торакопластики прекратились	10
	б) возникает значительно реже, периодический небольшой сухой кашель	5
	в) не прекратились, кашель постоянный	1
6	Симптом «парадокса дыхания»	
	а) отрицательный	10
	б) слабо положительный при глубоком вдохе	5
	в) положительный при нормальном вдохе	1
7	Физическое развитие после торакопластики	
	а) хорошее	10
	б) среднее	5
	в) ниже среднего	1
8	Осанка	
	а) нормальный тип осанки	10
	б) едва заметное нарушение	5

	в) патологический вид осанки	1
9	Искривление позвоночного столба	
	а) отсутствует	10
	б) сколиоз I ст	5
	в) сколиоз II ст	1
10	Форма передней стенки грудной клетки	
	а) нормальная	10
	б) западение грудной клетки до 1,5 см	5
	в) западение до исходного уровня	1
11	Состояние послеоперационного рубца	
	а) рубец тонкий, до 0,3 см	10
	б) келоидный рубец от 0,4 до 0,7 см	5
	в) келоидный рубец шире 0,7 см влияющий на психическое состояние ребенка	1
	II. Рентгенологические изменения	
12	Изменения прозрачности легочных полей и усиление легочного рисунка	
	а) отсутствуют	10
	б) едва заметные изменения в легких	5
	в) явные изменения в легких	1
13	Признаки смещения органов средостения	
	а) отсутствуют	10
	б) незначительное смещение сердца влево	5
	в) смещение, ротация и компрессия сердца с увеличением диаметра и конфигурации круглых стволов артерии и вен	1
14	Расстояние ретростерального пространства	
	а) индекс Гижичкой более 0,7	10
	б) =0,7	5
	в) менее 0,7	1
	III. Изменения при лабораторно-инструментальных методах исследования (ЭКГ, УЗИ сердца, ЭхоКГ, спирография, КЩР, КТ.)	
15	Нарушения функционального состояния сердца	
	а) отсутствуют	10
	б) сочетание двух электрокардиографических изменений функции сердца в различной комбинации	5
	в) сочетание трех или нескольких электрокардиографических изменений функции сердца в различной комбинации	1
16	Функциональная способность аппарата внешнего дыхания:	
	а) нарушений функции нет	10
	б) уменьшение ЖЕЛ, МВЛ, РД, КиО ₂ и увеличение МОД	5
	в) показатели функции внешнего дыхания снижены на 20-30%	1
17	Кислотно-основное состояние крови	
	а) нарушений нет	10
	б) компенсаторный дыхательный алкалоз	5
	в) метаболический ацидоз	1
18	Результаты УЗИ сердца и ЭхоКГ	
	а) отсутствуют	10
	б) сочетание двух функциональных нарушений со стороны сердца в различных комбинациях	5
	в) сочетание трех или нескольких функциональных нарушений со стороны деятельности сердца в различных комбинациях	1
19	Показатели компьютерной томографии	
	а) ретростеральное пространство увеличилось, сердце приняло свое нормальное положение	10
	б) ретростеральное пространство увеличилось незначительно, небольшое смещение сердца влево	5
	в) ретростеральное пространство осталось прежним, сердце смещено влево с признаками ротации и компрессии	1

Итоговая оценка после лечения в целом основывается на сумме баллов, разделенной на 19 признаков.

В зависимости от результатов клинико-функциональных методов исследования выделены 3 группы исходов: I группа – при сумме баллов от 5 до 10 исход лечения считается хорошим; II группа – от 3,0 до 4,9 балла удовлетворительным; III группа – от 1,0 до 2,9 балла неудовлетворительным. Заявляемый способ разработан и прошел клиническое испытания в оценке результатов лечения у 10 детей после торакопластики с фиксацией грудинореберного комплекса на внешней шине. Применение данного способа позволило объективно оценить отдаленные результаты по изменениям 19 важным показателям функции организма, где трофические нарушения и изменения кожных покровов в послеоперационной области и методы УЗИ исследования, и компьютерной томографии имели существенное значение, обеспечивая повышение точности при объективизации состояния больного после хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. Примером оценки отдаленных результатов после хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки может служить следующее наблюдение:

Пример. Больной О. 2001 г.р., №5893 истории, поступил в клинику 20.06.05г. с диагнозом: Воронкообразная деформация грудной клетки Шст. Симметричная форма. Субкомпенсированная стадия. 22.06.05г была произведена операция: «Торакопластика с фиксацией грудинореберного комплекса на внешней шине». Выписан из стационара 19.07.05г. Согласно заявляемому способу ребенок обследован через 2 года 6 месяцев после выписки из стационара. Данные обследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

№	Симптомы и признаки	Число баллов
1	Жалобы на усталость	10
2	Жалобы на одышку	10
3	Жалобы на боли в области операции и за грудиной	10
4	Жалобы на сердцебиение	5
5	Склонность к простудным заболеваниям и обострения хронического	5
6	Симптом «парадокса дыхания»	10
7	Физическое развитие после торакопластики	5
8	Осанка	5
9	Искривление позвоночного столба	10
10	Форма передней стенки грудной клетки	10
11	Состояние послеоперационного рубца	10
12	Изменения прозрачности легочных полей и усиление легочного рисунка	10
13	Признаки смещения органов средостения	5
14	Расстояние ретростерального пространства	10
15	Нарушения функционального состояния сердца	5
16	Функциональная способность аппарата внешнего дыхания	10
17	Кислотно-основное состояние крови	10
18	Результаты УЗИ сердца и ЭхоКГ	5
19	Показатели компьютерной томографии	5

Общее количество баллов – 140. При делении на число использованных признаков (19) получаем 7,3 баллов. Таким образом, отдаленный результат отнесен к I группе (хороший). У данного больного грудная клетка приобрела нормальную форму, нет особых функциональных нарушений со стороны сердца и легких. Предложенный способ существенно отличается от известных аналогов и прототипа, обеспечивает положительный эффект в виде повышения точности и достоверности способа путем объективизации полученных результатов в послеоперационном отдаленном периоде. Способ точен и объективен при оценке результатов лечения воронкообразной деформации грудной клетки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибрагим М. // Совершенствование хирургического лечения при воронкообразной деформации грудной клетки у детей// дисс.к.м.н... Астана, 2007.
2. Гераськин В.И., Рудаков С.С., Васильев Г.С., Герберг А.Н.// Магнитохирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки// Москва, «Медицина», 1986.
3. Ормантаев К.С., Карабеков А.К., // Воронкообразная деформация грудной клетки у детей// монография, Шымкент, 2001.

УДК: 616.712-007.24-053.2-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Н.С. Нарходжаев

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Балалардағы кеуде клеткасының «воронка» тәрізді деформациясы балалар хирургиясы мен ортопедия саласында хирургиялық емі операциядан кейінгі асқынуларына байланысты маңызды болып табылады, сонымен қатар деформацияның рецидиві де кездеседі. Кеуде клеткасының «воронка» тәрізді деформациясының оперативті емінің жиі қолданылатын әдістері көрсетіледі.

SUMMARY

Surgical treatment of funnel chest in children remains the most important problem in pediatric surgery and orthopedics, which is associated with complications after the operation.

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой различное по форме и глубине искривление грудины и передних отделов ребер, приводящее к уменьшению объема грудной клетки, сдавлению и смещению органов средостения, вызывающее функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, проявляющееся различной степенью выраженности косметическими дефектами [1,2,7,8,13]. Лечение ВДГК - только оперативное, и никакие физические упражнения не способны корригировать деформацию [3,4,6,13]. Оперативное лечение ВДГК рекомендуют начинать как можно раньше по данным разных авторов - от 4 до 6 лет. Ранним оперативным лечением достигается правильное формирование грудной клетки, предупреждается развитие функциональных нарушений, а также вторичных деформаций со стороны грудной клетки и позвоночника [10,11,14]. В этом возрасте грудная клетка эластична и легче поддается коррекции, дети лучше переносят операцию и период реабилитации. Чем старше больной, тем сложнее и травматичнее торакопластика.

В настоящее время существует множество способов оперативного лечения ВДГК, которые можно классифицировать на 5 групп, но наибольшее распространения получили две из них:

С фиксацией грудино-реберного комплекса на внешней тракционной шине (Маршева И.А., Баирова Г.А., Карабекова А.К.). С применением внутренних фиксаторов (спицы, пластины). 1. Операции с фиксацией грудино-реберного комплекса на внешней тракционной шине. По методике Гросс после резекции деформированных реберных хрящей, выполняют клиновидную стернотомию, за грудь проводят проволочную нить или леску, края которой через кожу выводят наружу и фиксируют на специальном корсете. Путем постоянной тракции за нить в течение 6-12 недель осуществляется исправление деформации. Торакопластика по Г.А. Баирову осуществляется следующим образом: Операцию выполняют из 6 небольших кожных разрезов. Первый производят у нижнего края грудины. Мечевидный отросток отсекают от грудины. Через образовавшееся окно тупым способом ретростернально отслаивают париетальную плевру и перикард от грудины и ребер, рассекают грудино-диафрагмальную связку. Симметрично по 2 с каждой стороны производят еще 4 кожных разреза у латеральных краев деформации, через которую выполняют сегментарную резекцию деформированных реберных хрящей в местах их перехода в костную часть ребер, а так же отсекают искривленные хрящи от грудины. Последний разрез кожи производят над грудиной у верхнего края деформации для клиновидной стернотомии с сохранением внутренней пластинки грудины. Концы ранее резецированных ребер сшивают вместе. Грудь в нижней ее трети прошивают толстой лавсановой нитью, края которой выводят наружу и фиксируют на шине И.А. Маршева. У старших детей вытяжение осуществляют не только за грудь, но и за деформированные ребра [14].

Карабеков А.К. предложил после полной мобилизации грудино-реберного комплекса накладывать аппарат внешней фиксации оригинальной конструкции. Конструкцию снимают через 1-1,5 месяца [9]. Недостатком почти всех операций с применением наружных фиксирующих устройств, в первую очередь, является неизбежное сообщение загрудинного пространства с внешней средой по ходу нитей, ношение громоздких аппаратов внешней фиксации тяжело переносится детьми. В течение всего периода коррекции деформации пациенты не могут посещать детские учреждения, нуждаются в строжайшем соблюдении правил асептики и антисептики, а так же в постоянном контроле со стороны оперирующих хирургов. Операции с применением внутренних фиксаторов. Rehbein F. производит поднадкостничную сегментарную резекцию деформированных реберных хрящей по парастеральной линии и у наружного края деформации. Формируют отверстия в 4-6 ребрах, через которые проводят металлические шины. Грудь и ребра фиксируют в корригированном положении специальными фиксаторами. Фиксаторы удаляют через 3 года после операции. Торакопластика по Paltia V. и Sulamaa M: после отделения мечевидного отростка вместе с прямыми мышцами живота от грудины. Реберные хрящи от II ребра до реберных дуг включительно резецируют с сохранением надхрящницы. Выполняют поднадкостничную клиновидную стернотомию на уровне II ребер. Через нижнюю треть грудины между ее кортикальными пластинками проводят металлическую пластину, края которой загибают по форме грудной клетки и фиксируют к костным частям ребер капроновыми лигатурами. Пластины удаляют через 6-8 месяцев.

Операция по Nuss D., через два небольших кожных разреза на боковых поверхностях грудной клетки в V или VI межреберье тупым способом за грудиной формируют тоннель, через который проводят С-образно изогнутую стальную пластину. Поворотом пластины на 180° вокруг ее оси грудь и передние отделы ребер выводят в нормальное положение. Пластины фиксируют к ребрам и оставляют на срок от 1 до 4 лет, в

зависимости от степени исходной деформации и сопутствующей патологии [15]. Микичев С.Б. в 1998 году предложил, для фиксации грудинореберного комплекса в корригированном положении, устройство содержащее пластины и гибкие элементы фиксации, которая вводится в загрудинное пространство на уровне IV-V межреберье и разворачивается на 180°, с целью повышения жесткости фиксации устройство пластина выполнена изогнутой конгруентно внутренней поверхности костей грудной клетки в области грудины с V-образными насечками под гибкие элементы на концах [10]. В 2001 году Ибрагимов Ш., для фиксации грудинореберного комплекса разработали пластину собственной конструкции, отличающийся тем, что на краях пластины делались ступенчатые площадки для упора в концы резецированных ребер, чтобы не было соскальзывания пластинок. На этих площадках просверливались 2 отверстия для фиксации их к дистальной и проксимальной части резецированного ребра. Пластины вводят за грудинно на уровне V-VI ребер. Пластина подбирается индивидуально в зависимости от формы, вида и размера деформации [16].

Абдрахманов А.Ж., Тажин К.Б., корригируют грудину путем поперечной неполной клиновидной стернотомии во втором межреберном промежутке, заднюю кортикальную пластинку лиш надламывают. Для стабилизации грудино-реберного комплекса используют 2 толстые спицы диаметром 2-2,5мм, которые проводят под грудиной, перекрещивая на вершине воронки. Концы спиц выводят через межреберные промежутки на поверхность ребер, за пределы мобилизованной реберно-грудинной «панели». Концы каждой спицы изгибают под прямым углом в противоположные стороны, погружая их в толщу мягких тканей, чтобы спицы опирались на выше и ниже лежащие ребра [1,8,12]. Существенными недостатками при торакопластике с применением внутренних фиксаторов по данным разных авторов является возможность следующих осложнений, как повреждение внутригрудной артерии (1%), повреждение париетальной плевры с развитием гемопневмоторакса (4-15%) и пневмоторакса (8-10%), миграция металлоконструкции (3-5%), перелом одной из спиц (6%), пневмония (10-15%), краевой некроз кожи (4-5%).

В связи с этим дальнейшее усовершенствование оперативного метода лечения воронкообразной деформации грудной клетки в настоящее время остается наиболее актуальной в детской хирургии и ортопедии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов А.Ж., Тажин К.Б. Классификация степеней воронкообразной деформации грудной клетки и техника фиксации грудино-реберного комплекса // Травматология және ортопедия. Астана, 2002, №1 - С.16-17.
2. Карабеков А.К., Альжанова Ж.С., Бектаев Е.Т., Тулегенова С.С., Югов Ю.М. // Современный взгляд на изменения в организме при воронкообразной деформации грудной клетки // Травматология және ортопедия, Астана, 2003, №2 С.78-81.
3. Ерекешов, А.Е., Разумов, А.А., Разумов, С.А., Бектасов, Ж.К., Журтубаев Т.Н. Торакопластика воронкообразной деформации грудной клетки у детей. Травматология және ортопедия, Астана, 2004, №2 - С.38-39.
4. Винаградов А.В. // Стернохондродистракция – новый метод лечения воронкообразных деформаций грудной клетки у детей // Детская хирургия, Москва, 2003, № 2 С 21-23.
5. Кондрашин Н.И., // Варианты торакопластики при воронкообразной деформации грудной клетки // Ортопедия, травматология и протезирования М. 1983 №3 С.29-33.
6. Урмонас В.К. // Тактика хирурга при воронкообразной деформации грудной клетки // Травматология, ортопедия и протезирования М. 1982 №11 С.43-46.
7. Кондрашин Н.И., Гордеев А.Н., Соколов В.А. // Способ торакопластики плосковоронкообразной деформации грудной клетки // Травматология, ортопедия и протезирования М. 1988 №1 С.48-50.
8. Абдрахманов А.Ж. // Определение степени воронкообразной деформации грудной клетки и техника фиксации грудины // Ортопедия, травматология и протезирования М. 1989 №4 С.14-17.
9. Карабеков А.К., Ормантаев К.С., Ударцев В.В., // Устройство для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки // Авт. Св. СССР №755274, 1980г.
10. Микичев С.Б. // Корригирующая торакопластика у детей и подростков // дисс. к.м.н. Прокопьевск 1998г.
11. Ибрагим М. // Совершенствование хирургического лечения при воронкообразной деформации грудной клетки у детей // дисс.к.м.н. Астана 2007г.
12. Тажин К.Б. // Ранняя диагностика и хирургическое лечение воронкообразной деформации грудной клетки // дисс.к.м.н. Астана 2007г.
13. Ормантаев К.С., Карабеков А.К., // Воронкообразная деформация грудной клетки у детей // монография, Шымкент 2001г.
14. Баиров Г.А. Врожденные деформации грудной клетки и позвоночника // Костно-пластические операции у детей. Киев, 1974.-С.216-246.
15. Nuss D., Kelly RE jr, A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectusexcavatum. J Pediatr Surg, 1998 apr, 33:4, 545 .
16. Ибрагимов Ш.А., Хирургическая коррекция врожденной деформации грудины и ребер у детей // дисс.к.м.н. Бишкек 2001г.

УДК 618.146.006.6-02

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА – КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В ЮКО

*Г.Н.Абуова, К.Н.Тажимаева, Д.Т.Тасбалтаева, Н.О.Кошенова, А.О.Байдаулетова, А.К.Муминов
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
ООД, ГИБ, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Жатыр мойнының қатерлі ісігінің этиологиялық факторы ретінде адамның папиллома вирусы екендігі көрсетіліп отыр. Адамның папиллома вирусын ерте диагностикалау жатыр мойнының қатерлі ісігінің алғашқы сатыларын анықтауға, өлімнің төмендеуіне мүмкіндік береді.

SUMMARY

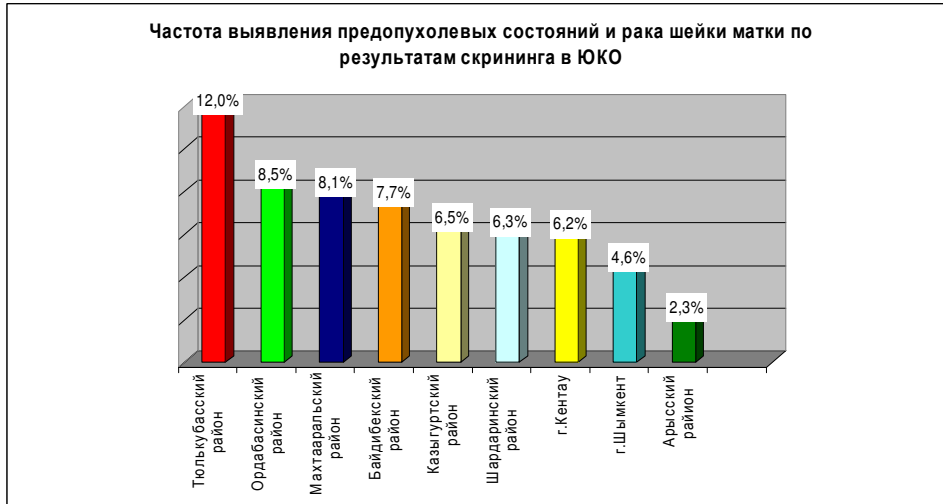
This article is about the human papilloma virus-as an etiological factor for cervical cancer in women. Early treatment of pre-cancerous conditions and cancer of the cervix can improve survival and reduce mortality from the cancer of cervix.

В настоящее время растет число инфекционных болезней, ранее считавшихся соматическими: первичная карцинома печени вызывается вирусом гепатита В, язва 12-перстной кишки – *Helicobacter pilorim*, рак шейки матки – папилломавирусом, саркома Капоши – вирусом герпеса HHV-8, некоторые виды артритов – боррелиями, иерсиниями [1]. Немецкий вирусолог Харальд цур Хаузен открыл, что вирус папилломы человека является причиной рака шейки матки, за свое открытие в 2008 году он получил Нобелевскую премию [2]. Рак шейки матки остается первой среди злокачественных опухолей, в отношении которой установлена вирусная этиология. Согласно литературных данных, причиной развития РШМ в 97% случаев считается инфицированность вирусом папилломы человека (ВПЧ) [2]. Папилломавирусы являются антропонозными возбудителями – т.е. передача их возможна только от человека к человеку. Основным путем заражения вирусами папилломы человека низкого и высокого онкогенных типов является половой путь заражения (включая орально – генитальные контакты и анальный секс). Возможно заражение папилломавирусом новорожденных при родах, что является причиной возникновения ларингеального папилломатоза у детей и аногенитальных бородавок у младенцев. Для папилломавирусной инфекции характерно скрытое (латентное) течение. Человек может одновременно заражаться несколькими типами папилломавирусов. Под влиянием различных факторов происходит активация вируса, его усиленное размножение и болезнь переходит в стадию клинических проявлений. Наиболее часто рак шейки матки вызывается 16, 18, 31, 33 и 35 типами ВПЧ.

Рак шейки матки занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. По данным ВОЗ (2005г.), ежегодно диагностируется почти 500 тыс. новых случаев РШМ [2]. Самая высокая распространенность заболевания (75%) зарегистрирована в Центральной, Южной Америке, Южной и Восточной Африке, странах Карибского бассейна и только 25% приходится на развитые экономические страны Европы и северной Америки. В настоящее время в развитых странах мира достигнуты значительные успехи в профилактике, ранней диагностике и лечении рака шейки матки (РШМ). Связано это с тем, что в отличие от других онкологических заболеваний, заболеваемость РШМ хорошо поддается контролю, поскольку заболевание имеет ясную этиологию, четкую и, часто длительную предраковую стадию. С целью ранней диагностики ВПЧ и своевременного лечения предраковых изменений шейки матки проводится цервикальный скрининг с использованием Pap – smear - теста и Digene - теста.

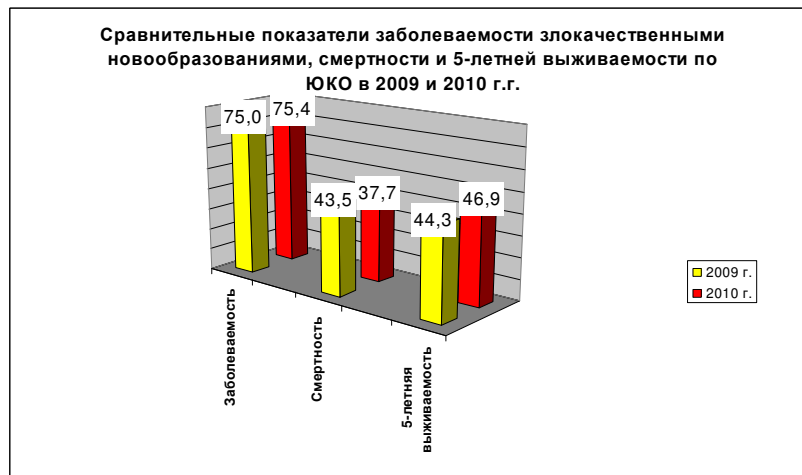
Так, в Австралии с внедрением скрининговой программы удалось снизить заболеваемость РШМ почти в 2 раза – с 13,2 до 6,9 на 100 тыс. женского населения, при этом по данным Института здоровья Австралии смертность от РШМ снизилась с 4,0 до 1,9 [2]. В нашей стране, в том числе и ЮКО, во исполнение приказа МЗ РК №685 от 10.11.2009г. все женщины в возрасте 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет осматриваются гинекологом с обязательным взятием мазка с шейки матки для выявления предрака и рака проведением Digene – теста. Чувствительность Digene – теста составляет 95%, его прогностическая ценность – 99%. В Республике Казахстан на конец 2007 года под наблюдением онкологов находилось 9269 женщин, взято на учет 1233 новых случая, зарегистрирован 631 смертельный исход от этого заболевания. За 9 месяцев 2010 года по результатам проведения профилактических медосмотров путем скрининговых обследований женщин в возрасте 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет из 67 650 подлежащих было осмотрено 57 492 женщин. Выявлено больных – 3029, что составило 5,3% от всех осматриваемых, из них 2700 взято на диспансерный учет, 1404 женщины было пролечено (т.е. 46,4%) [3].

Диаграмма 1.



Все вновь выявленные больные с предраковыми состояниями взяты на учет, 46,4% из них были пролечены. В результате проведения цитологического скрининга с целью выявления предопухолевых состояний с их дальнейшим оздоровлением, показатель заболеваемости РШМ с 4,3 на 100 000 в 2009 году снизился до 4,1 на 100 000 в 2010 году, смертность от злокачественных заболеваний с 43,5 в 2009 году снизилась до 37,7 в 2010 году, 5-летняя выживаемость больных увеличилась с 44,3% до 46,9% соответственно.

Диаграмма 2.



Выводы: В результате применения цитологического скрининга на ВПЧ в ЮКО улучшилась выявляемость рака шейки матки на ранних стадиях. Раннее лечение предраковых состояний и РШМ позволяет улучшить показатели 5-летней выживаемости, уменьшить смертность от РШМ. Предотвращение заражения и персистенции ВПЧ можно считать профилактикой РШМ. Другими словами, вакцина против вируса папилломы человека является вакциной против рака шейки матки. Вакцинация против ВПЧ инфекции позволит значительно снизить заболеваемость и смертность от ВПЧ - ассоциированных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Терапия вирусных инфекций. Е.С.Белозеров, Ю.И.Буланьков. Элиста, «Джангар», 2007 г., стр. 11.
2. Профилактика рака шейки матки. Т.Н.Бибнева, В.Н.Прилепская. Казахстанский медицинский журнал №5, 2009г., стр. 53-57.
3. Данные орг.метод отдела Областного онкологического диспансера ЮКО за 2009-2010гг..

УДК 616-085:57.047

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

Г.Ж. Кульбаева

Шымкентская городская поликлиника № 5, г. Шымкент.

ТҮЙІН

Ішек дисбиозын коррекциялау мақсатында пробиотиктерді қолдану ішек микрофлорасын қалпына келтіруге, иммундық жүйенің белсенділігін және науқастардың емінің тиімділігін жоғарылатуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

This article is about the probiotics for the disbiosis of intestine allowed to reduce intestinal microflora and to increase the activity of immune system and the effectiveness treatment of patients.

В последние годы одна из наиболее обсуждаемых проблем современной терапии является дисбиоз желудочно-кишечного тракта. Известно, что частота дисбиотических поражений кишечника уже в детской популяции чрезвычайно высока и варьирует от 80 до 100%. Дисбиоз кишечника определяют как клинико-лабораторный синдром, проявляющийся изменением качественного и/или количественного соотношения состава нормальной микрофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями [1]. Причины дисбиозов как у взрослых, так и у детей весьма многообразны. Среди них можно отметить антибиотикотерапию, воспалительные заболевания тонкой и толстой кишки инфекционной и неинфекционной природы, заболевания билиарной системы, ферментопатии, аллергические поражения верхних отделов пищеварительного тракта, экологическая обстановка, острые и хронические заболевания, значительные психоэмоциональные нагрузки.

Симптомы антибиотико-ассоциированной диареи у большинства больных обычно появляются во время лечения, а у 30% – через несколько месяцев после его прекращения. При назначении антибиотиков не всегда учитывается их влияние на микробную флору, заселяющую кишечник. В результате идет подавление, как роста патогенных микроорганизмов, так и нормальной микрофлоры кишечника. В результате размножаются сапрофитные микробы, приобретающие патогенные свойства. К ним относятся стафилококки, протей, дрожжевые грибы, энтерококки, синегнойная палочка, клебсиелла [2]. В коррекции нарушений нормальной микрофлоры кишечника в настоящее время наиболее изученным и в определенной степени практически реализованным направлением является применение биологических бактериальных препаратов на основе микроорганизмов – представителей нормальной микрофлоры человека, так называемых пробиотиков.

Но следует помнить, что назначение пробиотиков показано лишь в тех случаях, когда снижение нормальной микрофлоры сопровождается клиническими проявлениями дисбиоза (периодические схваткообразные боли по ходу толстой кишки, метеоризм, расстройства стула со склонностью к поносу, запору или их чередование). При нарушениях микроэкологии кишечника обязательным и важнейшим требованием является устранение причин их возникновения и эффективная терапия основного заболевания. Во всех исследованиях, выполненных в соответствии с принципами доказательной медицины, профилактический эффект пробиотиков, содержащих культуры *Lactobacillus GG*, *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium*, оказался выше плацебо.

Основные пробиотики - это микроорганизмы-продуценты молочной кислоты, которые являются наиболее типичными представителями нормальной микрофлоры человека. Лактобактерии являются факультативными анаэробами, а бифидобактерии - облигатные анаэробы. Известно, что пробиотики нормализуют как местный иммунитет слизистых, так и гуморальный или общий иммунитет. Фармацевтический рынок предлагает практическому врачу широкий выбор лекарственных средств, способствующих нормализации микробиоценоза кишечника. В свою очередь врач первичного звена – терапевт, врач общей семейной практики, должен не только владеть этой информацией, но и правильно ее применить. Пробиотики подразделяются по количеству входящих в состав препарата культур на монокомпонентные (бифидум-бактерин, бактисубтил и т.д.) и поликомпонентные (Линекс), а также по свойству пробиотической культуры на самоэлиминирующиеся антагонисты (энтерол, бактисубтил) и на бифидосодержащие, лактосодержащие и колисодержащие. Лечебный эффект пробиотиков объясняется тем, что микроорганизмы, входящие в их состав, продуцируют молочную кислоту, и тем самым создают неблагоприятные условия для размножения и жизнедеятельности патогенных микроорганизмов; участвуют в синтезе витаминов В1, В2, В3, В6, В12, Н (биотина), РР, фолиевой кислоты, витаминов К и Е, аскорбиновой кислоты; создают благоприятные условия для всасывания железа, кальция, витамина D (за счет выработки молочной кислоты и снижения рН); лактобациллы и энтерококк в тонкой кишке осуществляют ферментативное расщепление белков, жиров и сложных углеводов; выделяют ферменты, облегчающие переваривание белков у грудных детей (фосфопротеин-фосфатаза бифидобактерий участвует в метаболизме казеина молока); бифидум-бактерии в толстой кишке расщепляют невоссавшиеся компоненты пищи (углеводы и белки); участвуют в метаболизме билирубина и желчных кислот (образовании стеркобилина, копростерина, дезоксихолевой и литохолевой кислот; способствуют реабсорбции желчных кислот).

Р.Мичетти показал, что некоторые штаммы пробиотиков, особенно лактобактерий, в условиях *in vitro* проявляют антагонистическую активность в отношении *Helicobacter pylori* (Нр) [3]. Лакто- и бифидобактерии продемонстрировали способность угнетать рост Нр, включая кларитромицин-резистентные штаммы, за счет выделения бактериоцинов или продукции органических кислот, блокировать их адгезию к эпителиальным клеткам слизистой желудка [4,5]. Johnson et al. продемонстрировали активность разных штаммов молочнокислых бактерий против Нр, выделенных из биоптатов желудка.

Практическому врачу следует помнить, что средства, влияющие на микробиоценоз, являются препаратами и их назначение должно быть обосновано конкретными показаниями, разработанными в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Урсова Н.И. Итоги и перспективы использования Хилак® Форте в практической медицине. Трудн. пациент, 2005. С. 2.
2. Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Осипов Г.А. Антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит. Cons Med- 2002. 4 (6) - С.24–25.
3. Michetti P. Lactobacilli for the management of Helicobacter pylori //Nutrition- 2001. №17.-С. 268-269.
4. Усенко Д.В. Эффективность кисломолочного продукта, содержащего Lactobacillus casei DN-114 001, при H. pylori-инфекции у детей //Леч. врач 2007. № 7.-С. 89-90.
5. Ушкалова Е.А. Комбинированные пробиотики в гастроэнтерологии. //Гастроэнтерология Санкт-Петербурга.-2008. №2-3.- С.25-30.

УДК 616.33-002-08

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

*Ж.Т.Кайшибаева, С.Д.Сапарова, Г.Т.Манакбаева., Г.Ж.Кульбаева, Г.К.Сауытбекова
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Центральная городская поликлиника, г.Шымкент
Шымкентская городская поликлиника № 5, г.Шымкент.*

ТҮЙІН

Helicobacter pylori-ді дер кезінде анықтау және нақты бір науқасқа адекватты терапия жүргізуді тағайындау-бактерия эрадикациясын қамтамасыз етеді, репаративті регенерация механизмін қалпына келтіру арқылы науқастың өмір сүру сапасын жоғарылатады. Әртүрлі асқазан-ішек жолдары ауруларын, соның ішінде маңыздысы жара ауруларында емнің альтернативті вариантын қолдану қажет.

SUMMARY

This article is described the problems of treatment gastroduodenal pathology. For treatment of the patients subbering from different diseases of the gastrointestinal tract, ulcer diseases first of all , its necessary alternative variants of treatment.

В 40-50 гг. XX столетия в большинстве высокоразвитых стран консервативно лечилось примерно 70% больных язвенной болезнью, а 30% пациентов подвергались оперативному вмешательству. Сегодня, благодаря оперативному внедрению в медицинскую практику современных средств диагностики хеликобактериоза и принятию новой противоинойфекционной стратегии лечения гастродуоденальных заболеваний, планоно оперируются лишь десятые доли процента от числа всех больных язвенной болезнью, остальные 99% пациентов успешно лечатся консервативно [1]. Лечение Helicobacter pylori (Hр)-инфекции должно быть экономически доступным для больного, хорошо переноситься, обеспечивая достаточно высокую частоту эрадикации (не менее 80%) [2]. В соответствии с рекомендациями Маастрихтских консенсусов, наиболее широко используется семидневная трехкомпонентная схема с ингибитором протонной помпы (ИПП) и двумя антибиотиками [3]. Действие этих препаратов направлено как на снижение кислотообразующей функции желудка, так и на уничтожение Hр на поверхности слизистой оболочки желудка. ИПП, не оказывая прямого влияния на Hр, создают условия для воздействия на них антибиотиков [4]. При использовании сочетания омепразола с макролидами (кларитромицин, рокситромицин) повышается биодоступность препаратов обеих групп, что увеличивает воздействие макролидных антибиотиков на Hр. Комбинации ИПП с другими антибактериальными препаратами синергизма не дают. Именно поэтому наиболее эффективными и, в то же время, самыми короткими (до 7 дней) являются схемы лечения, включающие в свой состав ИПП и макролиды [5,6]. Однако, существующие схемы эрадикационной терапии отличаются довольно высокой агрессивностью, поскольку включают применение не менее двух антибактериальных препаратов.

"Классическая" тройная терапия, включающая антибиотик, препарат висмута и трихопол, к сожалению, в последние годы постепенно утрачивает свою эффективность, поэтому необходим постоянный контроль эффекта использования широко распространенных антибактериальных средств и поиск новых антихеликобактерных препаратов. Так, резистентность к метронидазолу после 15 лет применения проявляет уже треть характерных для жителей Европы штаммов. Более благоприятно обстоят дела с амоксициллином, резистентность к которому развивается медленно. Макролиды с 14-членным лактономным кольцом обладают высокой антихеликобактерной активностью (кларитромицин) [7,8,9,10]. Кроме того, в процессе исследований выяснилось, что наряду с антибактериальным действием, эти препараты могут оказывать противовоспалительное и иммуномодулирующее воздействие. Важным компонентом "тройной" терапии является использование препаратов висмута, при этом его рекомендуется применять в форме субцитрата, а не субсалицилата, что способствует профилактике диареи. Длительность курса не должна превышать 6 недель [11,12]. Антихеликобактерные свойства висмут трикалия дицитрата обеспечиваются за счет снижения адгезии H. pylori к клеткам эпителия; ослабления действия ферментов H. pylori, таких как уреаза, каталаза, липаза,

разрушения бактериальной стенки за счет образования комплексов-депозитов на бактериальной стенке и в периплазматическом пространстве [13]. В кислой среде желудка коллоидный субцитрат висмута образует защитную пленку, предохраняя слизистую от агрессивного действия желудочного сока.

Амоксициллин, относящийся к группе β -лактамовых антибиотиков, нарушает синтез гликопротеидов в стенке бактерий, обладает бактерицидным эффектом в отношении Нр, который существенно возрастает в нейтральной среде. По данным Л.В. Кудрявцевой, в конце 90-х годов резистентность в амоксициллину практически отсутствовала [14], по другим же данным, уровень резистентности Нр к данному антибиотику в России составляет 11%. Современная терапия пациентов с Нр-ассоциированным хроническим гастритом (ХГ) приводит к улучшению клинической и морфологической ситуации в тех случаях, если достигнуто эффективное искоренение патогена. Однако, частота эрадикации в последние годы уменьшилась с 90% до 75%. Это явление связывают с возрастающей устойчивостью Нр к схемам терапии, наличием «резервуаров хранения» инфекции, недостаточной продолжительностью лечения, неадекватностью доз применяемых препаратов, нарушением кратности и порядка приема. Достижение терапевтического эффекта и рациональной профилактики рецидивов Нр-ассоциированных заболеваний, возможно только при выполнении врачебных рекомендаций, соблюдении лечебно-охранительного режима, организации диетического питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение язвенной болезни: взгляды терапевта и хирурга. Материалы «круглого стола» // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 2001. № 2.- С. 9-16.
2. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2 2000 Consensus Report, September, Rome, 2000.
3. Исаков В. А., Маев И. В., Ганская Н. Ю. и др. Сравнительный анализ эффективности двух схем эрадикации Helicobacter pylori на основе омепразола, кларитромицина и амоксициллина у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: результаты рандомизированного двойного-слепого контролируемого исследования. Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2003. № 3.-С.8-12.
4. Захарова Н.В. Кларитромицин - стандартный компонент антихеликобактерной терапии. Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2003. №3.- С.13-16.
5. Маев И. В., Вьючнова Е. С., Щекина М. М. Опыт применения омепразола Ultop («KRKA» Словения) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Рос.ж.гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003. №4. -С.81-85.
6. Ивашкин В.Т. Helicobacter pylori: биологические характеристики, патогенез, перспективы эрадикации. Рос.ж.гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997. №1 (7)-С.21-23.
7. Dani R., Queiroz D.M., Dias M.G. et al. Omeprazole, clarithromycin and furazolidone for the eradication of Helicobacter pylori in patients with duodenal ulcer. // Br. J. Surg. -1999. -V.86. -№12. -P. 1538-1542.
8. Lehmann F.S., Drewe J., Terracciano L., Beglinger C Effect of ornidazole and clarithromycin resistance on eradication of Helicobacter pylori in peptic ulcer disease. // Aliment Pharmacol Ther. -2000. -V.14. -№3. -P. 305-309.
9. Umegaki N., Shimoyama T., Nishiya D. et al. Clarithromycin-resistance and point mutations in the 23S rRNA gene in Helicobacter pylori isolates from Japan. -J.Gastroenterol.Hepatol., -2000. -v.15. -P. 906-909.
10. Kato S., Ritsuno H., Ohnuma K. et al. Safety and efficacy of one-week triple therapy for eradicating Helicobacter pylori in children //Helicobacter. -1998.-V.3.-P. 278-282.
11. Cammarota G., Cannizzaro O., Cianci R. et al. Six-day or seven-day regimens with ranitidine bismuth citrate plus high-dose clarithromycin and tinidazole are both effective against Helicobacter pylori infection. // Dis. Sci. - 1999. -V.44. - № 12. -P. 2439-2442.
12. Shamaly H., Berkowitz D., Rosenthal E., Naveh Y. Efficacy of bismuth-based triple therapy in children with abdominal pain and Helicobacter pylori gastritis. // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. -2000. -V.30. -№2. -P. 198-200.
13. Корниенко Е.А., Паролова Н.И. Антибиотикорезистентность Helicobacter pylori у детей и выбор терапии. Вопросы современной педиатрии 2006. № 5-С. 5.
14. Кудрявцева Л.В., Исаков В.А., Иванников И.О. и др. Резистентность Helicobacter pylori к метронидазолу, кларитромицину и амоксициллину в Москве, Санкт-Петербурге и Абакане в 2001. Педиатрия 2002. № 2-С. 61-63.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ РЕЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЮКО

*Л.М. Бегимбекова, А.М. Мырзалиева, А.И. Мухамедгалиева, Н.М. Расымбекова, К.Н. Сарыбекова,
Ф.А.Юлдашева*

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Женская консультация №2, г.Шымкент

Поликлиника ДВД, г.Шымкент,

СРП «Карабулак», Сайрамский р-н

ТҮЙІН

Бұл мақалада оңтүстік өңірінің репродуктивті жастағы әйелдерінің заманауи контрацептивтер қолдану жиілігі және түрлеріне шолу жасалған. Сонымен қатар, рилизинг-гормон құраушы кыпаптық сақина НоваРинг тиімділігі мен қолдану мүмкіндігі туралы мәліметтер келтірілген.

SUMMARY

This article is described modern contraceptive methods using by reproductive age women of SKK. (p 161).

Сохранение репродуктивного здоровья женщин, путем планирования беременности и регуляций рождаемости, является одним из основных задач современной медицины. На сегодняшний день для ее реализации общепризнанным достоинством гормональной контрацепции: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) наиболее широко используемые для планирования семьи препаратами, к примеру, в США. В Европе и США КОК используют 40-60% женщин детородного возраста [Johansson E.D., 2004]. В нашей стране КОК используют лишь 0,5%-5% женщин репродуктивного возраста. Более распространенным методом контрацепций среди женщин детородного возраста нашей страны остается ведение ВМС (37-58%). Однако большой интерес представляют препараты, которые обладают высокоэффективной, удобной и безопасной контрацепцией. Одним из таких новейших контрацептивных препаратов является влагалищная рилизинг-система НоваРинг (Органон, Нидерланды). Целью нашей работы являются определение вида наиболее часто используемой контрацепции женщинами репродуктивного возраста нашего региона и оценка приемлимости применения НоваРинга в условиях женской консультации ЮКО.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт женщин состоящих на диспансерном учете по применению контрацепции за 9 месяцев 2010 года (январь-сентябрь) в женской консультации №2 г. Шымкента. С целью определения эффективности переносимости и динамики использования НоваРинга были изучены 17 женщин репродуктивного возраста. Указанные женщины применяли НоваРинг в течение 6-9 месяцев (2010 года) и находились под наблюдением врачей-гинекологов №2 женской консультации (10 женщин), ДВД поликлиники (4 пациенток) г. Шымкента и СРП «Карабулак» (3 женщины). НоваРинг влагалищная рилизинг-система создана в виде гибкого, прозрачного кольца, ежедневно выделяет -15 мкг этинилэстрадиола и 120 мкг этоногестрела. НоваРинг вводится во влагалище один раз в месяц на 3 недели. Первое кольцо было введено врачами-гинекологами, в последующем женщины применяли самостоятельно. Женщинам были выданы карточки-дневники для записи дат введения кольца, количества часов его использования и фиксации всех случаев кровотечений, а также возможных побочных эффектов.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе амбулаторных карт женщин репродуктивного возраста использующие современные методы контрацепции (1858) за 9 месяцев 2010 г., выявлено: ВМС - 50,7% женщин используют, КОК – 0,7% пациенток фертильного возраста применяют, с Депо-провера состоят на диспансерном учете – 0,6%, Барьерные методы используют – 0,4% женщин репродуктивного возраста, другие методы контрацепции (влагалищное кольцо НоваРинг, трансдермальный пластырь Евра и др.)- 0,1% (таблица 1).

Таблица 1-Распределение женщин репродуктивного возраста по видам используемой контрацепции.

№	Виды контрацепции	Частота (%)
1	ВМС	50,7
2	КОК	0,7
3	Депо-провера	0,6
4	Барьерные методы	0,4
5	Другие методы	0,1

Из приведенной таблицы видно, что наиболее широко используемым средством для планирования семьи является – ВМС (50,7%), что возможно обусловлено с длительностью срока действия ВМС, возможностью использования при грудном вскармливании (ЮКО пилотный район по рождаемости) и бесплатным распространением ВМС женщинам по месту жительства. Показатели применения КОК (0,7%) среди женщин нашего региона значительно ниже по сравнению со странами Европы и США (40-60%), что возможно из-за наличия предубежденного отношения к гормональным оральным контрацептивам, связанные с негативными последствиями первого поколения КОК-ов. К использованию Депо-провера и барьерных методов планирования семьи прибегали женщины, которым были противопоказаны ВМС и КОК.

В исследование были включены 17 женщин, в возрасте 24-35 лет. Из пациенток 1 женщина не закончила исследование, так как выехала за пределами города на длительный срок. Женщины в карточке-дневнике фиксировали дату введения кольца и всех случаев побочного эффекта (кровотечение, наступление беременности, неудобства и др.). Пациентки ежемесячно посещали врача-гинеколога женской консультации и предоставляли информацию о динамике использования НоваРинг. В ходе наблюдения случая наступления фертильности не отмечалось, что отражает эффективность НоваРинга в защите от нежелательной беременности более 99,8% (индекс Перля). Около 88% женщин отмечали как важное преимущество простоту

использования и отсутствие необходимости ежедневного контроля. Это обусловлено (по данным некоторых исследователей) с автономной иннервацией верхней трети влагалища, тактильная чувствительность здесь снижена, и при нахождении кольца во влагалище, не возникают неприятные ощущения. Побочные эффекты (головная боль, тошнота, рвота, прибавка в весе и др.) отмечались лишь у 12,5% (2) женщин, возможно связано с внушением нежелательного эффекта гормонального компонента. 87,5 % женщин не предъявляли жалобы или переносили хорошо, что возможно связано с проникновением препарата в кровяное русло, минуя ЖКТ. Так как, стенки влагалища отличаются выраженной васкуляризацией, благодаря этому контрацептивный эффект достигается даже микродозами гормонов, входящих в состав НоваРинга. Каждая женщина отмечала на ежедневных картах наличие или отсутствие кровотечения из влагалища. Нерегулярные кровотечения не наблюдались. Регулярное кровотечение отмены возникало почти во время всех циклов (98,7 %), средней продолжительностью 4,1-5,4 дня. Ранее кровотечение отмены возникало у 6,2%, а позднее кровотечение отмены – у 12,4% циклов. Кровотечение всегда имело характер мажущих выделений (если требуется ≤ 1 прокладки/день). Превосходный контроль цикла при использовании НоваРинга обеспечивается стабильным гормональным фоном, т.е. отсутствие колебаний гормонов в крови.

Таким образом, влагалищная гормональная рилизинг-система является одним из новых, высокоэффективных методов контрацепции с минимальными побочными эффектами в сочетании с удобностью и безопасностью, что расширяет возможности надежной контрацепции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сметник В.П., Гинекология. – М.: Медицина. - 2004.- 288 с.
2. Доброхотова Ю.Э., Н.Г. Затикин. Влагалищная контрацептивная рилизинг-система. Том 15, №17, 2007. с.1286-1288.
3. Двинских Е. Современная контрацепция. Советы профессионала.- С.П.: 2000, 160 с.
4. М.Ври. Доза гормонов ниже-контроль цикла лучше. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2008, стр№8.

УДК 617.58:616.13:616.71-007.61

ГИПЕРПЛАЗИЯ ИНТИМЫ КАК ПРИЧИНА РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Жанабаев

Жамбылская областная больница, г.Тараз

ТҮЙІН

Мақалада аяқ қан тамырларына (артерияларға) жүргізілген хирургиялық операциялардан кейін олардың қайта тарылып (рестеноз) қалу мәселелері қаралып, оның ең жиі ұшырасатын себебі - қан тамырының ішкі қабатының гиперплазиясы екені жайлы жан-жақты мәлімет беріледі. Рестеноздың алдын алу мақсатында статиндер пайдалану керектігі баяндалады.

SUMMARY

This article is describes the reasons of the contraction on arteries of lower limbs after the reconstruction operations. (P 163).

Рестеноз артерии в место реконструктивной операции остается одной из важнейших проблем современной сосудистой хирургии. Обычно, рестеноз развивается в сроки до 6 месяцев после реконструктивных операции при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей. По данным разных авторов, частота этого позднего послеоперационного осложнения достигает до 40-60% и значительно ухудшает отдаленные результаты лечения, вынуждая хирургов прибегать к повторной операции. Следует признать, несмотря на значительную техническую и методологическую технику выполнения открытых операции на сосудах неизбежно имеет место механическое повреждение стенок сосудов, т.е. в месте вмешательства нарушается целостность стенки сосудов на всю толщу, в результате чего часть клеток погибают. Поэтому формирование сосудистой стенки сопровождается восстановлением новой интимы, происходит гиперплазия клеток или пролиферацией гладкомышечных клеток в зоне вмешательства. По этой причине происходит утолщение интимы сосуда, что зачастую приводит к рестенозу или окклюзии сосуда. Чтобы уменьшить эти осложнения во многих клиниках мира идут научные поиски: разработка фармакологических препаратов для подавления хронизации воспалительного процесса, усиления антисклеротической терапии.

За 3 года (2007-2009 гг.) через отделения сосудистой хирургии Жамбылской областной больницы прошли 512 больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Из них оперативному лечению подвергся 191 больной(37,3%). Все пациенты после выписки из отделения находились под диспансерным наблюдением. Через 6 месяцев после операции им выполнялось клиническое обследование, включающее в себя осмотр общего ангиологического статуса, сканирование сосудов конечностей (цветная доплорография) и, по показаниям, некоторым пациентам выполнялось ангиографическое обследование. У части

больных за время диспансерного наблюдения потребовалась повторная операция в связи с ретромбозом сосуда конечности. У этих больных во время операции из зоны бывшей операции стенки сосуда брали материал на гистологическое исследование. Гистологический материал окрашивался гематоксилин-эозином и анализировался при увеличении в 180 раз. Во всех случаях выявлена выраженная гиперплазия интимы дистального анастомоза сосуда. Положительные результаты получены у 64,8% больных, у которых не отмечены рестеноз сосуда. Наиболее часто рестеноз наблюдался у тех больных, которым была выполнена операция в бедренно-подколенном сегменте сосуда конечности и при технических погрешностях наложения сосудистого шва. Рестеноз в дистальном анастомозе после аорто-бедренном анастомозе наблюдался в 20,2%. Рестеноз не был выражен у больных оперированных на глубокой артерий бедра, после банальных тромбэктомий, локальных тромбэндатерэктомий. У части больных при гистологическом исследовании установлено наличие вновь образовавшейся атеросклеротических бляшек, которые послужили причиной ухудшения течения заболевания. В послеоперационном периоде с целью профилактики рестеноза следует назначать статины в дозировках, подобранным с учетом уровня общего холестерина и комплексного анализа липидного спектра. Обращает на себя внимание тот феномен, что развитие рестеноза в основном связан с дистальным анастомозом. Следует признать, что гиперплазия интимы после повреждения стенки сосуда является отрицательным, но закономерным ответом организма на травму сосуда. Наши клинические наблюдения показывают, что гиперплазия интимы стенок поврежденного сосуда нередко приводит к рестенозу сосуда. Поэтому требуется дальнейшее изучение механизмов развития и комплексная оценка факторов влияния на гиперплазию и на рестеноз, решение которых позволит улучшить отдаленные результаты оперативных вмешательств на облитерированных артериях нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология. Руководство (под ред. А.В.Покровского) в двух томах. М.: ОАО «Издательство «Медицина». 2004; 1400.
2. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И. Реконструктивная хирургия поздней реокклюзии аорты и периферических артерий. М.: Медицина. 1993; 157.
3. Швальб П.Г., Макарова В.Г. Лекарственное лечение заболеваний сосудов конечностей. Рязань. 2004; 88.
4. Пальцев М.А., Иванов А.А., Северин С.Е.. Межклеточные взаимодействия. -2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина. 2003; 288.

УДК 617.58:616.13

ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б.Жанабаев

Жамбылская областная больница, г.Тараз

ТҮЙІН

Мақалада аяқ қан тамырларының, дәлірек айтсақ артериялардың тарылуы, яғни облитерациясы жайлы жан-жақты мәлімет келтіріліп, оның жиілігі, этиологиясы, классификациясы, диагностикалық тәсілдері мен ем түрлері туралы кең дәрежеде сөз қозғалған. Комплексті ем-домға баротерапия, озонмен, тренаталдар қосылған кезде емдеу тиімділігі едәуір арта түседі. Консервативтік ем көмектеспеген жағдайда, егер мүмкіншілік болса, реконструктивтік хирургиялық операция жасалынып, қан тамырларының қызметін жақсартқан жөн.

SUMMARY

This article is shown a detailed description on rate, etiology, classification, up-to-date diagnostic methods and chronic obliterative artery diseases of lower limbs. (P 164).

Хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей страдает 2–3% населения, среди которых на долю облитерирующего атеросклероза артерий приходится 80–90% [1,2]. Из всех пациентов, страдающих этим заболеванием, каждый второй умирает в течение 10 лет от появления первых симптомов, если пациент не начнет лечиться у врача; ежегодно это заболевание становится причиной ампутации конечностей у 35 тыс. пациентов. Социальная значимость проблемы лечения этих больных определяется не только распространенностью данной патологии, но и значительным числом среди этих пациентов людей трудоспособного возраста и их инвалидизацией.

Наиболее точным определением следует считать ХОЗАНК (хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей). Используемые термины «заболевания периферических артерий», «заболевания периферических сосудов», «облитерирующий атеросклероз» и другие более расплывчаты и выходят за рамки рассматриваемой патологии. Ранние стадии ХОЗАНК протекают бессимптомно; появление и нарастание клинических признаков – чувство онемения и зябкость стоп, снижение чувствительности дистальных отделов стоп, снижение оволосения голени, атрофия мышц, перемежающаяся хромота (боли в мышцах голени при

физической нагрузке), боли в покое при горизонтальном положении конечности, образование болезненных трофических язв (чаще локализуются на дорсальной и боковых поверхностях пальцев, на тыле стопы, по передне–латеральной поверхности голени) и развитие гангрены – свидетельствуют о запущенности процесса. В то же время жалобы пациентов на боли, онемение и судороги в нижних конечностях, связанные с положением тела, боли в покое в вертикальном положении, наличие трофических язв других локализаций могут быть проявлением иных заболеваний – грыжа межпозвоночного диска с корешковым синдромом, ишиалгия и прочая неврологическая патология, хроническая венозная недостаточность, синдром Марторелла, криоглобулинемические васкулиты, осложнения сахарного диабета, ангиодисплазии и т.д. По данным многочисленных исследований, частота наиболее часто возникающего симптома ХОЗАНК (перемежающейся хромоты) составляет от 0,4 до 14,4% населения, распространенность связана с полом и возрастом (мужчины заболевают в 1,5–2 раза чаще, чем женщины); критическая ишемия (боль в покое, трофические язвы, гангрены) составляет около 0,25% населения; бессимптомная стадия встречается намного чаще – от 0,9 до 22% людей [3]. Следует также отметить, что наличие ХОЗАНК указывает и на высокую вероятность атеросклеротического поражения других артерий, в частности, коронарных и сонных. Риск развития инфаркта миокарда и ишемического инсульта у таких пациентов в разы выше; среди больных с критической ишемией летальность в течение года составляет 20 – 22%, в течение 5 лет – до 70%, причем смертность от сердечно–сосудистой патологии в 5 раз выше, чем при других заболеваниях. Факторы риска развития ХОЗАНК. Табакокурение повышает риск развития заболевания в 3 раза, наличие сахарного диабета – в 2–4 раза, артериальной гипертензии – в 2,5 раза, хронических воспалительных процессов – в 2 раза; слабая корреляция выявлена между риском развития ХОЗАНК и ожирением, гиперлипидемией и гиподинамией. По данным разных авторов, мужчины заболевают ХОЗАНК в среднем в 1,5 раза чаще, чем женщины.

Классификация. Классификация ХОЗАНК представлена в таблицах 1 и 2.

Диагностика. При сборе анамнеза следует выяснить наличие факторов риска, проведенных ранее диагностических и лечебных мероприятий, характер и локализацию болевого синдрома, факторы, ослабляющие боль, дальность безболевого ходьбы. При физическом осмотре следует обратить внимание на цвет кожных покровов конечности и его изменение при поднятии и опускании ноги, характер и симметричность оволосения, наличие трофических изменений, трещин и язв. Пальпаторно определяется наличие и характер пульса на бедренной, подколенной, задней большеберцовой артерии и артерии тыла стопы, а также температура кожных покровов. Аускультативно можно выявить сосудистые шумы, возникающие вследствие турбулентного кровотока в местах стенозов и аневризм.

Таблица 1. Классификация степеней тяжести острой критической ишемии по Резерфорду

Степень тяжести критической ишемии	Критерий
1	Конечность жизнеспособна без специального лечения
2a	Моторные и сенсорные функции сохранены – конечность не требует срочной реваскуляризации
2b	Мышечная моторика и сенсорные функции нарушены – требуется срочная реваскуляризация конечности
3	Конечность поражена необратимо – показана ампутация

Таблица 2. Классификация облитерирующих заболеваний периферических артерий по Фонтейну–Покровскому

Стадия	Название	Клиническая картина	ЛПИ
1	Начальные проявления	Зябкость, чувство похолодания, бледность, повышенная потливость, нарушение чувствительности	0,75–1,0
2	Перемежающаяся хромота	В покое боли в ногах пока нет, но она появляется: IIa – при прохождении более 200 м IIб – при прохождении менее 200 м	0,35–0,9
3	Боли в покое	Боли в ногах по ночам; расстояние безболевого ходьбы до 50 м и менее	<0,4
4	Появление язв	Сильные боли, язвы	<0,25

В большинстве случаев для постановки диагноза достаточно сбора анамнеза и физикального обследования; для его верификации – определение пледыжечно–плечевого индекса (ЛПИ) и определение ЛПИ с физической нагрузкой (тредмил–тест), измерение сегментарного давления в конечностях, дуплексное ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) и/или ультразвуковая доплерография (УЗДГ). При необходимости более детальной диагностики характера и уровня поражения, определения тактики лечения (консервативной либо оперативной, вида и объема вмешательства), динамического контроля используются дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследований. Среди дополнительных инструментальных методов исследований применяются транскутанное определение напряжения кислорода (TspO₂) и углекислого газа в тканях, инвазивная рентген–контрастная ангиография (РКА) и цифровая субтракционная ангиография (ЦСА), мультиспиральная компьютерная томография–ангиография (МСКТА), магнитно–резонансная томография сосудов (МРА, 3D–МРА), радионуклидные методики (сцинтиграфия, позитронно–эмиссионная томография),

интраваскулярная ультрасонография, лазерная флоуметрия, плетизмография; в ряде случаев необходимо Холтеровское мониторирование и мониторинг АД.

Дифференциальный диагноз. Заболевания, с которыми следует дифференцировать ХОЗАНК атеросклеротического генеза, можно разделить на две группы: это другие заболевания артерий, не связанные с атеросклерозом, и заболевания, не связанные с патологией артерий. К первой группе можно отнести врожденные структурные аномалии (коарктация аорты, атрезия артерий), болезни соединительной ткани, воспалительные заболевания (артериит Такаясу), тромбоэмболии артерий конечности, синдромы сдавления (синдром подколенной артерии), склероз артерий после лучевой терапии и др. Ко второй группе относятся неврологические проблемы вследствие стеноза позвоночного канала или сдавления седалищного нерва, кокс- или гонартроз, венозная гипертензия конечности, затрудняющая поступление артериальной крови в ткани.

В дифференциальной диагностике заболеваний, приводящих к симптоматике артериальной недостаточности нижних конечностей, помимо стандартных лабораторных анализов, используются гистологические и цитологические исследования, ревмопробы, определение титра антител ANCA и криоглобулинов, а также описанные выше дополнительные инструментальные методы обследования. Диагностическая ценность различных инструментальных методов. Следует принимать во внимание, что чувствительность метода УЗДГ в оценке сосудов голени и бедра при выраженном стенозе или окклюзии вышележащих отделов (подвздошно-бедренного сегмента) составляет не более 73%, что часто приводит к отказу от реконструкции сосудов и проведению неоправданных ампутаций, а хорошо развитое коллатеральное кровообращение в бассейне артерий голени является частой причиной ложноположительной оценки и ошибочных показаний к проведению реконструктивной операции на подвздошной и бедренной артериях. Кроме того, результаты ультразвуковых методов исследования являются «операторзависимыми», т.е. в какой-то мере субъективными [4,5]. Чувствительность дуплексного УЗАС при выявлении стенозов артерий нижних конечностей составляет 95%, специфичность – 99%; при диагностике окклюзий – 92% и 97% соответственно. К недостаткам метода следует отнести невозможность дифференцировки двойных стенозов, получения изображений сосудов в области коленного сустава и ряда других.

Метод TspO₂ также не лишен недостатков, т.к. величина pO₂ зависит от парциального давления кислорода в артериальной крови и сердечного выброса и может существенно снижаться при заболеваниях сердца, легких или анемии. Инвазивная РКА и ее более прогрессивная модификация ЦСА до сих пор считаются «золотым стандартом» обследования больных с ХОЗАНК и определения тактики ангиохирургического и эндоваскулярного вмешательства. Однако получаемые изображения двухмерны и не позволяют выявить эксцентрично расположенные бляшки, что приводит к ложноотрицательному результату; визуализируется только просвет сосуда, поэтому аневризма, заполненная тромбом или бляшкой, может остаться незамеченной; структура бляшки или тромба также не диагностируется. Кроме того, инвазивность и риск осложнений артериального доступа, частая необходимость в седации пациента также являются недостатками метода. Чувствительность 3D-MPA в сравнении с ЦСА составляет 90%, специфичность – 95%. К достоинствам метода следует отнести неинвазивность, отсутствие ионизирующего излучения, оценка анатомии окружающих тканей и возможность сохранить полученные данные на электронном носителе. Однако результаты также часто «операторзависимы»; наличие у больного кардиостимулятора, имплантантов из ферромагнитных сплавов, наложенных на аневризмы клипс, а также выраженное ожирение, клаустрофобия являются противопоказаниями к исследованию; наличие стента в сосуде не позволяет оценить его проходимость.

Диагностическая ценность МСКТА по сравнению со всеми другими методами выше: чувствительность составляет 92%, специфичность – 99% (данные для 4-х детекторной КТА). Исследование также малоинвазивно (в/в инфузия контраста), занимает минимальное количество времени, не вызывает приступов клаустрофобии; получаемые тонкие срезы позволяют дифференцировать тромботическую окклюзию от атеросклеротической; доступна детальная оценка костей, суставов и мягких тканей; получаемые 3D-реконструкции сосудов, освобожденных от наслаивающихся костных структур, позволяют развернуть изображение в любом ракурсе и любом масштабе. Все это позволяет оценить патологию, не доступную диагностике при использовании других методов: в частности, оценить проходимость установленных стентов, диагностировать патологию сосудистой стенки и наличие тромбированных аневризм. Кроме того, выявляются артерио-венозные шунты, ангиодисплазии; при необходимости оценивается венозное русло (венозная фаза исследования). Одинаковым противопоказанием к использованию всех трех последних рассмотренных методов является непереносимость или аллергическая реакция на контрастные соединения и тяжелая почечная недостаточность. Немаловажно сравнение экономических показателей – стоимость исследования различается в разы; проведение одной РКА (ЦСА) = 2 3D-MPA = 4 МСКТА = 7 дуплексных УЗАС [3,6].

Консервативная терапия. Одним из необходимых методов лечения и профилактики ХОЗАНК является лечебная физкультура – тренировочная ходьба (45–60 минут в сутки). С целью коррекции нарушений свертывающей системы и сосудорасширяющего воздействия применяются ангиопротекторы, дезагреганты и реологические препараты – ацетилсалициловая кислота, никотиновая кислота и ее производные, клопидогрел, пентоксифиллин (Трентал), простагландины E₁, тиклопедин, дипиридамол, экстракт Гинко Билоба, гепарин, низкомолекулярные гепарины, не требующие постоянного лабораторного мониторинга, гепарин-сульфаты – ломопоран, сулодексид, реополиглукин; спазмолитики (папаверин, дротаверин (Но-шпа), никошпан).

В качестве основных антитромбоцитарных препаратов применяют ацетилсалициловую кислоту в дозе от 75 до 375 мг/сут и клопидогрел 75 мг/сут. Пентоксифиллин (производное метилксантина) представляет собой вазоактивное соединение, улучшающее реологические свойства крови и оказывающее легкое фибринолитическое действие, обладает выраженным вентонизирующим действием, высоким лимфодренирующим эффектом, а также предотвращающее миграцию, адгезию и активацию лейкоцитов – важного звена патогенеза трофических расстройств [Л.И. Богданец с соавт.]. Пентоксифиллин улучшает пластические свойства эритроцитов за счет повышения в них АТФ, блокирует токсическое действие фактора некроза опухоли TNF- α на клетки эндотелия, подавляет активность фосфодиэстеразы, подавляет цитокин-опосредованную активацию нейтрофилов и адгезию лейкоцитов к эндотелию, а также снижает выделение свободных радикалов кислорода; принимает активное участие в снижении агрегации и адгезии тромбоцитов, эритроцитов, повышении уровня активности пламиногена и пламина, антитромбина III, снижении фибриногена в плазме крови, уровня антипламина, антитрипсина и макроглобулина [2].

Оригинальный пентоксифиллин (Трентал) был синтезирован в Германии компанией Hoechst. С 1967 г. по настоящее время используется в клинической практике, причем в США применяется с 1984 года, а в России – с 1976 года. До недавнего времени это был единственный препарат, одобренный FDA для лечения перемежающейся хромоты. Пентоксифиллин отличается хорошей переносимостью и отсутствием «синдрома отмены». На эффективность лечения пентоксифиллином негативно влияет курение, что связано с угнетением его метаболизма, проявляющееся снижением плазменной концентрации препарата на 20%. Оптимальной дозой препарата является 1200 мг/сут. Ряд авторов рекомендуют при 3-й стадии ХАН применять пентоксифиллин в дозе 1600 и даже 2400 мг/сут коротким курсом 10 дней, однако в России максимально разрешенная суточная доза составляет 1200 мг [7,8]. В настоящее время для лечения больных ХОЗАНК наряду с пентоксифиллином FDA рекомендован цилостазол (в РФ не зарегистрирован). Его сравнение с пентоксифиллином показало, что последний в большей степени увеличивает дистанцию безболевого ходьбы. При этом качество жизни больных практически не изменялось. Цилостазол чаще вызывал побочные эффекты (головная боль, сердцебиения, желудочно-кишечные расстройства), сердечная недостаточность является противопоказанием к его применению. С учетом накопленного опыта больным рекомендовано с начала принимать пентоксифиллин, а затем при его хорошей переносимости – цилостазол [7].

Простагландины расширяют артерии малого калибра, усиливают кровоток в капиллярах, повышают фибринолитическую активность крови, подавляют агрегацию и адгезию тромбоцитов и лейкоцитов. Применяемые дозы препарата алпростадил в зависимости от выраженности ХОЗАНК – от 20 до 80 мг/сут при медленном в/в введении; терапия простагландинами требует мониторинга ЭКГ. Пентоксифиллин и простагландины используют, как правило, в лечении критической ишемии нижних конечностей и трофических язв, связанных с нарушением артериального кровообращения, в лечении нейро-ишемической формы СДС, при КГВ, синдроме Марторелла. Хронические венозные язвы также можно рассматривать в качестве показания к применению простагландинов и пентоксифиллина.

Для снижения местной гипоксии тканей используется депротенинизированный дериват крови телят, который существенно увеличивает поглощение кислорода и обмен веществ в клетках, обладает антиоксидантными свойствами, повышает устойчивость тканей к гипоксии [9]. Обязательной является холестеринснижающая терапия, поскольку устранение дислипидемии не только снижает риск развития ХОЗАНК и сердечно-сосудистых заболеваний, но и замедляют развитие, уменьшают выраженность симптоматики уже имеющегося заболевания. Применяют различные статины (симвастин, правастатин и др.). Уделяют внимание нормализации артериального давления, применяя ингибиторы АПФ, β -блокаторы, блокаторы кальциевых каналов и диуретики. Также с целью уменьшения стрессорных реакций и болевого синдрома рекомендовано применение антидепрессантов. При наличии сахарного диабета необходим строгий контроль и коррекция гликемии. С целью облегчения отказа от курения применяют ряд заменителей никотина, например, бупропион или недавно выпущенный и более эффективный агонист ацетилхолиновых рецепторов к никотину варениклин. Все эти препараты в России не зарегистрированы [3].

Дополнительные методы лечения. Гипербарическая оксигенация нарушает процессы жизнедеятельности микробов и снижает их резистентность к антибактериальной терапии. Это особенно относится к анаэробной флоре. Также отмечено положительное влияние ГБО на состояние свертывающей системы крови в плане снижения концентрации фибриногена и повышения фибринолитической активности [10]. Баротерапия в камере Кравченко (камера локального отрицательного давления) показана при облитерирующем эндартериите и атеросклерозе артерий конечностей при ХАН I–II стадии, ангиоспазме, синдроме Рейно. Противопоказаниями являются ХАН III и IV стадии, ХВН, злокачественные опухоли, туберкулез, инфекционные болезни, декомпенсация сердечной деятельности, выраженные явления склероза сосудов головного мозга/сердца/почек, гипертоническая болезнь I и II стадии с высокими цифрами давления и склонностью к гипертоническим кризам, ИБС, последствия ОНМК. Магнитотерапию назначают для оказания сосудорасширяющего, обезболивающего, противоотечного и седативного действия. Озонотерапия оказывает бактерицидный и бактериостатический эффект, усиливает микроциркуляцию, улучшает реологические свойства крови, способствует очищению ран и ускорению эпителизации, нормализует соотношение процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, обладает противовоспалительным и

иммуномоделирующим действием, увеличивает оксигенацию крови и снижает таневую гипоксию. В/в вводят по 200–400 мл физиологического раствора с концентрацией озона 3–4 мкг/мл.

NO–терапию также используют в лечении хронических заболеваний периферических сосудов. Экзогенный оксид азота, получаемый из атмосферного воздуха, оказывает эндотелий–протективное действие, стимулирует рост соединительной ткани, а также обладает бактерицидным эффектом. Показаниями к NO–терапии являются трофические нарушения кожи и язвы, развивающиеся на фоне хронических заболеваний периферических сосудов. Малоинвазивные вмешательства. Внутрисосудистая оксигенация Среди патогенетически обоснованных оперативных пособий следует отметить поясничную симпатэктомию (удаление ганглиев L3–L4 симпатического ствола) – воздействие на тонус вегетативной нервной системы, увеличение кровотока на стопе, а также шунтирование тонкого кишечника, применяемое с целью коррекции липидного обмена. Метод внутриартериальной перфузии позволяет проводить регионарную инфузионную терапию пораженной конечности; противопоказаниями являются тяжелая общая инфекция, окклюзия артерий конечности. Для проведения внутриартериальных перфузий необходимо катетеризировать приводящий артериальный сосуд. Современные методы пункционной катетеризации с использованием ангиографии вследствие недостаточно надежной фиксации катетера на сосуде не всегда могут обеспечить длительное функционирование катетера, поэтому целесообразнее катетеризировать артерию открытым способом.

Для лечения патологии нижних конечностей катетеризируется либо нижняя надчревная артерия, либо глубокая артерия, огибающая подвздошную кость. Нижняя надчревная артерия выделяется параректальным разрезом по заднемедиальной поверхности прямой мышцы живота в нижней ее трети. Артерия перевязывается, отсекается, скелетизируется и катетеризируется. Катетер глубоко низводится в общую бедренную артерию, фиксируется на сосуде и укладывается горизонтально в подкожную клетчатку вдоль пупартовой связки. Под кожей артерия вместе с катетером выводится через контрапертуру и подшивается. Обычно для внутриартериальной перфузии используется инфузomat, способный в автоматическом режиме длительно поддерживать необходимую дозу препаратов. В Московской ГКБ № 13 проводилась катетеризация а. epigastrica inferior параректальным доступом с последующей круглосуточной внутриартериальной регионарной инфузией лекарственных препаратов и введением озонированного физиологического раствора. В состав инфузата, вводимого внутриартериально, входили: реополиглюкин 100–200 мл в сутки; препараты, влияющие на реологические свойства крови (пентоксифиллин 10 мл в сутки), антикоагулянты (гепарин 2500–5000 ЕД в сутки); простагландины (алпростадил 20 мг в сутки); активаторы клеточного метаболизма (актовегин 160–240 мг в сутки); спазмолитики (Но–шпа, папаверин); антибиотики по показаниям (линкомицин или цефтриаксон); озонированный физиологический раствор с концентрацией озона 3–4 мкг/мл (20–40 мл в сутки). Инфузат вводился со скоростью от 2 до 10 мл в час круглосуточно без перерыва в течение 7–15 дней.

В лечении артериальной недостаточности нижних конечностей операция катетеризации приводящей артерии часто сочетается с поясничной симпатэктomией на той же стороне. Ликвидация артериального спазма после поясничной симпатэктomии способствует как улучшению проходимости центральных сосудов, так и дополнительному раскрытию коллатералей. Ниже представлена схема катетеризации а. epigastrica inferior по методике, используемой в НИИСП им. Н.В. Склифосовского. Введение молекулярного кислорода в вену впервые описано в литературе еще в 1848 году, когда Берг вводил полученный из бертолетовой соли кислород в вену для лечения стенокардии, получив обнадеживающие результаты. Сочетанное воздействие на кровь кислорода и ультрафиолетового облучения вызывает в организме активацию синтеза простагланцинов. Это открытие шведских ученых удостоено Нобелевской премии в 1977 году. Современные методы насыщения крови кислородом весьма разнообразны. Предложен широкий спектр оксигенаторов разных конструкций, в том числе насыщение как самой крови кислородом через мембрану, так и введение насыщенного кислородом раствора в кровь. Последние два метода успешно применяются в НИИСП им. Н.В. Склифосовского на протяжении более 10 лет. На способы оксигенации получены патенты и рационализаторские свидетельства. Методика внутрисосудистой оксигенации заключается во внутривенном введении насыщенного кислородом раствор с активацией его модифицированным ультрафиолетовым облучением. Раствор, попадая в кровь, активизирует ее, обогащает кислородом и активными лекарственными препаратами. Кровь приобретает особые свойства. Она обладает бактерицидными, противовоспалительными и антистатическими свойствами, реологически активна. Под воздействием ультрафиолета и кислорода в клетках ретикуло–эндотелиальной системы, которые находятся на бифуркациях артерий, вырабатываются простагланцины. Попадая в дистальное русло, простагланцины преобразуются в простагландины, которые, в свою очередь, снижают периферическое сопротивление сосудов, раскрывают коллатеральную сеть, улучшают микроциркуляцию.

В результате даже однократного воздействия на длительный срок улучшается кровоснабжение органов и тканей. Попадая в жизненно важные органы, активная кровь стимулирует их деятельность. Так повышается детоксикационная и синтетическая функции печени, выделительная функция почек, улучшается кровообращение миокарда, ликвидируется легочная гипертензия. По месту введения и поставленным целям внутрисосудистая оксигенация подразделяется на внутривенную, внутриартериальную оксигенацию и ретроградную внутривенную оксигенацию. Внутриартериальная оксигенация проводится аналогично внутривенной. Для проведения метода не нужен инфузomat, так как давление в оксигенаторе превышает артериальное. Скорость введения оксигенированного раствора одновременно является показателем состояния периферического сопротивления сосудов. В процессе проведения внутриартериальной оксигенации, за счет активного кислорода, снижается периферический спазм и раскрываются коллатерали. Показателем снижения периферического

вазоспазма является увеличение скорости перфузии при том же режиме давления в оксигенаторе. Методика может проводиться ежедневно, а в промежутках возможно поддерживающее лекарственное лечение с помощью инфузома.

Особое место в списке внутрисосудистых оксигенаций занимает, разработанная в НИИСП им. Н.В. Склифосовского, ретроградная внутривенная оксигенированная перфузия (РВОП). Она сочетает в себе моделирование ретроградной внутривенной анестезии, разгрузочное артерио–венозное шунтирование и локальное введение реологически активных препаратов в конечность. Методика заключается в пункции вены голени или стопы в ретроградном направлении под дозированной компрессией вены выше места пункции. Внутривенно, через оксигенатор–перфузатор для стерильных растворов, в режиме умеренной гипербарии вводится раствор спазмолитиков и антибиотиков с гепарином в объеме 400–600 мл. Контроль осуществляется пульсоксиметрией. Эффект определяется стойким повышением насыщения капилляров кислородом, появлением коллатерального или центрального кровотока, клиническим эффектом. Ретроградная оксигенированная перфузия успешно применяется не только в раннем послеоперационном периоде, но и вместо оперативного лечения, когда реконструкция сосудов невозможна в связи с распространенностью процесса или отсутствием дистального русла. При неэффективности консервативной терапии, отсутствии противопоказаний, наличии анатомических возможностей, ишемии Пб – IV ст. применяются сосудистые реконструктивные операции, направленные на реваскуляризацию сосудов пораженной конечности – эндартерэктомия, шунтирование и протезирование, установка стентов, баллонная ангиопластика, артериализация венозного русла по методике А.А. Покровского с соавт. (2001 г.). Также используется реваскуляризирующая роторная остеотрепанация, предложенная Ф.Н. Зусмановичем в 1996 году, и ее модификации.

Таким образом, в клинической практике по эффективности, доказанной многочисленными клиническими исследованиями, переносимости, универсальности действия, экономической доступности, соотношению эффективности и стоимости, эффективности и частоты побочных эффектов преимущество имеет Трентал (пентоксифиллин).

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей. М.: Медицина, 1997.
2. Богданец Л.И., Кошкин В.М., Кириенко А.И. Роль пентоксифиллина в лечении и профилактике трофических язв сосудистого генеза. «Трудный пациент». 2006. № 1.
3. Заболевания периферических артерий. Под ред. Э.Р. Молера III, М.Р. Джаффа; пер. с англ. под ред. М.В. Писарева. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 224 с.
4. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний. Под ред. Никитина Ю.М., Труханова А.И. М.: Видар. 1998. – 432 с.
5. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Ультразвуковая ангиология. М.: Реальное время. 1999. – 288 с.
6. Прокоп М., Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография. Учебное пособие: в 2 т. Пер. с англ. под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. М. МЕДпресс–информ. Т.1. 2006. – 416 с.; Т. 2. 2007. 712 с.
7. Кошкин В.М., Богданец Л.И., Наставшева О.Д., Алексеева Е.А. Место Трентала (пентоксифиллина) в программе лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий конечностей и различных сосудистых осложнений. РМЖ. 2009. том 17. № 5. с. 354–456.
8. Покровский А.В., Чупин А.В., Калинин А.А., Маркосян А.А., Замский К.С., Колосов Р.В. Вазонит ретард в лечении больных с перемежающейся хромотой при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. // Ангиология и сосудистая хирургия. 2003. том 9. – № 2.
9. Ушкалова Е.А. Антиоксидантные и антигипоксические и свойства актовегина у кардиологических больных. / Трудный пациент. 2005. № 3.
10. Ефунин С.Н. Руководство по гипербарической оксигенации. М.: Медицина. 1986.

УДК: 612.017.1:618.2-055.26

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Б.Т. Сейтханова, Ш.Ж. Курманбекова, М.Н. Бурова, Н.З. Шапамбаев
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная клиническая больница, г. Шымкент
Казахский национальный университет им. Асфендиярова, г. Алматы

ТҮЙІН

Жергілікті гумаральді иммунитеттің көрсеткішін зерттеу мақсатында 30 жүкті әйел тексерілді. Олардың 22-сі жағдай мойнының арнайы емес қабыну ауруларымен және қынаптың қабынуымен негізгі топ ауырған, ал 8 әйелдің дені сау болған. Қан сары-сулы (IgA және Ig G) иммуноглобулиндердің концентрациясы барлық 3-айлықта бақылау және негізгі топтарда бірдей жоғары деңгейде болды.

SUMMARY

This article is described the comparative indexes of local humoral immunity of uterus and vagina of the pregnant women. (P 169).

Кожа и слизистые оболочки формируют физический и экологический барьер, который препятствует проникновению патологических агентов внутрь организма [3,4]. Механизмы защиты, однако, у них кардинально отличны [1]. Шейка матки и влагалище относятся к органам, находящимся на границе внутренней среды женщины и агрессивной внешней среды. Кроме анатомических особенностей, обеспечивающих защиту внутренней среды женщины, шейка матки обладает автономной иммунной системой (лимфоидные структуры и макрофаги стромальных тканей шейки матки, а также гуморальные факторы - проникающие через сосудистую стенку из крови иммуноглобулины классов Ig A, Ig M, Ig G и секретируемый sIgA [1].

Абсолютное содержание и соотношение различных Ig может существенно изменяться при наличии местных воспалительных процессов и изменении проницаемости сосудистой стенки [2,3]. Вредные экологические факторы, воспалительные процессы влагалища, шейки, тела матки и ее придатков, вирус папилломы человека, вирус простого герпеса тип II, раннее начало и беспорядочность половой жизни, дисгормональные состояния, травмы шейки матки при абортах и в родах существенно снижают или повреждают вышеперечисленные защитные механизмы [7]. Состав микрофлоры вагины здоровой женщины включает более 50 видов анаэробных и аэробных бактерий и может меняться в зависимости от гормонального статуса. Здесь находятся *Streptococcus spp.*, *Corynebacterium*, *Mycobacterium*, *Candida spp.*, а доминируют бактерии рода *Lactobacillus* [6]. Микробные клетки часто обнаруживаются в дистальных отделах уrogenитального тракта. Секреторный Ig A в слизи действует как первая линия иммунной защиты слизистых, нейтрализующая патогены. Исследования показали, что присутствие секреторного Ig A коррелирует с устойчивостью к инфицированию различными патогенами бактериальной, вирусной и грибковой природы [4, 7]. Не подлежит сомнению, что возникновение и прогрессирование воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки зависит от состояния местного гуморального иммунитета, проявляющегося в локальных клеточных и гуморальных реакциях эпителия и стромы шейки матки.

Целью исследования было изучение показателей местного гуморального иммунитета шейки матки беременных.

Материалы и методы исследования. Для изучения показателей местного гуморального иммунитета нами обследовано 30 беременные пациентки. Из них 22 страдали неспецифическими воспалительными заболеваниями шейки матки (экзо- и эндоцервициты) и влагалища - основная группа, а 8 женщины были практически здоровы (I - II степень чистоты влагалищной флоры, отсутствие «эрозий» шейки матки) — 1-ая контрольная группа. Все пациентки были обследованы трижды. Концентрации иммуноглобулинов классов A, M, G и sIgA в смывах секрета из цервикального канала шейки матки определялись методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini et al. [5] со стандартными антисыворотками к Ig соответствующих классов. Отдельно ставилась реакция с антисывороткой к sIgA.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования концентраций Ig в цервикальном секрете у здоровых беременных и небеременных женщин и пациенток, страдающих неспецифическими заболеваниями шейки матки и влагалища представлены в таблице 1. Приведенные в таблице данные свидетельствуют о том, что изменения концентраций иммуноглобулинов коррелируют с изменениями в женской половой сфере, в зависимости от беременности и состояния «беременность+ неспецифические воспалительные заболевания шейки матки и влагалища».

Таблица 1 - Концентрация иммуноглобулинов в цервикальном секрете у обследованных (M±m, в г/л).

Ig	Периоды обследования и группы					
	1 триместр		2 триместр		3 триместр	
	Основная	Контр.	Основная	Контр.	Основная	Контр.
	n=22	n=8	n =22	N=8	n=22	n=8
IgA	0,07±0,005	0,08±0,005	0,05±0,005	0,09±0,01*	0,07±0,01	0,10±0,01
Ig M	0,19±0,01	0,12±0,01*	0,15±0,01	0,10±0,01*	0,15±0,01	0 *
IgG	0,85±0,05	0,6±0,1	0,90±0,01	0,53±0,09*	0,96±0,03	0,48±0,02*
Sig A	0,47±0,05	0,57±0,08	0,30±0,04	0,65±0,08*	0,42±0,06	0,75±0,07*

Примечание: * - различия показателей между контрольной и основной группами достоверны (p<0,05)

Анализируя показатели концентраций иммуноглобулинов в цервикальном секрете здоровых беременных женщин, мы отметили высокие концентрации иммуноглобулинов классов A и sIgA во всех триместрах беременности, что, по-видимому, можно объяснить усилением бактерицидных свойств цервикальной слизи в периоды, наиболее благоприятные для инфицирования внутренних половых органов. Иммуноглобулины класса M не определялись в контрольной группе в третьем триместре, что указывает на отсутствие у этих пациенток инфицирования половых путей. Наименьшие концентрации иммуноглобулинов

классов А отмечены в группе беременных с воспалительными процессами шейки матки и влагалища, что согласуется с анамнестическими данными женщин о наличии у них нарушений генеративной функции иммунологической этиологии.

Сравнительный анализ уровней иммуноглобулинов в контрольной и основной группе указывает на утрату пациентками основной группы тех закономерностей, которые были отмечены в контрольной группе в динамике беременности. Концентрации иммуноглобулинов сывороточного происхождения (IgA и IgG) были одинаково высокими во всех триместрах в контрольной и основной группах соответственно (таблица 1). При этом следует отметить обнаруженный нами достоверный рост уровня SIgA от первого к третьему триместру в группе контроля. Во всех трех триместрах были обнаружены значительные уровни IgM в основной группе. Выявленные изменения можно трактовать как ответную реакцию лимфоидной ткани шейки матки на антигенную стимуляцию микрофлоры и значительное повышение проницаемости стенок кровеносных сосудов шейки матки при неспецифических воспалительных процессах. Значительное снижение концентраций местносинтезируемого SIgA свидетельствует о том, что при воспалительном процессе нарушаются процессы синтеза эпителиальными клетками секреторного компонента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фримель Х., Брок И. Основы иммунологии: Пер. с нем. - М: Мир, 1986.-254с.
2. Clamp J.R. The relationship between the immune system and mucus in the protection of mucous membranes // Biochem. Soc. Trans. - 1984. - V. 12. -N5.-P. 754-756.
3. Dura W.T., Bernatowska E. Secretory component, 1-antitrypsin and lysozyme in Ig A deficient children. An immunohistochemical evaluation of intestinal mucosa // Histopathology. - 1984. - V.8. - N 5. - P. 747 - 754.
4. Man A.L., Prieto-Garcia M.E., Nicoletti C. Improving M cell mediated transport across mucosal barriers: do certain bacteria hold the keys? Immunology, 2004, 113: 15-22.
5. Mancini G., Carbonara A., Heremans I. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immunochemistry. — 1965. — V. 2. — p. 235-254.
6. Redondo-Lopez V., Cook R.L., Sobel J.D. Emerging role of lactobacilli in the control and maintenance of the vaginal bacterial microflora. Rev.Infect.Dis., 1990, 12: 856-872.
7. Rosenthal K.L., Gallichan W.S. Challenges for vaccination against sexually-transmitted diseases: induction and long-term maintenance of mucosal immune responses in the female genital tract. Semin.Immunol.,1997,9: 303-314.

УДК 616.12-008.3- 073.96: 616.11- 002

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ АДГЕЗИВНОГО ПЕРИКАРДИТА.

А. Т. Амиргожин

Акмолинская областная больница, г.Кокшетау

ТҮЙІН

Адгезивті перикардиттің электрокардиографиялық мүмкіндіктері. Жүрек қысқышының асқындалуы, жүрек қабының бірігіп қалуымен 27 науқасқа динамикалық эхокардиохирургия бақылауы өткізілді. Жүрек қабынуының нәтижелі ісінуі туралы үлпершелі жапырақтардың тығыздалғанын куәландырады. Жүрек қабынуының кальцинозы ісірудің сенімді белгісі болып саналмайды.

SUMMARY

This article is described possibility of echocardiography in evaluation of adhesive pericarditis. Echocardiography takes great place within the methods of visualization using for diagnostic of pericarditis. (P 171).

Среди методов визуализации, используемых для диагностики перикардита, эхокардиография (ЭхоКГ) занимает ведущее место. Роль качественного ЭхоКГ-исследования трудно переоценить как на этапе первичной диагностики заболевания, так и в процессе наблюдения за течением процесса и для оценки эффективности проводимой терапии. Предметом исследования послужили 27 случаев адгезивного перикардита, осложнившегося констрикцией сердца. Кроме того, обследовано 27 пациентов, не имеющих патологии сердца, составивших контрольную группу. Оценка толщины перикардальных листков проводилась с учетом особенностей анатомии перикарда и эпикарда. При ЭхоКГ-оценке толщины перикардальных листков имеет значение место их измерения. Толщину париетального листка перикарда рекомендуется определять по передней поверхности сердца перед стенкой правого желудочка, учитывая особенности отражения ультразвука.

Это, как правило, нельзя применить к эпикарду, так как существуют анатомические особенности различных зон висцерального листка. По передней поверхности сердца на эпикарде в местах наибольшего контакта с плотными тканями грудины и реберных хрящей в течение жизни формируются реактивные структуры в виде уплотнения поверхностного слоя серозной оболочки. В силу описанных особенностей эпикард передней стенки при ЭхоКГ исследовании может выглядеть более ярким и утолщенным, чем эпикард других участков сердца, даже у пациентов, не переносивших перикардит. Поэтому для определения утолщения

эпикарда рационально измерять его в области задней стенки или в других участках, кроме передней стенки, если по задней поверхности не удастся дифференцировать границы эпикарда.

Для обоснования предложенного метода измерения толщины эпикарда мы сравнили результаты ЭхоКГ-измерений эпикарда по передней и задней стенкам сердца у здоровых лиц. Проведенный сравнительный анализ толщины различных участков эпикарда в контрольной группе показал, что толщина эпикарда передней стенки (2,89 ± 0,03 мм) достоверно больше, чем толщина заднего эпикарда (1,87 ± 0,06 мм). Пациенты с интактными листками перикарда не имели значимых различий в толщине перикарда по передней стенке (1,85 ± 0,04 мм) и эпикарда по задней стенке сердца (1,87 ± 0,06 мм). При этом эпикард мог быть толще или тоньше перикарда. Полученные данные послужили отправной точкой для оценки измерений листков перикарда при адгезивном перикардите. Для диагностики продуктивного воспаления перикардиальных листков, сопровождающегося их утолщением, предлагаем производить измерения перикарда по передней поверхности сердца, а эпикарда - по задней. Исследование показало, что перикард и эпикард в различной степени вовлекаются в воспалительный процесс. Воспаление висцерального листка сердечной сорочки часто охватывает подлежащие ткани, включая жировую клетчатку и миокард. Поражение субэпикардиальных слоев миокарда создает условия для возникновения аутоиммунного компонента воспаления миокарда.

Поэтому процесс в эпикарде протекает более длительно. При ЭхоКГ-исследовании обычно проводится измерение толщины париетального листка перикарда. С учетом полученных результатов мы считаем более информативным измерение толщины эпикарда, так как воспаление в висцеральном листке сердечной сорочки сочетается с воспалением подлежащих тканей и может иметь более сложный характер с присоединением аутоиммунного компонента, к тому же констрикция сердца чаще всего происходит за счет утолщения эпикарда и утери им эластичности. Поэтому при длительно протекающем перикардите оценка толщины эпикарда имеет принципиальное значение.

Выводы: 1. Утолщение перикардиальных листков, устанавливаемое с помощью ЭхоКГ, может свидетельствовать о продуктивном воспалении в перикарде. 2. Кальциноз перикарда не может считаться надежным признаком завершеного воспаления. 3. Констриктивная форма адгезивного перикардита сопровождается большим утолщением эпикарда по сравнению с перикардом и вовлечением в воспалительный процесс жировой ткани и прилежащих слоев миокарда. 4. Уменьшение объема перикардиальной жидкости при сохраняющемся утолщении перикардиальных листков свидетельствует о затихании экссудативного компонента воспаления и продолжении продуктивной реакции серозной оболочки сердца.

УДК 618-3

РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОШИЗИСА В 11-12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ

Г.Е.Булатова

Центральная городская больница, г.Кентау

ТҮЙІН

Көрсетілген нәтиже ерте диагностикасы гастрошизис құрсақтағы бала ультрадыбысты зерттеудің көмегімен.

SUMMARY

The method of ultrasonic diagnostics of abdominal fissure (gastroschisis) during. The period of 11-12 weeks of pregnancy is represented in this article. The case of early diagnostics is possible with the help of transabdominal scanning.

Аномалии развития передней брюшной стенки плода занимают важное место в структуре врожденной патологии пищеварительной системы (в частности гастрошизис является патологией развития брюшной стенки, связанной с преждевременной инволюцией правы по почной вены или разрывом дистального сегмента омфаломезентриальной артерии [1]. В зависимости от анатомических особенностей принято выделять два основных вида патологии: омфалоцеле и гастрошизис. Гастрошизис представляет собой нарушение анатомической целостности передней брюшной стенки вследствие локального дефекта кожи, подкожной клетчатки, мышц, париетальной брюшины. При этом грыжевой мешок отсутствует и подвижные органы в основном петли кишечника, покрытые только висцеральной брюшной, свободно выступают за пределы брюшной полости. Дефект обычно располагается параумбиликально, а пупочное кольцо в процесс не вовлекается [2]. Эхографическое изображение гастрошизиса характеризуется тем, что в области передней брюшной стенки живота плода определяются свободно плавающие в амниотической жидкости петли кишечника.

Частота порога составляет – один случай на 10 000 новорожденных [3]. У беременных моложе 20 лет гастрошизис у плодов встречается чаще и составляет 7 случаев на 10 000 новорожденных [4]. Наиболее ранняя пренатальная ультразвуковая диагностика гастрошизиса была осуществлена в 12 недель 4 дня беременности трансвагинальным методом исследования [5]. В большинстве случаев диагноз устанавливается во II триместре беременности, так как в ранние сроки (10-12 недель) возможно ложноположительная диагностика связи с наличием у плода физиологической кишечной грыжи. Физиологическая кишечная грыжа является нормальным

вариантом развития кишечника. Наличие грыжи при ультразвуковом исследовании устанавливается в случаях, когда диаметр пуповины в месте прикрепления ее к передней брюшной стенке плода превышает диаметр периферического отдела пуповины в 1,5 раза и более [4] и пуповина лоцируется в виде экзогенной зоны веретенообразной формы, увеличивающейся в размерах с 7 по 10 нед.беременности. по данным разных авторов, размеры кишечной грыжи варьируют от 1,9 до 10,0мм в зависимости от срока беременности[6].

Эмбриогенез кишечной грыжи заключается в следующем. В связи с тем, что длина кишки значительно увеличивается на определенном этапе развития, она начинает укладываться в петли, которые уже не помещаются в брюшной полости, заполненной в данный период огромной по сравнению с другими органами брюшной полости печенью. Поэтому петли кишечника проникают в экзоцелом, находящийся в закладке пуповины и в то время еще не замкнутый. На 10 неделе объем брюшной полости увеличивается и кишечные петли постепенно возвращаются в абдоминальную полость. Таким образом, физиологическая кишечная грыжа репонируется. Возвращение петель в брюшную полость происходит обычно 11 нед.5 дням беременности [4]. Беременная к 20 лет 27.04.2009г. была направлена для скринингового ультразвукового исследования в 11 нед.беременности в кабинет УЗИ женской консультации г.Кентау. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате SSD-500 (Алока, Япония) конвексным датчиком частотой 3,5МГц. При эхографии в полости матки обнаружен один живой плод, копчиково-теменной размер 49,0мм гестационный возраст 11 нед. 5 дн. Соответствует менструальному сроку беременности. Сердцебиение плода ритмичное, 162 ударов в 1 мин. Толщина воротникового пространства 2мм., желточный мешок не визуализируется. Локализация хореона по передней стенке, структура его не изменена. В области передней брюшной стенки живота плода визуализируется неоднородная гиперэхогенная структура овальной формы с фестончатыми контурами размерами 17,0 x 11,0мм, свободно плавающая в амниотической жидкости. При оценке других анатомических структур плода отклонение не выявлено. Заключение: беременность 11-12 нед. гастрошизис плода.

Рекомендован ультразвуковой контроль через неделю, учитывая возможность наличия физиологической кишечной грыжи, а также омфалоцеле. При повторном ультразвуковом исследовании диагноз подтвердился, причем конгломерат петель кишечника лакцировался справа и несколько ниже места прикрепления пуповины к передней брюшной стенке. Беременность была прервана. Внедрение ультразвукового скрининга в 1 триместре беременности позволяет формировать группы риска среди беременных по порокам развития и наследственной патологии плода, о чем наглядно свидетельствует представленный случай.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ромеро Р., Билу Д., Дженти Ф. И др. Препатальная диагностика врожденных пороков развития плода. М.Медицина. 1999, 448.
2. Стыгар А.М., Демидов В.Н. Ультразвуковая оценка состояния органов пищеварительной системы. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т 2 под редакцией Митькова В.В., Медведева М.В. М: Видар 1986, с 199-200.
3. Снайдерс А., ДЖ.М.Николаидес. Ультразвуковые маркеры хромосомных дефектов плода М: Видар 1997, 1 46-4.
4. Врожденные пороки развития пренатальная диагностика и тактика. Под редакцией Петриковского Б.М., Медведева М.В., Юдиной Е.В., М: реальное время 1999, с 95-97.
5. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития в ранние сроки беременности. Под редакцией Медведева М.В., М: реальное время, 2000, с 19-21.
6. Станик И. Эмбриология человека. Братислава: Веда, 1997, с 227-228.

УДК 618.31

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Г.Е.Булатова

Центральная городская больница, г.Кентау

ТҮЙІН

Желбуаздың тексеруі арасында (66, 6%) 24 әйелдерде кезге түтік түсігінің түрі бойынша бөлініп кеткен бұзылған керней жүктілігі бар 36 әйелдердің жанбас асты органдарының ультрадыбыс зерттеуінің өткенді шолатын талдауы қасында (30, 5%) 11 жылдам үдейтін түтік жүктілігінде болды және аз мерзімнің (2, 7%) 1 аналық без жүктілігінде елестеткен. Түтіктік жүктілігінің үзуі белгілердің эхографиялық анықталуын сипат және жиілігі бұл түрлерде анықталған. Зерттеудің нәтижелері жатырлық түтіктің үзілуінің дифференциалды диагностикасы және түтік түсігі үшін сенімді белгілер бар болмайтынын куәландырады. Ультрадыбыс диагностиканы дәрігердің негізгі есептері жылдам үдейтін және бұзылған түтік жүктілігінің дифференциациясы болып табылады.

SUMMARY

There is the analysis of the cases of extrauterine prynancy in this article. Yetrasonic research is applied to 36 women in Kentau (2009). 24 (66,6 %) of women had interrupted pregnancy in connection with. The tubal abortion, 11(30,5%) of women had progressive tubal pregnancy and 1 (2,7 %) of women had early vovarian pregnancy. The worf important method of early diagnostics of extrauterine pregnancy is transvaginal scanning.

Внематочная беременность в нашей стране встречается с частотой от 1,3 до 6,0% от общего количества гинекологических больных. В последнее время число эктопической беременности неуклонно растет. В большинстве случаев (39-98%) отмечается трубная беременность (1). За последнее время частота выявления гетеротопической беременности значительного возраста, что связано с увеличением беременностей, поступивших вследствие экстракорпорального оплодотворения и реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, а также с увеличением частоты использования врачами стимуляции овуляции яичников в качестве одного из методов лечения бесплодия (2). Возможны 4 варианта клинического течения трубной беременности: прогрессирующая трубная беременность; беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта; беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы; неразрывающаяся трубная беременность (3).

Материалы и методы: Проанализированы особенности ультразвуковой картины в 36 диагностированных случаях внематочной беременности в городе Кентау за 2009 год. Из них 21 (58,3%) женщин в возрасте до 30 лет, 15 (41,6%) женщин в возрасте до 40 лет. У 24 (66,6%) женщин на момент обследования внематочная беременность прервалась по типу трубного аборта, у 11 (30,5%) имелась прогрессирующая трубная беременность и у 1 (2,7%) яичниковая беременность малого срока.



Диаграмма 1 – частота внематочной беременности

У всех женщин в анамнезе имелась гиперменорея, дисменорея. Из перенесенных гинекологических заболеваний у всех были воспалительные процессы. Аборты отмечали у половины случаев, а у части самопроизвольные выкидыши. У всех обследованных женщин имелась задержка очередной менструации; у 28 (77,8%) на этом появились мажущие темно-коричневые выделения из половых путей, а у 21 (58,3%) – боли внизу живота тянущего характера. У всех больных с внематочной беременностью плодное яйцо в полости матки отсутствовало.

Таблица 1 – Клиническая симптоматика внематочной беременности

№	Клиническая симптоматика	Абс.число	%
1	Задержка очередной менструации	36	100
2	Боли внизу живота тянущего характера	21	58,3
3	Мажущие темно-коричневые выделения из половых путей	28	77,8

У 31 (86,1%) пациенток переднезадний размер матки был увеличен до 49 мм. По данным многих авторов эхографические признаки трубной беременности сводятся к выявлению кольцевидного гиперэхогенного образования с анэхогенной полостью в центре (4). При трубном аборте у всех 24 больных в брюшной полости выявлялась свободная жидкость; у 14 (58,3%) с боку от матки визуализировалось вытянутой формы гипоэхогенное образование, представлявшее собой маточную трубку с перитубарной гематомой, а у 10 (41%) между маткой и яичником определялось плодное яйцо, в виде толстостенного «белого кольца» в котором у 4 (1 в 7%) женщин определялся желточный мешок.

Таблица 2 – Ультразвуковая картина внематочной беременности

№	Ультразвуковая картина	Абс.число	%
1	Увеличение передне-заднего размера матки	31	86,1
2	Выявление свободной жидкости	24	66,6
3	Между маткой и яичником определение плодного яйца	10	41
4	Определение желточного мешка	4	7

При прогрессирующей трубной беременности плодное яйцо внематки удалось выявить у 9 (81,8%) больных; у 4 из них визуализировался желточный мешок, а у 2 эмбрион с сердечной деятельностью. Еще у одной женщины толстостенное «белое кольцо» с желточным мешком визуализируется в проекции яичника, что позволяло заподозрить прогрессирующую яичниковую беременность.

Дифференцировать трубный выкидыш и разрыв трубы не представляется возможным, диагностика прогрессирующей и неразвивающейся беременности более достоверно после 5 недель гестации. Успешная визуализация зависит от разрешающей способности прибора и опыта врача. Большую роль в диагностическом поиске играет личный контакт врача УЗД с пациенткой, активный диалог, анализ субъективных ощущений больной и анамнез. «Золотым стандартом» диагностики ВМБ является трансвагинальное сканирование. Настороженность в отношении ВМБ должно иметь место при обследовании всех женщин репродуктивного возраста с жалобами на боли в брюшной полости.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что в городе Кентау внематочная беременность чаще развивается у женщин в возрасте до 30 лет, по частоте трубная беременность встречается чаще чем яичниковая беременность, увеличение передне-заднего размера матки чаще, чем другие ультразвуковые признаки внематочной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике Т.3/под редакцией Митькова В.В., Медведева М.В. М: Видар 1997 г. с. 187-193.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография М. 1994 г. 183 с.
3. Буланов М.Н. «Ультразвуковая диагностика в гинекологической практике» С.П.М. 2002.
4. Бук Л.Г., Ли М.А. «Ультразвуковая диагностика гетеротропической беременности», «Ультразвуковая и функциональная диагностика» 2005: Л 3 с. 82-84.
5. Озерская И.А., Агеева М.И. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности, Ультразвуковая и функциональная диагностика, 2005, Л 2. с. 101-113.
6. Флоренцова Е.В., Апарцин М.Ц. Трудности интерпретации эхографических данных при обследовании пациенток с подозрением на эктопическую беременность на ранних сроках Эхография, 2002 Т.3 №2 с.209-214.

УДК: 616.342:616.34-002.44+57.083.3

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.Б. Бегалиев

МКТУ имени Х.А.Яссауи. г.Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Сондықтан, жағымсыз факторлар және маусымдық әсерлер, иммундық жүйеде басым болса, асқазандағы шырышты қабықтағы пролиферациялық эпителийді және екіелі ішекті төмендетеді. Тіпті болмашы активті регенераторлардың төмендетілуі басқа бейімдейтін факторлар мен агрессиялық және қорғану және жаралы міннің қаймақшыттары баланстың бұзылуына алып келеді. Иммундық жүйенің және жаралы аурудағы регенераторлық процесстер орынды зерттеулер өткізуді санаймыз. Мүмкін олар осы аурудың патогенезі мен саногензін тереңінен түсінуге мүмкіндік береді және олардың емі мен профилактикасына жаңа қадам туғызады.

SUMMARY

Thus, Stressogenic and possibly seasonal effects, suppressing the immune system, cause a reduction in epithelial proliferation in the gastric mucosa and two nadtsatiperstnoy guts. Even insignificant considerably reduce regenerative ac ciency in the presence of other prejudices believing factors can lead to disruption of balance between factors mi aggression and defense and the way sponded to the formation of ulcerative de defect. We believe it appropriate to study the interaction of immunetion system and regenerative pro cesses for peptic ulcer. The possibilities but they will allow a deeper understanding of the pathogenesis and sanogenesis this disease and develop new approaches to its prevention and treatment.

Согласно современным представлениям язвообразование в желудке и двенадцатиперстной кишке является следствием нарушения равновесия между факторами агрессии желудочного содержимого и защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Имеется несколько теорий и гипотез о роли иммунной системы в нарушении этого баланса. В снижении резистентности слизистой оболочки допускается роль аллергических реакций, показано значение аутоантител, стимулирующих продукцию соляной кислоты при взаимодействии с париетальными клетками. Обсуждается также, возможность иммунологического дисбаланса, приводящего к нарушению репаративной регенерации в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны при неблагоприятном течении язвенной болезни. Однако, допуская взаимосвязь иммунной системы и регенерации, авторы изучали состояние иммунитета только в фазах обострения язвенной болезни до лечения и сформировавшегося рубца после терапии. Целью настоящей работы было изучение особенностей иммунного статуса в процессе заживления язвы желудка. (1,2,3,4).

Обследовано 47 больных язвенной болезнью с локализацией процесса в желудке (36 мужчин, 11 женщин в возрасте от 25 до 73 лет) с длительностью заболевания от нескольких недель до 28 лет. Диагноз язвенной болезни устанавливался на основании рентгенологического и эндоскопического методов исследования. Доброкачественный характер язвенных поражений подтверждался гистологический. На основании эндоскопического исследования выделено 4 стадии язвенного дефекта: обострения, начавшегося рубцевания, красного и белого рубца. В лечении применяли антацидные и обволакивающие средства, холинолитики, сукральфат, блокаторы H₂-рецепторов ги-стамина, эндоскопическое облучение язвенного дефекта с помощью гелий-неонового лазера, аутогемотерапию, гипербарическую оксигенацию. Иммунологическое исследование проводили у каждого больного 2—8 раз с интервалом 1—2 нед с момента поступления в клинику до полного рубцевания язвы.

Контрольную группу составили 118 здоровых лиц в возрасте от 30 до 67 лет. У 18 больных исследовали популяции лимфоцитов, у 107 — содержание сывороточных иммуноглобулинов, у всех — абсолютное содержание лейкоцитов и лимфоцитов. Для изучения субпопуляций лимфоцитов из периферической крови выделяли моно-нуклеарные клетки на градиенте верографина — фикола. Методом розетко-образования определяли абсолютное и относительное содержание Т-лимфоцитов, активных высокоаффинных Т-лимфоцитов, теofilлинрезистентных Т-лимфоцитов, В-лимфо-цитов, О-клеток. Кроме того, рассчитывали относительное содержание теofilлинрезистентных клеток среди всех Т-лимфоцитов. Для оценки содержания в сыворотке IдА, I§M, I^λ(3) использовали метод радиальной иммунодиффузии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия Стьюдента.

Обнаружена зависимость иммунологических показателей от стадии заболевания. Стадия активного обострения эндоскопически характеризовалась высоким воспалительным валом вокруг язвы и отсутствием признаков ее рубцевания. Общее количество лейкоцитов и лимфоцитов, абсолютное и относительное содержание Т-лимфоцитов и теofilлинрезистентных Т-лимфоцитов существенно не отличалось от соответствующих показателей в контрольной группе. Выявлялось достоверное уменьшение относительного содержания О-клеток ($p < 0,05$). Относительное содержание активных Т-лимфоцитов было достоверно повышено ($p < 0,01$). Абсолютное и относительное количество В-лимфоцитов также возрастало по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Отмечалась тенденция к повышению уровня I&M. В стадии начавшегося рубцевания язвы эндоскопически выявлялись уменьшение размеров язвенного дефекта, очищение его дна, конвергенция к нему складок слизистой оболочки. В этой стадии по сравнению с обострением значительно увеличилось относительное содержание О-клеток ($p < 0,01$), которое стало достоверно более высоким, чем в контроле ($p < 0,05$). Наблюдалось также снижение относительного содержания Т-лимфоцитов ($p < 0,05$). Значительно увеличивалось абсолютное и относительное количество теofilлинрезистентных Т-лимфоцитов, особенно их содержание среди Т-лимфоцитов ($p < 0,001$). В стадии начавшегося рубцевания в отличие от стадии обострения в 21 из 50 наблюдений выявлялся феномен индукции теofilлином реакции розетко-образования, когда содержание теofilлинрезистентных клеток превышало количество Т-лимфоцитов. Абсолютное и относительное количество активных Т-лимфоцитов не изменялось, однако их относительное содержание оставалось существенно повышенным по сравнению с контролем ($p < 0,01$). Хотя число В-лимфоцитов нормализовалось, отмечалась тенденция к увеличению уровня всех I§ по сравнению с контролем. Общее количество лейкоцитов и лимфоцитов оставалось нормальным.

В стадии красного рубца наблюдалась тенденция к уменьшению количества О-клеток. Абсолютное и относительное содержание Т-лимфоцитов и активных Т-лимфоцитов несколько уменьшалось. Абсолютное и относительное число теofilлинрезистентных Т-лимфоцитов, содержание их среди Т-лимфоцитов достоверно снижалось по сравнению со стадией начавшегося рубцевания язвы ($p < 0,01$), однако их содержание среди Т-лимфоцитов оставалось по-прежнему более высоким, чем в контроле ($p < 0,05$). Феномен индукции теofilлином реакции розетко-образования отмечался у 6 из 24 больных. Показатели В-системы и абсолютного количества лейкоцитов и лимфоцитов существенно не менялись. В стадии белого рубца относительное содержание Т-лимфоцитов, активных Т-лимфоцитов, теofilлинрезистентных Т-лимфоцитов снижалось по сравнению с предыдущей стадией и не отличалось от аналогичных показателей в контрольной группе. Как и в стадии обострения, феномен индукции теofilлином реакции розеткообразования не был выявлен. Он отсутствовал также в контрольной группе. Относительное содержание В-лимфоцитов увеличивалось, а О-клеток снижалось, приближаясь к таковому в стадии обострения. Уровень Iд оставался недостоверно повышенным по сравнению с содержанием в контрольной группе и стадией обострения. Общее количество лейкоцитов значительно снижалось, что и обусловило низкие значения абсолютных показателей субпопуляций лимфоцитов. Относительное содержание теofilлинрезистентных клеток среди Т-лимфоцитов быстро возрастало к концу 1-й недели лечения при сопоставлении с контрольной группой и до лечения ($p < 0,001$). Содержание этой субпопуляции достигало максимума после 2-й недели и затем постепенно снижалось на 3—5-й неделях лечения. Исследования показали, что при заживлении язвенного дефекта с локализацией в желудке происходит активация иммунной системы, которая наиболее выражена в стадии начавшегося рубцевания. Последовательность изменений в иммунной системе на протяжении рубцевания язвенного дефекта можно представить следующим образом. В стадии обострения (до лечения) уже имеется активация иммунной системы по сравнению с нормой, о чем свидетельствует достоверное увеличение числа Т-активных и В-лимфоцитов.

Эти результаты подтверждаются данными К. Markiew и соавт. о повышении содержания у таких больных интерлейкина-1, который играет ключевую роль в инициации иммунной реакции путем индукции Т-хелперов и стимуляции пролиферации В-лимфоцитов и синтеза I δ . С конца 1-й недели эффективного лечения при сохранении повышенного содержания активных Т-лимфоцитов отмечается увеличение числа 0-клеток, теофиллинрезистентных Т-лимфоцитов и индукция теофиллином реакции розет-кообразования. Считается, что подобные изменения свидетельствуют об увеличении содержания в периферической крови молодых незрелых лимфоцитов, предшественников Т-клеток с маскированными E-рецепторами, и об активации хелперного звена иммунной системы. В эти сроки обнаруживается повышенное выделение Т-хелперами интерлейкина-2, стимулирующего пролиферацию Т-эффекторов, повышение содержания МК-клеток, а также угнетение супрессорной активности Т-лимфоцитов. Изменение состояния иммунной системы достигает максимума к концу 2-й недели, когда при эффективном лечении эндоскопически выявляются признаки начавшегося рубцевания. Уменьшение числа Т- и В-лимфоцитов в периферической крови в стадии начавшегося рубцевания язвы, возможно, связано с их миграцией в область язвенного дефекта. Т- и В-лимфоциты, плазматические клетки были обнаружены в этих зонах в повышенном количестве при обострении язвенной болезни. Об активации В системы в фазе начавшегося рубцевания свидетельствует и отмеченная нами тенденция к увеличению содержания всех классов I δ . С формированием на месте язвы рубца показатели Т-системы иммунитета нормализуются.

Таким образом, изменения в иммунной системе возрастают на фоне лечения и становятся наиболее выраженными в фазе рубцующейся язвы к концу 2-й недели лечения. По данным экспериментально-клинических исследований при заживлении язвенных поражений именно в эти сроки отмечается максимальная скорость регенераторных процессов в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны. Необходимо отметить, что у больных с труднорубцующимися язвами наблюдалась задержка или отсутствие описанных изменений показателей иммунитета. Динамика иммунного статуса при заживлении язвенного дефекта согласуется с результатами экспериментального исследования А. Г. Бабаевой. Автором на модельных экспериментах с резекцией печени, кишечника и других органов показано, что иммунная система обладает возможностью контролировать активность репаративной регенерации. Потеря части органа и появление измененного антигена при его повреждении вызывало снижение числа и функциональной активности Т-супрессоров, что в свою очередь обуславливало стимуляцию других популяций лимфоцитов, размножение лимфоидных клеток в селезенке и лимфатических узлах. Было сделано заключение, что непосредственная индукция пролиферации клеток регенерирующего органа осуществляется наработанными клонами Т-эффекторов, В-лимфоцитов и МК-клеток как путем непосредственного контакта, так и благодаря выработке лимфокинов и ауто-антител. Можно допустить, что подавление супрессорных Т-лимфоцитов и активизация других звеньев иммунной системы связаны с наличием язвы. В результате происходит наработка клонов Т-эффекторов, активных В-лимфоцитов и МК-клеток, которые путем непосредственного контакта, выработки лимфокинов и аутоантител стимулируют репаративную регенерацию в зоне язвенного дефекта.

Эпителий слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта — одна из наиболее быстро пролиферирующих тканей организма человека. По-видимому, иммунная система осуществляет аналогичный контроль за физиологической регенерацией. Можно также предположить, что скорость пролиферации эпителия слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, необходимая для сохранения баланса между факторами агрессии и защиты, поддерживается постоянным воздействием иммунной системы на делящиеся стволовые клетки путем непосредственного контакта и синтеза лимфокинов и I δ . Как известно, стресс вызывает подавление иммунной системы и образование гастродуоденальных язв. При моделировании эрозивно-язвенных поражений с помощью стресс-фактора в первые дни эксперимента обнаружено достоверное снижение регенераторной активности эпителия в слизистой оболочке желудка. Аналогичные результаты получены при обследовании больных в 1-ю неделю обострения язвенной болезни.

Таким образом, стрессорные и, возможно, сезонные воздействия, подавляя иммунную систему, вызывают снижение пролиферации эпителия в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной - кишки. Даже незначительное снижение регенераторной активности при наличии других предрасполагающих факторов может привести к нарушению баланса между факторами агрессии и защиты и способствовать образованию язвенного дефекта. Считаем целесообразным провести исследования взаимодействия иммунной системы и регенераторных процессов при язвенной болезни. Возможно, они позволят глубже понять патогенез и саногенез этого заболевания и разработать новые подходы к его профилактике и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева А. Г., Зотиков Е. А. Иммунология процессов адаптивного роста, пролиферации и их нарушений. М., 1987.
2. Василенко В. Х., Гребенев А. Л., Шептулин А. А. Язвенная болезнь, М., 1987.
3. Геллер Л. И., Алексеенко С. А. Клиническая медицина. 1981. № 8. С. 71—76.
4. Жидков К. П., Крылов А. А. Функциональная диагностика и эффективность лечения заболеваний органов пищеварения. Вильнюс, 1988. С. 65—67.

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 615.33.-036.8:616.92:614.455

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АПРИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОРВИ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.Н.Абуова, Ф.А.Бердалиева, А.А.Нурмашева, Б.Н.Рыстаева, А.М.Осербаева, А.М.Рахманов
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
ГИБ, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада жедел респираторлы вирусты инфекцияларының ауыр түрлерімен ауыратын науқастарға қолданылатын априд және цефазолин препараттарының салыстырмалы анализі жүргізілген. Априд препараты ағзаға жақсы бейімделгені, жоғары тиімділігі және қолдану ыңғайлылығы корсетілген.

SUMMARY

The analysis of application of the preparations prid and Cefazolin for the patients with serious forms of an acute respiratory virus infection is represented in this article. Good tolerance, high effectiveness and ease of use of Aprid preparation are shown.

Здоровье нашего населения подвержено постоянным негативным воздействиям окружающей среды: учащение техногенных, климатических катастроф, меняющих в нелучшую сторону проблемную экологию; интенсивный ритм жизни современного общества, создающий постоянный дефицит времени для уделения внимания к собственному здоровью. Все это вместе взятое приводит к снижению способностей адаптивных и защитных сил организма противостоять различным инфекциям. По распространенности, массовости, социально-экономической значимости из ряда инфекционных заболеваний преобладают ОРВИ, по материалам ВОЗ ими болеют ежегодно до 90% людей всех возрастов. Наличие сопутствующих заболеваний, очагов хронической инфекции значительно осложняют течение ОРВИ. Бактериально осложненные ОРВИ требуют выбора наименее безопасных, эффективных и, что немаловажно, доступных, экономичных препаратов, в частности, антибиотиков.

В настоящее время число резистентных к антибиотикотерапии инфекций возросло, и у практичек врачей появилась необходимость в альтернативных антибиотиках. Эффективная комбинация бета-лактаминового антибиотика с необратимым бета-лактамазным ингибитором представлена в клинически успешно испытанном препарате «сультамициллин», сочетающем антибиотика сульбактам и ампициллин. Биоэквивалентным этому препарату является отечественный препарат «Априд», выпускаемый в форме пероральных таблеток с дозой -375 мг и 750 мг(АО «Нобел» Алматинская фармацевтическая фабрика, РК). Было проведено наблюдение за 138 пациентами городской инфекционной больницы с целью определения сравнительной эффективности применения препаратов «априд» и «цефазолин», который наиболее часто используется в лечении ОРВИ на фоне обострения хронических очагов инфекции и бактериально осложненных ОРВИ. Препарат априд давался больным перорально в дозе 750мг, два раза в день, препарат цефазолин вводился внутримышечно два раза в день, в дозе 1 грамм.

Таблица 1 Контингент наблюдаемых

Возраст в	Женщин		Мужчин		Всего	
	абс.число	%	абс.число	%	абс.число	%
18-20	10	13,3	5	7,9	15	10,8
21-30	41	54,6	43	68,2	84	60,8
31-40	8	10,6	6	9,5	14	10,1
41-50	10	13,3	5	7,9	15	10,8
51-60	4	5,3	3	4,7	7	5,1
61 и более	2	2,6	1	1,5	3	2,1
Всего	75	54,3	63	45,6	138	100

Как видно из таблицы, по контингенту отмечается преобладание больных женского пола, в возрасте 21-30 лет. Среди пролеченных больных преобладали городские жители (121 пациент – 87,7%) сельских было 17 – 12,3%.

Таблица 2 Структура сопутствующих ОРВИ заболеваний у наблюдаемых больных

	Сопутствующие заболевания	Мужчины	Женщины	Абс.чи сло	%
1	хроническая пневмония	4	8	12	8,6

2	хронический бронхит	7	11	18	13,2
3	хронический тонзиллит	17	10	27	19,5
4	хронические синуситы	6	4	10	7,2
5	хронический пиелонефрит	5	12	17	12,3
6	ревматоидный артрит	2	3	5	3,6
7	Бронхиальная астма	3	4	7	5,5
8	аллергические реакции	4	6	10	7,2
9	хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит, холецистит)	3	1	4	2,8
10	хронический бруцеллез	5	4	9	6,5
11	Гельминтозы	2	2	4	2,8
12	хронические заболевания половой сферы (простатиты, сальпингооофориты и др.)	2	5	7	5,1
13	хроническая анемия	2	6	8	5,7

Из данной таблицы видно, что в группах наблюдения на осложненное течение ОРВИ имеет влияние наличие таких сопутствующих состояний как хронический тонзиллит-19,5%; хронический бронхит-13,2%; хронический пиелонефрит - 12,3% ; хроническая пневмония-8,6%; хронические синуситы -7,2%; аллергические реакции-7,2; хронический бруцеллез-6,5%; хроническая анемия- 5,7%. Сравнительная оценка эффективности применения априда в лечении тяжелых форм ОРВИ проводилась по следующим критериям: длительность лихорадки, динамика регрессии основных клинических симптомов, сроки пребывания в стационаре, наличие побочных эффектов.

Диаграмма 1.

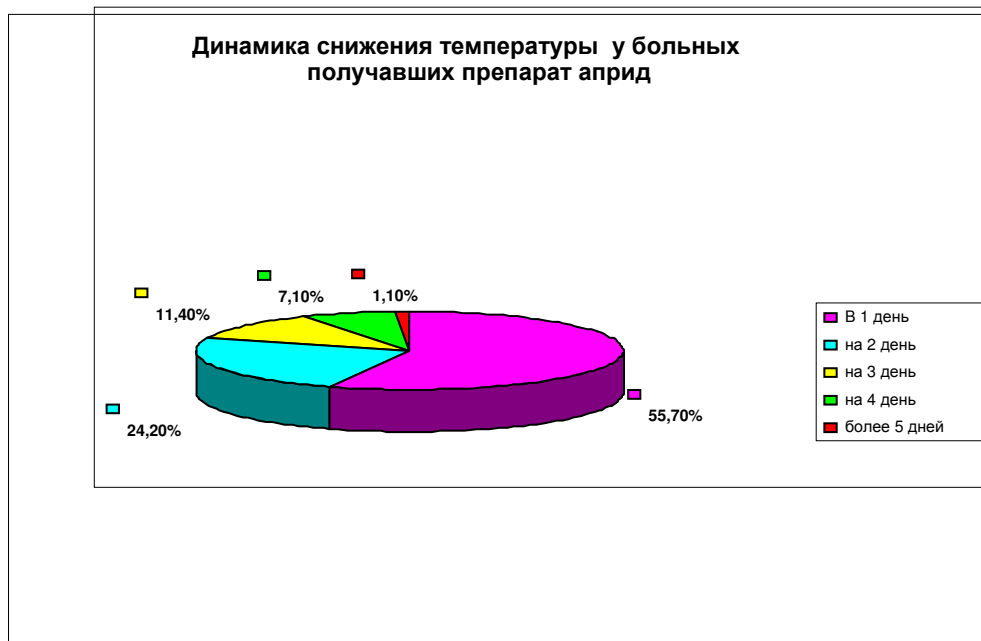
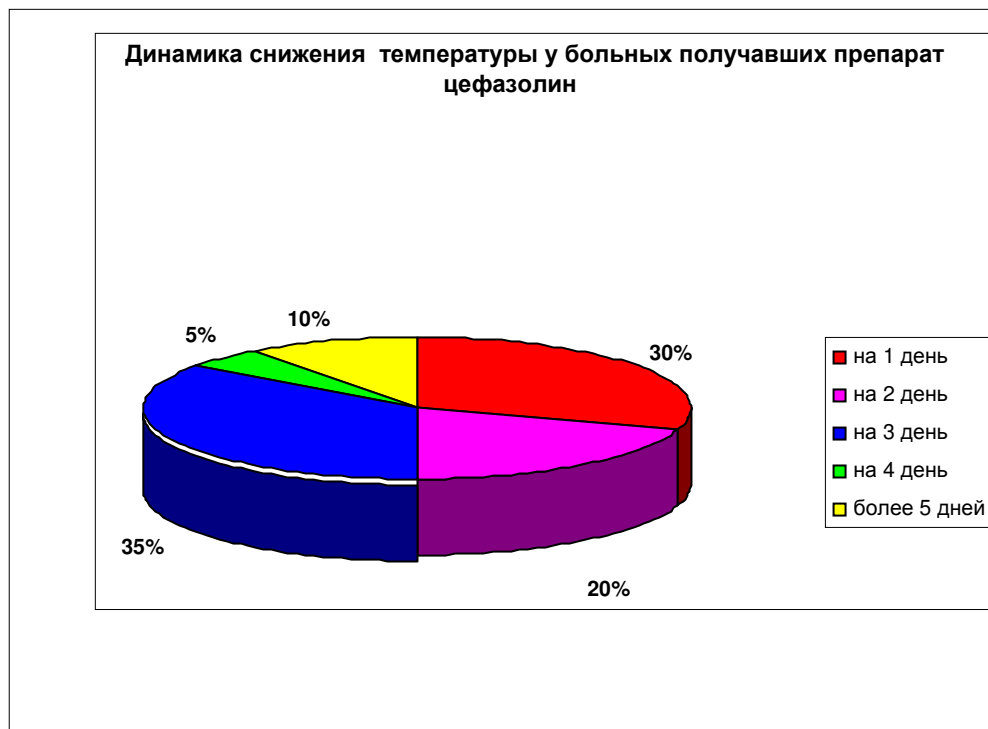


Диаграмма 2.



Сравнительная оценка показала: у пациентов получавших априд, наблюдалось снижение температуры на 1-день - у 55,7% больных; на 2-день - у 24,2% больных; на 3-день - у 11,4%. У больных, получавших цефазолин, наблюдалось снижение температуры на 1-день - у 30% больных; на 2-день - у 20% больных; на 3-день - у 35%. Рассматривая нормализацию температуры в первые три дня можно отметить, что препарат априд (у 91,3%) в сравнении с препаратом цефазолин (у 85%) эффективнее снижает подъем температуры тела. Динамика регрессии клинически наиболее выраженных симптомов по дням

Таблица 3

	Симптомы	Априд			Цефазолин		
		до 1-3	до 4-5	>5	до 1-3	до 4-5	>5
1	катаральные явления (насморк, боли в горле, кашель)	32/ 45,7%	21/ 30%	15/ 24,3%	30/ 44,1%	15/ 22,1%	23/ 33,8%
2	головная боль, головокружение	34/ 48,5%	28/ 40%	8/ 11,4%	27/ 39,7%	30/ 44,1%	11/ 16,1%
3	общая слабость, вялость	30/ 42,8%	29/ 41,4%	11/ 15,7%	30/ 44,1%	24/ 35,2%	14/ 20,5%
4	мышечные боли	12	11	-	10	13	-
5	тошнота, рвота	20	25	-	15	14	-
6	нарушение сна	11	5	-	13	10	-
7	снижение аппетита	21	29	-	23	25	-

Оценка клинически наиболее выраженных симптомов в течение первых 5 дней при применении препарата априд, показала более быструю динамику регрессии симптомов в сравнении с препаратом цефазолин. За время наблюдения со стороны больных жалоб на побочные явления при приеме препарата априд не было.

Диаграмма 3.



Длительность пребывания в стационаре получавших препарат априд до 5-дней – у 37,1% больных; цефазолин – у 15% больных, до 7 дней априд – у 34,2% больных; цефазолин – у 75% больных, более 7-дней априд – у 28,5% больных; цефазолин – у 10% больных, в целом до семи дней априд – у 71,3% больных, цефазолин – у 90%. Результаты нашего наблюдения позволили сделать следующие выводы: применение препарата априд у больных с тяжелыми формами ОРВИ приводит к эффективному снижению температуры тела в первые три дня заболевания сравнительно быстрой регрессии клинически выраженных симптомов болезни уменьшению времени пребывания в стационаре хорошей переносимости препарата. У пациентов, получавших априд в качестве альтернативного антибактериального препарата на фоне обострения хронических очагов инфекции и бактериально осложненных ОРВИ, заболевание протекало легче.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по применению лекарственного средства для специалистов по препарату Априд.
2. Отчет по изучению биоэквивалентности препарата АПРИД 375 мг в сравнении с препаратом УНАЗИН-375мг. Алматы, НЦЭЛС, 2006.
3. Комплаенс антибиотикотерапии инфекций дыхательных путей .О.И.Карпов. Антибиотики и химиотерапия, 1999,44;8.
4. Аналитический отчет по пульмонологической службе. Айнабекова Б.А. Терапевтический вестник (23), 2009.

УДК 615.15+366.634

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ ФАРМАЦЕВТА С КОЛЛЕГАМИ, РАБОТА В КОМАНДЕ

К.Д.Шертаева, Г.Ж.Умурзакова, М.М.Сапакбай, К.Б. Мендибаев
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
 Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по ЮКО
 г. Шымкент

ТҮЙІН

Фармацевтикалық ұйымдарда этикалық ережелерді, тұлғааралық және кәсіби қарым-қатынастарды ескере отырып, фармацевтерді кәсіби тұрғыдан дайындау мақсатында фармацевтердің ұжымдағы қарым-қатынасының жалпы принциптерін және топта жұмыс істеу қабілеттілігі осы маңызды орын алады.

SUMMARY

On the basis of the ethical behaviour norms, interpersonal and professional relationship, special place in the pharmaceutical organizations takes general principles of the pharmacist's communication with colleagues and work in a team.

Особое место в фармацевтических организациях, исходя из этических норм поведения, межличностных и профессиональных взаимоотношений, профессиональной подготовки фармацевтов, занимают общие принципы эффективного общения фармацевта с коллегами и работа в команде. К психологической атмосфере аптечных организаций предъявляют особые, повышенные требования, здесь недопустимы грубость, нетактичность, невнимание по отношению к коллегам. [1]. Каждый специалист в аптеке отвечает за профессиональный уровень выполнения своих служебных обязанностей. Фармацевт, должен обладать высокой общей и профессиональной культурой общения. Искусство общения стоит на стыке таких областей знаний, как

этика, эстетика, лингвистика, педагогика, риторика и социальная психология. Развитие искусства общения в аптеках возможно при условии, не только усвоения ее правил и основ, но главным образом, доведением их до автоматизма. Как показала практика, в каждом аптечном коллективе наряду с формальной или официальной структурой, установленной руководством и отражающей служебные взаимоотношения фармацевтов, существует неформальная или неофициальная структура.

Неформальные отношения – это дружеские связи, образующиеся на основе взаимных личных симпатий, общности взглядов, интересов, привычек и т.п. В своей деятельности руководитель аптеки обязан считаться с неформальной структурой коллектива, которая имеет влияние на формальные служебно-производственные отношения. [2,3]. Так как в аптечных организациях работают в основном женщины, необходимо иметь в виду специфику женской психологии – повышенную эмоциональность и ранимость, особую отзывчивость на доброе слово, шутку, похвалу, большую загруженность домашними делами, повышенную требовательность к условиям труда и быта. Кроме того, следует учитывать возраст фармацевтов, стаж, характер деятельности, образовательной и культурный уровень, семейное положение и другие характеристики. Так например, в разновозрастных коллективах, как правило более высок уровень дисциплины, а значит, легче решаются проблемы психологической и психофизической совместности. Профессиональная культура общения, а именно, доброжелательность, взаимоуважение, участливое отношение к заботам и нуждам коллег, создают хорошее настроение в аптечных коллективах, которое в свою очередь увеличивает производительность на 10%. [4]. Одним из аспектов профессиональной культуры общения является воспитание чувства ответственности у фармацевтов. Там, где фармацевты чувствуют личную ответственность за результаты общего труда, создается основа для укрепления благоприятного морального климата в коллективе, успешнее решаются различного рода трудности в общении. Особой разновидностью коллектива является команда, которая создается для решения наиболее сложных задач, выполнения специальных функций, разработки важнейших проектов. Команда – это группа лиц с высокой компетентностью, разнообразными знаниями и навыками. [5].

Команда в фармацевтической организации осуществляет 2 основные функции: решение проблем (выдвижение предложений, их развитие, поддержка, поиск дополнительной информации, выработка вариантов и выбор); поддержка творчества (вовлечение в работу других фармацевтов и нефармацевтический персонал, поощрение, разрешение конфликтов, формирование микроклимата, удовлетворение потребности в общении). [6]. Команда часто независима от основного коллектива фармацевтической организации, она характеризуется высокой степенью единства, особой ответственностью каждого за свой участок работы.

Таблица №1 - Отличия команды от обычного фармацевтического коллектива.

Характеристики	Обычный фармацевтический коллектив	Команда
Руководство	Сконцентрировано в одних руках – директор фарм. организации	Может делиться между наиболее компетентными людьми
Ответственность	Индивидуальная материальная ответственность	Индивидуальная и совместная ответственность
Цели	Задаются руководителем-директором фарм. организации	Определяются совместно, внутри команды
Результаты	Индивидуальные	Коллективные
Оценка	Косвенная, по индивидуальному вкладу в общие результаты	Прямая, по общим результатам
Функция руководителя	Организация, распорядительство	Лидерство, координация совместной работы

Как видно из таблицы №1, члены фармацевтической команды для решения конкретных задач учитывают деловые, организаторские, нравственные качества, психологическую и социально-психологическую совместимость, существующие традиции и стили управления, обеспечение возможности преемственности руководства. Таким образом, мы полагаем, что члены фармацевтической команды должны обладать: готовностью к коллективной работе; способностью к выявлению и решению проблем; склонностью к обучению и самообучению; коммуникабельностью и инициативностью; высоким уровнем профессиональных, фармацевтических знаний; мотивацией к эффективной работе. Работа в фармацевтической команде должна соответствовать интересам и способностям фармацевта, быть достаточно сложной, разнообразной, максимально использовать возможность самостоятельно ставить задачи и принимать решения, определять методы их реализации, обеспечивать возможность обучения и повышения квалификации, социальных контактов, формировать чувство ответственности, справедливо вознаграждаться. И в заключение, нами выявлено, что сложность командной работы в фармацевтической организации на сегодняшний день обусловлена: отсутствием необходимой культуры коммуникативных навыков; отсутствием ориентацией систем вознаграждения; отсутствием на поощрения индивидуальных результатов (мотивация); стремлением к лидерству (соперничество).

ЛИТЕРАТУРА

1. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. Учебник для вузов. СПб. Питер, 2001.
2. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Национальная медицинская библиотека. Питер, 2004.
3. Соложенкин В.В. Психологические аспекты врачебной деятельности. М., 1997.
4. Рогов Е.И. Психология общения. Гуманитарный издательский центр «Владос», М., 2004.
5. Kurtz, Silverman, Drapes. Teaching and Learning Communication skills in Medicine.- 2 – Edition, 2004.
6. Lloyd and Bor. Communication skills for medicine- Edinburgh London N- Y Oxford, 2004.

УДК 616.314.17-008.1:615.21

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЬЦИЙ-Д3 НИКОМЕД ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.О.Кенбаева, Т.Ж. Момынова, Е.Е.Ерназаров
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной психоневрологический диспансер, г. Шымкент
Частная стоматологическая клиника «Призе Дент», г.Шымкент

ТҮЙІН

Пародонт ауруы кезінде Кальций-Д 3 Никомед науқасқа емдік нәтиже береді. Пародонт тінінде кабынудың деструктивті үрдесінде психоматиялық бұзылысынан азап шегушілерге терапиялық әсер он нәтиже көрсетті.

SUMMARY

Treatment of parodontium with the help of preparation Calcium-D3 Nikomed at the patients, suffering from psychosomatic disorders has shown positive therapeutic effect on a clinical course inflammatory destructive process in tooth tissues .

Заболевания зубов и пародонта самые распространенные среди стоматологической патологии. По данным ВОЗ практически каждый взрослый человек Земли и более половины детей имеют те или иные признаки пародонтита. Болезни пародонта, являясь тяжелым недугом, занимают 4 место среди неинфекционных заболеваний, уступая болезням сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарному диабету. С увеличением возраста нарастает частота патологии и степень деструктивных изменений в пародонте, включая и костную ткань альвеолы. Значимость патологии пародонта определяется не только распространенностью и тяжестью течения заболевания, отрицательным влиянием на организм в целом, но и также малой эффективностью проводимого лечения.[1]. В возникновении заболеваний пародонта играет роль сочетание экзогенных и эндогенных факторов, воздействующих на организм в целом (климато-географические условия, питание, профессиональные вредности, заболевания внутренних органов и центральной нервной системы) и непосредственно на пародонт (микрофлора, зубной камень, перегрузка и недогрузка, состав и свойства слюны). Сочетание многих факторов приводит в движение пусковые механизмы, среди которых ведущими являются сосудисто-трофический, иммунопатологический и трофоневротический.

Известно, что психоневрологические факторы (депрессия, невротические и неврободобные расстройства) влияют на возникновение болезни и нередко поддерживают ее в течение всей жизни. Эти воздействия приводят сначала к вегетативным функциональным расстройствам: бессоннице, желудочно-кишечному дискомфорту, сухости во рту, ощущению песка на слизистой оболочке полости рта, чувству жжения губ или кожи вокруг губ, постоянному истощению, бледности, отсутствию аппетита и т.д. [2]. По мнению Павлова И.П. и его учеников, при неврологических расстройствах имеет место нарушение регулирующей функции коры головного мозга. В результате этого функция подкорковых вегетативных центров нарушается, что через продолжительное время приводит к органическим поражениям. Под психическим воздействием уменьшается секреция слюны, понижается регенераторная способность слизистой оболочки полости рта, митозная фаза. В результате этого нарушается равновесие между микрофлорой полости рта и защитной функцией слизистой оболочки. И поэтому начинает преобладать деятельность микроорганизмов, которые приводят к заболеванию тканей пародонта. Нами было проведено стоматологическое обследование 211 больных психоневрологического диспансера. В результате исследования было выявлено: у 72 человек-кровоточивость десен, у 51 человека - деструкция альвеолярного отростка, у 23 -патологическая подвижность зубов.

Целью нашего исследования являлось изучение влияния Кальций-Д3 Никомед на течение воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта. Все больные были разделены на 2 группы. В первой основной группе (25 человек), наряду с общепринятыми лечебными мероприятиями, проводилась комплексная терапия с включением препарата Кальций-Д 3 Никомед. Вторая группа (30 человек) служила группой сравнения. Данный препарат выпускается норвежской фирмой «Nuscomed». Последними научными разработками доказано, что кальций усваивается только в комбинации с активной формой витамина Д. Уникальность данного препарата заключается в том, что он содержит карбонат кальция, который по

усвояемости в 10 раз превышает глюконат кальция. Одна таблетка Кальций-Д 3 Никомед содержит 1250 мг кальция карбоната (что соответствует 500 г свободного кальция) и 200 мг холекальциферола (витамина Д 3).

Кальций является наиболее распространенным веществом для профилактики и лечения заболеваний пародонта. Он необходим для минерализации костей, способствует увеличению пиковой массы костной ткани, обладает определенным антирезорбтивным потенциалом, способствуя увеличению уровня ионизированного кальция в крови и подавляя секрецию паратиреоидного гормона. [3]. Больным основной группы в качестве общего лечения Кальций-Д 3 Никомед назначался внутрь по 2 таблетки один раз в сутки (вечернее время) в течение 1 месяца, и по 1 таблетке один раз в сутки в течение последующих месяцев. Обследование больных осуществлялось в динамике: в ближайшие сроки, а также через 3, 6 и 12 месяцев. Эффективность ближайших результатов лечения оценивали с помощью клинических показателей: жалобы больного, состояние десневого края, наличие и глубина пародонтальных карманов, подвижность зубов. Использовали также пробы Шиллера-Писарева, Айнамо, индексы РМА, ГИ по Федорову-Володкиной, пробу Кулаженко. У больных с хроническим катаральным гингивитом клиническое улучшение наступило после 3-4 сеансов лечения. К окончанию курса терапии (6-7 сеансов) жалобы у больных отсутствовали. Десневые сосочки приобретали нормальную форму и величину, восстанавливался их цвет, становилась отрицательной проба Шиллера-Писарева, исчезла кровоточивость десен.

При генерализованном пародонтите легкой степени через 3-5 сеансов лечения у больных исчезал зуд в десне, кровоточивость. Спустя 6-7 сеансов лечения жалобы большинства больных отсутствовали, нормализовался цвет слизистой десны. У 75,2% больных становилась отрицательной проба Шиллера-Писарева. К концу лечения уменьшалась глубина пародонтальных карманов на 1,5-2,0 мм, улучшалась статика зубов, снижались значения ГИ с 3,06±0,18 до 1,5±0,14. При генерализованном пародонтите средней тяжести благоприятные результаты терапии были получены после 5-6 сеансов лечения. Отмечалось значительное уменьшение или исчезновение кровоточивости десен, устранялся неприятный запах изо рта. Десна уплотнялась, приобретала розовый оттенок. К окончанию курса терапии (после 8-10 сеансов) у больных отсутствовали жалобы. У всех больных проба Шиллера-Писарева была отрицательной. Об улучшении состояния тканей пародонта и условий ротовой полости свидетельствовали значения ГИ, снижавшиеся с 3,69±0,15 до 1,58±0,12 к концу лечения. Эффективность лечения подтверждена также результатами вакуумной пробы Кулаженко. В процессе лечения стойкость стенок сосудов к вакууму повышалась. Анализ результатов терапии сравнимой группы показал, что продолжительность курса лечения удлинялись на 2-3 посещения. У 18,5% больных к окончанию курса лечения проба Шиллера-Писарева оставалась слабоположительной. Снижение индексов ГИ на 1,07; РМА на 33,72%.

Таким образом, использование остеотропного препарата Кальций-Д 3 Никомед приводило к стабилизации воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта на фоне устранения таких факторов риска как над- и поддесневой зубной камень, неудовлетворительное состояние полости рта и явилось не только средством лечения, но и методом профилактики прогрессирующих нарушений в тканях пародонта. Ближайшие и отдаленные клинические результаты лечения больных свидетельствовали о положительном терапевтическом влиянии Кальций-Д 3 Никомед на течение воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта, что позволяет рекомендовать препарат в качестве остеотропного средства в комплексной терапии больных с хроническим катаральным гингивитом и генерализованным пародонтитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Л.Щугар, Й.Баноци, И.Рац, К.Шаллаи. Заболевания полости рта.- Будапешт, 1980.-С.100-101.
2. В.А.Никитенко.,В.П. Шатунов. Использование влияния патологических факторов на состояние тканей пародонта нижней челюсти.-Минск,1990.-С.20-22.
3. Л.Я.Зазулевская, С.В.Климова. Применение препарата Кальций-Д 3 Никомед для профилактики и лечения заболеваний пародонта.-Алматы,2000.-С.12-15.

УДК 616.314- 089.23: 615.831

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «ДЮНА-Т» ДЛЯ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л.О. Кенбаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Жақ сүектерінің ауытқуымен ауратын емделушілерге сәулемен емдеуді кешенді жүргізу үшін «ДЮНА-Т» құралын клиникалық зерттеулерде қолданғанда ойдағыдай және жеделдетілген емдеудің нәтижесін көрсетті, оны ортодонтиялық тәжірибеде кең қолдану құқығын берді.

SUMMARY

Clinical researches of application of "Dune" apparatus for phototherapy in a complex treatment of patients with tooth and maxillary anomalies have shown the positive and accelerated results. It can be recommended in orthodontic practice.

Миллиарды лет Солнце согревает нашу планету. Солнце - источник всего живого на Земле, будь это лепесток цветка или человеческий организм во всей его гармоничной сложности. Еще древнегреческий философ Гиппократ, отец медицины, обнаружил, что солнечный свет оказывает полезное действие при лечении любых болезней. А в конце XX столетия ученые - разработчики медицинской техники смогли воссоздать энергию Солнца и заключить эту лечебную силу в миниатюрном аппарате для фототерапии «Дюна-Т». Они выделили из целого спектра световых лучей наиболее полезные и поставили их на службу людям. Красные и инфракрасные лучи, воздействуя по-разному на клетки человеческого организма, вкуче дают превосходный эффект [1].

Инфракрасное излучение – это не видимое глазом, электромагнитное излучение в пределах длины волн λ от 1-2 мм до 0,74 мкм. Инфракрасное излучение составляет около 50% излучения Солнца.[2]. Под его воздействием в тканях происходят уникальные биохимические процессы, направленные на восстановление клеточных структур. Биологическое действие волн красного и инфракрасного диапазонов имеет значительное преимущество перед другими видами излучений, использование же рассеянного, а не сфокусированного луча делает его применение безопасным. Метод является универсальным при широком спектре заболеваний и состояний: -оказывает мощное противовирусное и бактерицидное действие; -обладает противовоспалительным эффектом, а также болеутоляющими и рассасывающими свойствами; -выраженный косметический эффект.

Механизм воздействия: Красный и инфракрасный свет резко улучшают микроциркуляцию крови в мелких сосудах, повышают скорость окислительно-восстановительных процессов, усиливают регенерацию поврежденных тканей, нормализуют водно-электролитный баланс клеток, активизируют местный и общий иммунитет. Эффект от применения препарата более быстрый, чем при традиционных методах воздействия. Побочное повреждающее действие на здоровые органы и ткани отсутствует. Современный аппарат для фототерапии «Дюна-Т» разработан медико-экологическим центром Дюны, г. Томск, разрешен к промышленному выпуску и применению в клинической практике Комитетом по новой медицинской технике Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ.(Регистрационное удостоверение № 29/06070997/1080-00 от 25 октября 2000 года. Оригинальная конструкция аппарата и методика его применения в стоматологии защищены патентом РФ № 44530. Он предназначен для эксплуатации на рабочем месте стоматолога, ортодонта, в операционных и перевязочных. Аппарат может быть использован одновременно с другими методами лечения (медикаментозное лечение, мануальная терапия и т.д.) Аппарат обеспечивает одновременное проникающее воздействие на организм пациента световым потоком красного и инфракрасного диапазонов.

Технические характеристики аппарата

Длина волны, красного, нм инфракрасного, нм	640 840
Суммарная плотность излучения, мВт/см ² , не более	2
Площадь воздействия, см ² , не менее	12
Габаритные размеры аппарата, мм	75x58x138
Длина соединительного шнура, мм, не менее	1500
Потребляемая мощность, ВА	6
Масса, г	250
Напряжение питания, В	220+10%
Частота, Гц	50:60
Средняя наработка на отказ, час, не менее	1000
Средний срок службы аппарата, лет, не менее	5
Срок гарантии, мес.	36

Устройство аппарата



Корпус аппарата изготовлен из нетоксичной, ударопрочной пластмассы. Светодиодная матрица состоит из 21 красного и 16 инфракрасных светодиодных генераторов света. Внимание! Свечение инфракрасных диодов невидимо! В случае неисправности одного из 37 светодиодов излучатель светиться не будет. Общие рекомендации Терапевтические свойства аппарата «Дюна-Т». Аппарат может применяться как в клинических, так и в домашних условиях. Общее воздействие на организм осуществляется в виде чрезкожной стимуляции светом областей крупных сосудов (сонной, бедренной, плечевой артерий), в результате чего активизируются иммунные клетки в периферической крови (в частности, повышается содержание иммуноглобулинов А), и сопротивляемость организма вирусным и бактериальным инфекциям значительно возрастает. Локальное воздействие происходит непосредственно в очаге воспаления- над поврежденным суставом или органом, в области фурункулы, раны или рубца. При этом местностимулирующее действие способствует быстрому купированию воспалительных процессов, рассасыванию гнойных очагов, особенно на ранних стадиях, заживлению травм и порезов, а также значительному обезболивающему эффекту, что имеет особенное значение при травмах у детей. Воздействие на рефлексогенные зоны (стопы, ладони, биологические активные зоны), согласно принципам восточной медицины, способствует нормализации функционирования основных систем жизнеобеспечения организма.

Способы воздействия аппаратом «ДЮНА-Т»-контактный (головка излучателя непосредственно контактирует с неповрежденными тканями над суставами, органами или биологическими активными зонами) и дистанционный (расстояние между головкой излучателя и поверхностью раны или очагом воспаления выбирается 1-3 см, с целью уменьшения теплового эффекта). Во время сеанса прибор перемещают плавными движениями над очагом. [1].

Результаты и обсуждение. С целью противовоспалительной терапии и обезболивания при ортодонтическом лечении нами был использован аппарат «Дюна-Т» у 24 больных, находящихся на ортодонтическом лечении в Городской детской стоматологической поликлинике г. Шымкента и на кафедре хирургической стоматологии с курсом детской стоматологии. Известно, что успех ортодонтического лечения и ретенции зависит от перестройки тканей в области перемещаемых зубов под воздействием ортодонтических аппаратов. Если процессы резорбции и оппозиции костной ткани сбалансированы, то лечение протекает без осложнений [3]. Для достижения поставленных целей нами использовался аппарат «Дюна-Т», который обладает широким спектром профилактического и лечебного действия. Его применение у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении дало выраженный противовоспалительный, противоотечный эффект, нормализацию микроциркуляции крови, понижение проницаемости сосудистых стенок, способствует стимулированию иммунной защиты, обмена веществ, регенерации тканей.

Лечебный аппарат «Дюна-Т» мы применяли также для заживления послеоперационных ран после пластики уздечек губ, языка, удаления отдельных зубов, обнажения коронок ретенированных зубов, для профилактики пародонтальных осложнений при ортодонтическом лечении, лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта, обеспечения устойчивости результатов терапии. В тех случаях, когда у пациентов возникали болезненные ощущения после проведения оперативного вмешательства или при пользовании ортодонтическим аппаратом для снятия боли также использовался аппарат «Дюна-Т». Аппарат «Дюна-Т» безвреден, он не оказывает каких-либо побочных действий. Ограничений по возрасту при применении аппарата «Дюна-Т» нет. Лечение проводится курсами продолжительностью от 2-х дней до 6 недель в зависимости от характера заболевания. Перерыв между курсами составляет 1-1,5 месяца. Воздействие при лечении аппаратом «Дюна-Т» может быть контактным и дистантным (бесконтактным). При контактном воздействии светящая поверхность аппарата прикасается к коже. Дистантное воздействие- воздействие на расстоянии до 2 см от кожи - используется при нарушении целостности кожных покровов (трофические язвы, мокнувшие экземы, герпетическая инфекция, раны, ожоги и др.) или при сочетании лечения с мазями, кремами. В остальных случаях предпочтительно контактное воздействие. Время первого сеанса необходимо сократить наполовину от указанного в методике. В течение двух следующих сеансов время воздействия постепенно увеличивается до рекомендуемого. Обычно рекомендуется проводить по 2 сеанса в день с промежутком не

менее 2 часов. Указанное в методиках время сеанса обеспечивает оптимальный терапевтический эффект. При этом увеличение продолжительности воздействия безопасно. Не рекомендуется воздействовать на одну рефлекторную точку более 30 минут за сеанс.

Стандартный курс лечения составлял 10 дней. Длительность курса можно корректировать с учетом самочувствия пациента. Если же по окончании лечения в течение 10-15 дней выздоровление не наступило, курс необходимо повторить через 7-10 дней. В периоде выведения ретенированных клыкков и вторых премоляров светящую поверхность аппарата прикладывали к коже лица в области проекции места расположения этих зубов на верхней и нижней челюстях. Состояния, при которых применять аппарат «Дюна-Т» можно только по рекомендации и под наблюдением врача: онкологические заболевания; беременность; тяжелые прогрессирующие заболевания сердечно-сосудистой, почечной и печеночной систем; массивные гнойные процессы (флегмоны, абсцессы и др.); активная форма туберкулеза; фотоэритема; тромбоз, эмболия; лимфаденит неясного происхождения; острые боли в животе; заболевания щитовидной железы.

Выводы: 1)Лечебный аппарат «Дюна-Т» предназначен для применения в лечебных целях в поликлинике, клиниках, больницах, физиотерапевтических кабинетах, а также и в домашних условиях. 2)Аппарат «Дюна-Т» рекомендуется в послеоперационном периоде после удаления отдельных зубов, обнажения коронок ретенированных зубов с целью снятия воспаления, устранения болевых ощущений, ускорения заживления тканей в области оперативного вмешательства. 3)Положительные и ускоренные результаты комплексного лечения пациентов с ретенцией отдельных зубов и общим ослаблением организма позволяют считать целесообразным использование лечебного аппарата для фототерапии «Дюна-Т» для широкой ортодонтической практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлёв Л.А. Аппарат для фототерапии с пространственно расположенными чередующимися красными и инфракрасными светодиодами, сетевой бестрансформаторный «Дюна-Т» // Инструкция по эксплуатации и методические рекомендации - Томск, 2004. -64 с.
2. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия: Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение.-М.: Медицинское информационное агентство, 2006.- 541 с.
3. Прохоров А.М. Советский энциклопедический словарь.-М: «Советская энциклопедия»,1984.-1599 с.

ОБЗОРЫ

УДК 616-074:616-092:612.126

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ОБМЕН: МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ, ТЕХНОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА*К.О. Шарипов**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Бұл мақалада микроэлементтер алмасуының ерекшеліктері мен одан пайда болатын ауруларды зерттеу өзектілігі баяндалған. Микроэлементоз ауруларына анықтама және жіктеме беріліп диагностикалау әдістері сипатталған.

SUMMARY

The features of micro element metabolism and urgency of a research of micro-nutrients pathology are shown in this article. It is given the definition, classification and methods of the microelement diagnostics.

В учебниках, учебных пособиях и научных публикациях по биохимии, патанатомии и цитологии, в том числе современных, недостаточное внимание уделено актуальным вопросам и особенностям микроэлементного обмена. Настоящая статья написана с учетом этого обстоятельства, и анализа доступных литературных данных последних лет по микроэлементному обмену (МО) и микроэлементозам (МТОЗ). Нормальное функционирование клеток и организма в целом невозможно без стабильности внутренней среды. Нарушения электролитного и микроэлементного обменов не происходят изолированно, вне связи друг с другом. Адекватно оценить характер макро- и микроэлементных нарушений невозможно без данных лабораторных исследований и их грамотной интерпретации. В связи с этим последние годы созданы инновационные диагностические технологии, позволяющие выявить этиологические агенты и патологические факторы, раскрывающие существенные характеристики многих нозологических форм неотложных состояний и коренным образом изменяющие результаты лечения. Чрезвычайно возросли разнообразия и информативность лабораторных исследований, одновременно увеличилось их значение в постановке диагноза и принятия врачебного решения. В этой связи, знание актуальных вопросов микроэлементного обмена будет полезным специалистам различных областей медицины и биологии. В последнее время в биомедицине и клинике активно развивается учение о микроэлементном обмене и микроэлементозах. Заболевания, вызываемые токсическим действием веществ, находящихся в организме в очень малых количествах, известны с античных времен, и каждое из них называлось по имени того химического элемента, которым было связано их происхождение. Например, отравление ртутью и свинцом именовали соответственно меркуриализмом и сатурнизмом. В настоящее время патология человека и животных, обусловленная дефицитом жизненно необходимых (или «эссенциальных», от англ. «essential») элементов, избытком как эссенциальных, так и токсичных микроэлементов, а также дисбалансом макро- и микроэлементов, получила свое объединяющее название – микроэлементозы (Авцын и др., 1983, 1991). Вместе с тем, «... само установление эссенциальности многих микроэлементов и, в частности, значение их недостаточности представляет собой капитальный вопрос биологии и медицины, решение которого не уступает по значению открытию витаминов ...» (Авцын, 1990). Как можно заметить, в этой цитате высказана квинтэссенция проблемы.

Микроэлементозы (аргументы и факты). Микроэлементы (МЭ) – это группы химических элементов, которые содержатся в организме человека и животных в очень малых количествах, в пределах 10⁻³ – 10⁻¹² %. Именно это определяет их названия: «следовые элементы» в немецком и английском языках, «олигоэлементы» - у французских авторов, «рассеянные элементы» - в трудах В.И. Вернадского. По мнению Е. Underwood (1976), единственной характерной чертой МЭ является их низкая концентрация в живых тканях. В учении о МЭ особенно отчетливо видна справедливость слов Парацельса о том, что «нет токсичных веществ, а есть токсичные дозы». По мнению М. Anke и соав. (1987), в процессе абсорбции неорганических частей почвы, воды и пищи флорой и фауной, который продолжался миллионы лет, следовые элементы, вероятно, приобрели биологическую функцию компонентов или активаторов ферментов, синтеза белков и других органических соединений. Все живые существа на 99% состоят из 12 наиболее распространенных элементов, входящих в число первых 20 элементов периодической системы Д.И. Менделеева. Это основные или «структурные» элементы, присутствие которых в живой материи связано в первую очередь с их огромным содержанием в биосфере. Кроме того, во всех организмах находится большое количество более тяжелых элементов, которые до некоторой степени произвольно подразделяются на микро- и ультра микроэлементы. Из 92 встречающихся в природе элементов 81 обнаружено в организме человека. При этом 15 из них (железо, йод, медь, цинк, кобальт, хром, молибден, никель, ванадий, селен, марганец, мышьяк, фтор, кремний, литий) признаны эссенциальными, т.е. жизненно необходимыми. Четыре других (кадмий, свинец, олово, рубидий) являются «серьезными кандидатами на эссенциальность». Это подразделение МЭ в основном признается большинством специалистов, хотя и существуют небольшие разночтения.

G.N.Schrauzer (1985), которому принадлежит краткий очерк истории учения о МЭ, в XX веке выделяет только два основных периода: первый, или классический, с 1925 по 1956 г. и второй, современный, с 1957 г. по настоящее время. В классическом периоде почти все открытия МЭ были сделаны случайно или при локальных вспышках необъяснимых болезней у сельскохозяйственных животных. Во втором периоде, в котором доминировали блестящие исследования К. Schwarz, работа проводилась более систематизированно. Были разработаны приемы эксперимента, вызывавшие специфические дефицитные состояния в отношении ряда МЭ у лабораторных животных при содержании их на специально созданных синтетических диетах. Успех этой работы был связан также с появлением в продаже очищенных аминокислот, разработкой высокочувствительных методов анализа МЭ и применением пластиковых клеток изоляторов. В истории учения о МЭ сложилось своеобразное положение: вызываемые ими патологические процессы – МТОЗ-ы были известны человечеству за несколько тысяч лет до открытия МЭ. Один из первых МТОЗ-ов эндемический зоб – упоминается в индийской и китайской литературе 4000-летней древности. Более того, даже в те далекие времена лечебные проблемы включали применение морских водорослей и препаратов из щитовидных желез свиньи и оленя (Langer., 1960).

Только во второй половине XIX века было показано, что химические элементы, содержащиеся в тканях организма в очень низком (следовых) количестве, способны оказывать определенное действие на физиологические процессы. К числу таких элементов относится цинк (Тимирязев К.А., 1871; Raulin J., 1869), который как выяснилось в дальнейшем, обладает удивительно многообразной и, более того, жизненно необходимой активностью. Краткий исторический очерк, написанный Г.А. Бабенко (1965), не устарел до настоящего времени и дает объективную характеристику важнейших отечественных работ, посвященных роли МЭ в экспериментальной и клинической медицине. Именно в этой небольшой книге справедливо оцениваются основополагающие идеи В.И. Вернадского, способностях живого вещества к захвату, аккумулярованию и использованию солнечной энергии, которые лежат в основе его химической активности. Последняя проявляется в непрерывном выделении и захвате атомов элементов в земной коре. С 1972 г научные интересы В.И. Вернадского сконцентрировались на проблеме связей живых организмов с различными химическими элементами и особенно элементами, содержащимися в живых организмах в виде «следов». Именно этим элементам он придавал огромное значение в жизненных процессах.

Организм нераздельно связан с метаболизмом земной коры и должен изучаться в тесной связи с последним. «Автономного организма вне связи с земной корой в природе не существует» (В.И. Вернадский, 1940). Крайне важную мысль о единстве организма и окружающей среды в середине XIX века высказали И.М. Сеченов (1864). Современные многосторонние исследования о влиянии окружающей среды на здоровье человека, выполненные под руководством ВОЗ, развивают и конкретизируют эти идеи. Особенно детальной разработке подвергается вопрос об опасности химических веществ как реальных и потенциальных загрязнителей атмосферного воздуха. Среди последних в первую очередь называют токсичные МЭ-металлы, переносимые потоками воздуха в виде взвешенных пылевых частиц, паров и аэрозолей. Большое внимание уделяется свинцу, ртути, кадмию, бериллию, марганцу, мышьяку, а также фторидам.

«Следовые вещества» или МЭ, играют большую роль не только в жизненных процессах нормального организма, как утверждал В.И. Вернадский, но и сохраняют свое важное значение и в больном организме. Впрочем, и эту сторону проблемы хорошо понимал В.И. Вернадский, так как именно под его руководством начались исследования, направленные на выяснение аномального состава химических элементов в регионах с зарегистрированными в то время заболеваниями химической природы. Следует подчеркнуть, что патологическая анатомия, гистология, биохимия и цитология МТОЗов создаются только в настоящее время. Имеются лишь фрагментарные данные об изменении структуры тех тканей, которые содержат либо избыточные, либо крайне недостаточные количества МЭ. Однако единичные сведения о повреждающем действии некоторых МЭ на ткань опубликованы. Наряду с этим в судебно-медицинской литературе, посвященной отравлениям и местному токсическому действию различных химических веществ, приводятся отдельные полезные данные. Значительно больший интерес представляет руководство по профессиональной патологии и токсикологии, где суммированы не только патоморфологические описания измененных под действием тех или иных МЭ органов и тканей, весьма важные наблюдения клинического, патофизиологического и патохимического характера. Один из ближайших учеников В.И. Вернадского – академик А.П. Виноградов – в течение многих лет исследовал элементный состав различных видов животных, а также среды их обитания. Он считал, что в живом веществе находятся не только все известные элементы, но также их радиоактивные и нерадиоактивные изотопы. В итоге своих исследований А.П. Виноградов приходит к заключению, что концентрация элементов в живом организме прямо пропорциональна содержанию их в среде обитания с учетом растворимости их соединений. Очень большие осложнения обусловлены взаимодействиями МЭ с макроэлементами, происходящими в процессе всасывания в кишечнике и на уровне клеток. Кроме того, МЭ могут взаимодействовать с другими веществами, в частности продуктами питания. По мнению Е. Underwood (1976), при взаимодействии МЭ граница между их благотворным и токсическим влиянием на организм становится трудно уловимой или даже исчезает. Это установлено на примере меди и молибдена, а также цинка и кадмия, селена и ртути.

Крупные успехи по выяснению эссенциальной роли некоторых микроэлементов были связаны с использованием высокоочищенных диет. Таким образом, удалось получить доказательства эссенциальности селена, фтора, мышьяка и других микроэлементов для роста животных. Учение о микроэлементозах как о заболеваниях, синдромах и патологических состояниях, вызванных избытком, дефицитом и или дисбалансом микроэлементов в организме человека, переживает принципиально новый этап своего развития. После длительного периода накопления множества ценных, но слабо систематизированных фактов, оно встало перед необходимостью своего осознания в качестве особого раздела патологии, предметом которого является новый класс болезней человека с уже установленной этиологией, но с еще неясным патогенезом. Несмотря на то, что болезни этого происхождения были давно известны клинической медицине (зоб, железодефицитные анемии, отравления некоторыми металлами и др.), под объединяющим названием они никогда не выделялись и фигурировали в современных классификациях в разных рубриках. Самое важное, однако, что подавляющее большинство болезней и синдромов этого класса почти не регистрировалось, так как на них не обращали достаточного внимания.

В настоящее время проблема МТОЗов освещается на страницах специальных журналов и в периодически издаваемых монографиях. Большую информацию содержат труды ежегодно созываемых международных симпозиумов. Существует международные научные общества, глубоко изучающие отдельные МТОЗы. Значительно обогатили науку о МТОЗах исследования академиков А.П. Авцына и А.А. Жаворонкова по экологической и географической патологии, обусловленной дефицитом или избытком МЭ для аномальных геохимических регионов России. В настоящее время в России учение о микроэлементозах нашло своих активных последователей в лице А.В. Скального, его учеников и коллег по научно-медицинскому центру «Элемент» и Международному Центру Биотической медицины (МЦБМ) – единственному научно-медицинскому исследовательскому учреждению России, специализирующимся на диагностике и лечении минерального обмена человека, обусловленных загрязнением окружающей среды и влиянием неблагоприятных экологических факторов.

В Казахстане публикации по МЭ сравнительно малы, специального периодического издания не существует. Однако есть определенные признаки того, что это положение в ближайшем будущем изменится. Техногенная патология. В связи с бурным развитием промышленности глобальная проблема техногенного загрязнения внешней среды теснит чисто природные формы патологии всех животных существ и неизбежно накладывает на них свой искажающий отпечаток. Мировая литература о микроэлементах по существу необозрима и в последние годы лавинообразно увеличивается. Медицинские аспекты учения о МЭ еще недостаточно разработаны. Относящиеся к нему факты и высказывания разбросаны в публикациях по различным дисциплинам. Это создает большие трудности при попытках их систематизации. Некоторые важные разделы патологии МТОЗов человека до сих пор остаются белыми пятнами. Для того, чтобы их заполнить, нужна длительная и многосторонняя исследовательская работа.

В настоящее время известно, что микроэлементозы широко распространены в патологии животных и растений. Более того, в этих областях знания сделаны ценные наблюдения и достигнуты успехи практического значения. Экономический эффект профилактики и терапии МТОЗов в животноводстве весьма велик, так как в этом случае дело может идти об искоренении определенных болезней и о сохранении большого числа ценных сельскохозяйственных объектов. Антропогенное загрязнение окружающей человека природной среды, во многом связанное и микроэлементами из группы тяжелых металлов, вызывает серьезную озабоченность своими негативными последствиями для здоровья различных групп населения и нации в целом. В настоящее время большое значение приобретают техногенные микроэлементозы. Известно, что в непосредственной близости от многих промышленных предприятий образуются зоны с повышенным содержанием свинца, меди, ртути, фосфора, и других токсических микроэлементов, представляющих угрозу для здоровья и даже жизни человека. В то же время, в результате водного и воздушного переноса этих токсикантов могут загрязняться территории, находящиеся на значительном удалении. Так, особую тревогу вызывает обширное, на уровне биосферы Земли, загрязнения нашей планеты свинцом индустриального происхождения. За последние несколько лет свинец стал наиболее распространенным токсикантом группы тяжелых металлов, высокая концентрация которого в природных средах и накопление его в организме человека обусловлены, прежде всего, промышленными отходами и выбросами и неконтролируемым резким увеличением количества автомобилей, работающих на низкокачественном этилированном бензине и выбрасывающих с выхлопными газами значительные объемы свинца в виде твердых частиц.

Загрязнение окружающей среды токсичными металлами в первую очередь сказывается на детях, так как интенсивное накопление различных вредоносных элементов происходит еще в плаценте. Это приводит к появлению врожденных уродств, снижению иммунитета, развитию множества болезней, зачастую с хронизацией патологического процесса, задержке умственного и физического развития. Вырастает поколение ослабленных людей, восприимчивых к инфекции, с высоким риском развития ИБС и онкопатологии. Некоторые промышленные регионы с особо интенсивным загрязнением окружающей среды могут стать зонами сильных техногенных микроэлементозов. Лабораторная диагностика микроэлементозов. Микроэлементный гомеостаз может нарушаться при недостаточном поступлении эссенциальных МЭ и/или избыточном поступлении в организм токсичных МЭ. Причем, с учетом сложных антагонистических и синергических

взаимовлияний и отношений между элементами картина интоксикации или возникновения патологического состояния и заболеваний может быть очень сложной и трудной для интерпретации. В этом случае очень важна адекватная диагностика микроэлементозов, связанная в первую очередь, с точным количественным определением элементов в индикаторных биосубстратах человека. В современной практике диагностики макро- и микроэлементов в организме человека приняты методы его определения в цельной крови, моче, волосах, слюне, зубном дентине и костной ткани. Одни методы, например определение элементов в крови и моче, уже давно используются многими специалистами для тестирования токсичных тяжелых металлов (например, свинца) при интоксикации их в организме человека; другие, такие как определение микроэлементов в волосах, костной ткани, только сейчас входят во врачебную практику.

Для определения уровней содержания различных макро- и микроэлементов в организме человека приняты методы количественного анализа этих элементов в биосубстратах человека. Процедура количественного выделения элементов из всех типов биологических проб (за исключением рентгенофлуоресцентного метода *in vivo*), как правило, выполняются методом «мокрого озоления» (в растворе азотной или азотной + хлорной кислоты) в открытой посуде или под давлением (в автоклавах, тefлоновых бомбах, установках микроволнового разложения). Широко используются методы пламенной и атомно-абсорбционной спектрофотометрии (ААС), отличающиеся высокой чувствительностью и возможностью определения очень низких концентраций микроэлементов в биосубстратах. Эти методы, как правило, используются при анализе цельной крови и мочи. В последнее время получили широкое распространение и считаются весьма эффективными методы определения элементов в органах и биосредах человека с помощью атомной спектрометрии с индуктивно – связанной плазмы (АЭС -ИСП) и масс-спектропии (ИСП-МС), которые позволяют в одной пробе одновременно определить 20 и более макро- и микроэлементов, что очень важно при оценке взаимодействия и взаимовлияния одних элементов с другими в организме человека (Скальный, 1995). На базе МЦБМ приводится аналитическое определение элементного состава волос и ногтей, которое коррелирует с уровнем загрязнения окружающей среды, может отражать профессиональные заболевания, помогает диагностировать ряд болезней и давать прогнозную оценку возможности их возникновения.

Отметим, что кроме выше названных аналитических методов, при определении макро- и микроэлементного состава биосубстратов человека используются нейтронно-активационный, лазерный спектрографический и рентгенофлуоресцентный методы *in vivo* (при определении в живых костных тканях). В последнее время все больший интерес представляет исследование волос для выявления состояния обмена микроэлементов в организме и токсического воздействия отдельных тяжелых металлов (Сагет, Ревич, 1996). Имеющиеся данные определенно показывают, что содержание микроэлементов в волосах отражает микроэлементный статус организма в целом и пробы волос являются интегральным показателем минерального обмена (Скальный, 1995). Во многих отношениях волосы являются благоприятным материалом для такого рода исследований и имеют ряд преимуществ: проба может быть получена без травмирования больного; для хранения материала не требуется специального оборудования; волосы не портятся без ограничения во времени. Очень перспективным является использование проб волос как архивного материала в историческом биомониторинге, что при постоянном совершенствовании аналитической базы, открывает новые возможности для этого вида контроля уровня элементов в человеческом организме и оценки загрязнения окружающей среды. Накопленные к настоящему времени научные и медицинские данные о роли микроэлементов в функционировании отдельных органов, систем и организма человека в целом, данные о последствиях для здоровья человека, дефицита биогенных, жизненно необходимых элементов и избытка токсичных могут быть обобщены и широко использоваться в диагностической и лечебной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.Н., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. и др. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. М.: Медицина. 1991. 496с.
2. Бала Ю.М., Лившиц В.М. Микроэлементы в клинике внутренних болезней. Воронеж, 1973, 140с.
3. Бабенко Г.А., Решеткина Л.П.. Применение микроэлементов в мед. Киев: Здоровье. 1971.
4. Бояджанян Х.П., Чаталбашева Г.П., Генов Г.И., Баколова Р.Н. Значение определения некоторых биохимических показателей, показателей свертывающей системы крови и уровня микроэлементов при оценке тяжести вирусного гепатита //Клин. мед., 1984, Т.62, №7, С.97-101.
5. Биологическая роль микроэлементов. //Ред. В.В. Ковальский, И.Е. Воротницкая, М.: Наука, 1983.
6. Жаворонков А.А. Цинкдефицитные состояния у человека. //Арх. пат. 1983, №9С.77-80.
7. Зилва Дж.Ф., Пэннел П.Р. Клиническая химия в диагностике и лечении: Пер. с англ. М.: Медицина, 1988.
8. Зербино Д.Д., Соломенчук Т.Н., Поспешиль Ю.А. Свинец – этиологический фактор поражения сосудов. // Архив. патол. 1997, Т,59, №1.С.9-12.
9. Истомина А.А., Жаворонков А.А., Скальный А.В. Особенности химического состава якутов в эндемическом очаге вилюйского энцефаломиелита. // 1996, Тр. конф. «Вилюйский энцефаломиелит». Якутск. С. 137-144.
10. Козышников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике. Минск, 2000, Т.1. 495с.
11. Козинец Г.И. Интерпретация анализов крови и мочи. М. 1998, 104с.
12. Лившиц В.М., Сидельникова В.И. Медицинские лабораторные анализы, М. 200, 312с.

13. Михалева Л.М., Черняев А.П. Патоморфологическая характеристика экспериментальной кадмиевой интоксикации. // Микроэлементозы человека. М. 1980, С. 194-194.
14. Медведев В.В., Волчек Ю.З. Медицинская лаборатория и диагностика: Справочник для врача. /Под редакцией В.А. Яковлева, 1997, 208с.
15. Некоторые вопросы токсичности ионов металлов. // Под ред. Х. Зигель и А. Зигель, М.: Мир.
16. Ноздрюхина Л.Р. Биологическая роль микроэлементов в организме животных и человека. Москва, 1977.
17. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Управление качеством лабораторных исследований. М.: Медицина, 2001, 360с.
18. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Лабораторные методы диагностики неотложных состояний. М.: Медицина, 2002, 568с.
19. Райцесс В.С. Нейрофизиологические основы действия микроэлементов. М.: Медицина, 1984, 141с.
20. Скальный А.В. и др. Хроническая алкогольная интоксикация и микроэлементный состав волос. // Суд. мед. экспертиза. Т.1, С.6-8.
21. Саег Ю.Е., Ревин Б.А. и др. Геохимия окружающей среды. 1990, М. Недр. 335с.
22. Скальный А.В. Микроэлементозы человека (диагностика и лечение). Москва, 1999, 79с.
23. Сидоренко Г.И., Ицкова А.И. Никель. М.Мед. 1980, 312с.
24. Хмелевский Ю.В., Усатенко О.К. Основные биохимические константы в норме и при патологии. Киев. 1987, 159с.
25. Энциклопедия клинических лабораторных тестов. // Под редакцией Н.Тица: (пер. с англ).М., 1997, 960с.
26. Boone D. J. Governmental perspectives on evaluating laboratory performance. // Clin. Chem. 1993. Vol. 39. №7. P. 1461-1467.
27. Lieberman Sh., Bruning N. The Real Vitamin: Mineral Book. Carden Citi Park, NY. 1991.
28. Metal Tokcicology. Goyer R.A., Klaasen C.D. end Walkes M.P., eds Acad. Press: San Diego, New York et al.1995.
29. Mahon C.R. Manuselis G. (eds) Textstbook of microbiology. 2.ed. Philadelphia. Saunders. 2000.

УДК 616- 089- 053.014.4- 06.1

МЕМБРАННЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТочНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИОННОМ СТРЕССЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.А. Мусаев

РГП “Национальный научный медицинский центр”, (директор д.м.н., профессор А. К. Байгенжин) г. Астана

ТҮЙІН

Бұл жұмыста клетка мембранасының операциялық стресске реакция нәтижелері айқындалған. Клетка мембранасы операциялық стресске әрқалай жауап береді және осы мәселе бойынша ғылыми әдебиеттерде келтірілетін мәліметтер де қарама-қайшы, бұл өз кезегінде ары қарай зерттеуді талап етеді.

Түйінді сөздер: адаптация, клетка, мембрана, стресс, операция.

SUMMARY

The membranous mechanisms of cell adaptation in pre- and postoperative periods are investigated in this article. In literature shown that reaction of cell membrane is different, that makes this problem actual.

Key words: adaptation, cell, membrane, stress, operation.

Впервые общая неспецифическая адаптационная реакция организма была открыта канадским ученым Г. Селье. Им было показано, что в ответ на действия разных по качеству, но сильных раздражителей стандартно развивается один и тот же комплекс изменений в организме, характеризующий эти реакции, названные общим адаптационным синдромом, или реакцией напряжения – реакцией стресс. Стресс представляет собой неспецифический комплекс физиологических и патологических реакций живых систем, состояние напряжения как таковое, степень мобилизации систем поддержания гомеостаза на уровне организма, системы, органа, клетки, даже клеточных органелл (митохондриальный стресс) (1, 2). Стресс это когда реакция развивается в ответ на воздействие необычных по качеству, силе или продолжительности раздражителей путем активации двух ведущих реализующих стресс систем – гипоталамо-симпато-адреномедулярной и гипоталамо-гипофизо-кортикоадреналовой, сопровождающийся увеличенным поступлением в циркуляцию их гуморальных продуктов-катехоламинов и глюкокортикоидов (3, 4, 10).

Вследствие активации этих систем развивается также типичное проявление стресс-реакции у человека, как гипертрофия коры надпочечников, инволюция тимико-лимфатической системы и возникновение желудочных язв и кровотечений (так называемая триада Селье). Выдающийся хирург В. А. Оппель отмечал, что на внешние и внутренние раздражения организм отвечает повышенным выбросом в кровь медиатора симпатической нервной системы – адреналина. Но что особенно важно, ученый выявил, что у каждого человека есть своя эндокринологическая формула, своя реакция на внешнее раздражение, отличная от подобной реакции у другого человека. К соматомоторным рефлексам относятся изменение мышечного тонуса и различные движения, обеспечивающие уклонение и защиту от патогенных факторов. К висцеромоторным рефлексам мы относим активизацию вегетативных центров, которые изменяют тонус гладкой мускулатуры, повышают артериальное давление с увеличением сердечной производительности (4, 5). Стимуляция симпатической нервной системы сопровождается освобождением адреналина и норадреналина. Адреналин мобилизует

энергетические запасы глюкозы из печени путем расщепления гликогена. Одновременно извлекается из жировой ткани глицерин и жирные кислоты. Глюкоза, прежде всего, необходима для нормальной деятельности ЦНС и мышц, а жирные кислоты – для миокарда. Установлено, что в процессе адаптации к кратковременным стрессорным воздействиям на уровне самого сердца формируется достаточно эффективный механизм ограничения аритмии при ишемическом и особенно реперфузионном повреждении (6).

Операционный стресс оказывает существенное воздействие на гормональный гомеостаз у лиц молодого возраста. Исследование сердечного индекса за сутки до операции позволяет в известной мере прогнозировать реакцию гормонального гомеостаза на операционный стресс и изменение выраженности гемодинамических сдвигов в ответ на оперативное вмешательство (7, 8). «Постоянство внутренней среды есть условие свободной жизни организма», по определению Клода Бернара (1987). Уолтер Кэннон (1932) ввел термин «гомеостаза», что означает еще более широкое понятие – поддержание относительного динамического постоянства всего организма. В одной из своих монографий под названием «Мудрость тела» Кэннон (Cannon W. B., 1932) пишет о том, что тайна мудрости тела – в гомеостазе, достигаемом совершенной адаптационной деятельностью. Ранее оперативное вмешательство на нижних конечностях при сочетанной черепно-мозговой травме не приводит к существенному повышению уровня биохимических индукторов стресс-реакции (карбизол, серотонин, гистамин, продукты перекисного окисления липидов, эндогенные антиоксиданты) по сравнению с соответствующими параметрами у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой при отсроченном оперативном вмешательстве (9).

Стрессы приводят к нарушению структуры и функции практически всех систем организма, особенно нейроэндокринной, иммунной системы и связанного с ним метаболизма. Нарушение структуры мембран обуславливает нарушение рецепции клеток, которые также могут оказать непосредственно отрицательное влияние на биохимические процессы в клетке. Молекулярные механизмы трансформации клеток и нарушения метаболизма при стрессовых воздействиях следует связывать со свободно-радикальным повреждением мембран, переокислением липидов, нарушением метаболизма белков и нуклеиновых кислот (11, 12). В связи с этим изучение влияния стрессовых факторов на организм, на состояние клеточных мембран является весьма актуальным. Стрессорные ситуации в форме длительных периодов голодания, холод, стихийных бедствий также ведут к активизации перекисное окисление липидов (ПОЛ), продукты которого повреждают мембраны лизосом, способствуют их лизису и выходу в кровь протеолитических ферментов, способных повреждать клеточные структуры (13,14). При иммобилизационном стрессе возрастает исходный уровень перекисей в эритроцитарной мембране, митохондриях и микросомах. В реакции организма на стрессовые воздействия отмечена стадийность ответной реакции: стадия тревоги происходит перестройка режима функционирования систем жизнеобеспечения на работу в экстремальных условиях с мобилизацией резервов и кратковременное снижение общей резистентности. В этом периоде отмечается усиленный выброс катехоламинов, а затем стероидных гормонов в кровеносное русло (15, 16, 17).

Основная стадия - стадия устойчивости, характеризуется функциональной активностью клеток органов с последующим включением регуляторных систем гомеостаза. Терминальная стадия характеризуется снижением резистентности, истощением защитных сил организма, нарушением целостности гомеостаза. Выделяющиеся при стрессе катехоламины обладают свойствами «ловушек» супероксидных радикалов и именно они участвуют в ингибировании ПОЛ в начальный период стресса (17, 18). В этот период накапливаются легко окисляемые фосфолипиды, снижается уровень холестерина, липиды становятся менее устойчивыми к ПОЛ. Нарушения микроциркуляции наблюдаемые при стрессе, приводит к усиленному радикалообразованию, разрыхлению структуры мембран, а катехоламины при избытке радикалов аутоокисляются и из ловушек превращаются в генераторы дополнительных радикалов. Все это создает условия, благоприятные для активации ПОЛ (19, 20).

В состоянии стресса, происходит усиленный выброс в кровь различных гормонов кортикостероидов и катехоламинов, основной функцией которых является мобилизация биоэнергетики (21, 22). Одновременно происходит выброс в кровь из жировой ткани незэтерифицированных жирных кислот в большей мере, чем гликогена из печени. Если на первой стадии стресса источником энергии могут служить углеводы, то в последующем включаются окислительно-восстановительные реакции с использованием липидных субстратов. Если β -окисление жирных кислот служит источником энергии, то при прямом контакте липидов с кислородом активизируется свободно-радикальное окисление, что сопровождается усилением хемилюминесценции (23). Стресс-реакции уже на ранних сроках после окончания эмоционально-болевого воздействия вызывает снижения активности защитных ферментативных систем-супероксиддисмутазы и глутатионредуктазы. Стрессорные воздействия вносит серьезный вклад в нарушение защитной функции антиоксидантных ферментов миокарда и при его ишемическом повреждении (24). Глубокое переохлаждение приводит к снижению антиоксидантной активности липидов в тканях миокарда и печени (25). При глубокой гипотермии миокарда снижается содержание α -токоферола активность СОД. Одновременно снижается содержание малонового диальдегида (МДА) (26). Столь синхронное изменение этих показателей связано с тем, что на этом этапе образовавшиеся гидроперекиси используются в качестве энергетических субстратов. Ожоговая травма, будучи исключительно сильно стрессовым воздействием, создает в организме стрессовое состояние, сопровождаемое образованием одновременно в больших количествах активных форм кислорода (27).

Известно, что непредельные полиненасыщенные жирные кислоты могут подвергаться процессу переокисления как после гидролиза фосфолипазой А2, так и непосредственно в составе мембранных фосфолипидов. Арахидоновая кислота подвергается ферментативному превращению циклооксигеназой и липооксигеназой с образованием простагландинов и тромбоксанов. Интенсивность образования простагландинов повышается при активации фосфолипазы А2 и с физическими и химическими факторами. Избыточное количество эйкозаноидов образуемое в ответ на воздействие экстремальных факторов, может привести к нежелательным последствиям - развитию иммунодефицитных состояний (12). Многократно повторяющиеся, длительно действующие формы стресса приводят к нарушению основной функции иммунной системы - функции иммунологического надзора. Величина и знак отклонения течения иммунного ответа зависят от силы и продолжительности стрессовых воздействий, количественных и качественных параметров стрессовой реакции, типа антигена, возраста и генетических факторов (28, 29). В то же время адекватные, адаптогенные физические нагрузки нормализуют и стимулируют показатели иммунной системы. Существует и обратная зависимость - нарушения функций иммунной системы могут оказаться одним из ведущих факторов, ограничивающих работоспособность (30, 31). Согласно теории стресса Г. Селье охарактеризовал действие на организм большого числа различных по природе факторов, выходящих за пределы физиологического стимула - интоксикации, травмы, инфекционный процесс, при длительной физической или психической нагрузках происходит стимуляция деятельности передней доли гипофиза и увеличение секреции надпочечниками стероидных гормонов, а как следствие этого инволюцию лимфоидных тканей и лимфопению (32, 33). Уменьшение массы тимуса, селезенки и лимфатических узлов является одним из наиболее ранних проявлений стресс-реакции (34, 35).

В условиях бактериальной интоксикации, при введении токсического агента, при интенсивной мышечной нагрузке, при болевом воздействии происходит уменьшение массы тимуса, селезенки и лимфатических узлов при условии сохранения массы надпочечников. Одновременно с уменьшением массы иммунных органов в селезенке и тимусе уменьшается количество клеток. Снижение количества клеток в селезенке происходит главным образом за счет Т-лимфоцитов (28, 36). Одним из мест, куда мигрирует лимфоциты при стрессе, является костный мозг. В период мобилизации клеток лимфоидных тканей популяция лимфоцитов костного мозга увеличивается (28). Некоторое повышение продукции антител и стимуляции других иммунных реакций отмечены при болевом, травматическом, иммобилизационном стрессах (37, 38). У больных с тяжелой механической травмой выявляется высокий титр аутоантител, особенно к тканям мозга, сердца, легких это, видимо, свидетельствует о вовлеченности в патологический процесс указанных органов (39, 40). Клинические наблюдения показали, что при травме у больных также происходят сдвиги специфического и неспецифического иммунитета. Снижается количество Т-лимфоцитов с одновременным повышением содержания Т-супрессоров, которые оказывают негативное влияние на течение иммунных процессов (41, 42). Эмоциональные состояния, сопровождающиеся реакцией торможения (страх), экспериментальные неврозы, действие наркоза приводят к угнетению фагоцитарной активности лейкоцитов (43). Антистрессовым эффектом при хроническом эмоционально-болевом стрессе обладает антиоксидант фенозан К, который стабилизирует лизосомальные мембраны при ожоговой травме и ускоряет заживление ран, защищает организм от гипероксии, повышает выносливость к физическим нагрузкам, существенно подавляет интенсивность перекисного окисления липидов. К механизмам, характеризующим резистентность организма, относят и циркулирующие иммунные комплексы. Образование циркулирующих иммунных комплексов происходит в результате взаимодействия антигенов и антител при различных патологических состояниях. Снижение фагоцитоза влечет за собой увеличение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) (42).

Выявлено, что увеличение ЦИК в организме идет под влиянием усиления ПОЛ в результате стресс-реакции. Отмечена взаимосвязь между снижением содержания Т- и В-лимфоцитов, нейтрофилов образованием ЦИК и возрастанием ПОЛ (44, 45). Показано, что у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) без существенного снижения сократительной функции левого желудочка с фракцией выброса более 45% активность ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) - супероксидазы (СОД), каталазы и глутатионпероксидазы - повышается на 85,5, 25 и 34% \geq соответственно. Полученные результаты позволяют предположить, что истощение резервных возможностей системы АОЗ у больных со значительно сниженной сократительной функцией левого желудочка является одним из важнейших факторов повышенного риска осложнений, большей выраженности реперфузного (окислительного) и операционного стресса (46, 47, 48).

В исследованиях Гордеева И. А. с соавт. представлены результаты цитопротекторов: милдроната и триметазида на свободно-радикальные процессы, протекающие в кардиомиоцитах, у пациентов со стабильной стенокардией в предоперационном и послеоперационном периоде транслюминальной ангиопластики и стентирования коронарных артерий (49). Авторами изучено влияние радиоволнового действия на активность местных процессов свободно-радикального окисления в тканях операционного поля полости рта в эксперименте (50). Показано, что клинические значения местных показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных после экстракции катаракты (51). Изучены биохимические и молекулярные механизмы патогенеза послеоперационной когнитивной дисфункции (52). Исследованы динамика показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности у пациентов с деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава после тотального эндопротезирования при

благополучном течении и возникновении нестабильности (53). Установлены изменения в процессах перекисного окисления липидов и антиоксидантная активность при медицинском аборте (54). Как в отечественной, так и в зарубежной литературе применение антиоксидантов у хирургических больных, подвергаемых оперативному лечению, представляется эффективным и необходимым средством послеоперационной реабилитации (55). Немаловажным является применение антиоксидантов у хирургических больных. В исследовании А.З.Абдуллаевой (56) включение цитохрома С в комплексную терапию распространенных форм перитонита позволило добиться купирования симптомов эндогенной интоксикации, улучшения самочувствия больных, нормализации общеклинических и биохимических показателей в более короткие сроки после операции. У больных острым холециститом пожилого и старческого возраста в послеоперационном периоде применение таких антиоксидантов, как I-токоферола и унитиол, способствовало стабилизации ПОЛ, усилению антиоксидантной защиты, более быстрому восстановлению функции печени (57). Регионарное лимфотропное введение антиоксиданта эмоксипина пациентам с острой кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде способствовало стабилизации процессов окисления путем компенсации энергодифицита и тем самым раннему восстановлению перистальтики кишечника (58).

При лечении пациентов с тяжелой сочетанной травмой стимулирующее влияние на АОС, благодаря своему мембраностабилизирующему действию и реактивно-связанному влиянию на синтез ферментов и их поступление в кровь из депо, оказывало введение глюкокортикоидов (59). Исследования свободнорадикальных нарушений у пациентов после хирургических операций, связанных с постишемической реперфузией и трансплантацией (в частности, с трансплантацией кожных лоскутов), доказали, что дополнительные мероприятия, направленные против увеличения концентрации свободных радикалов с применением витаминов Е, А и С могут способствовать снижению инициированных ими послеоперационных осложнений (60). Отмечено также наличие антиоксидантного эффекта при применении у пациентов в послеоперационном периоде после лапаротомической холецистэктомии низких доз гепарина (61).

Применение антиоксидантов отмечено также в акушерской практике, в частности при кесаревом сечении у рожениц с тяжелыми формами позднего гестоза (62). Показано, клиническая эффективность антиоксидантной терапии у больных хирургического профиля (62). Своевременная коррекция нарушений мембранного метаболизма с целенаправленным применением антиоксидантов и антигипоксантов является желательным, а в некоторых случаях необходимым компонентом послеоперационной терапии. Несмотря на очевидные достижения в диагностике и лечении, по-прежнему сохраняется высокая летальность травматической болезни (63). Особого внимания требуют тяжелые травмы груди и живота, характеризующиеся повреждением жизненно важных органов -сердца, легких, печени, селезенки, почек. Очевидно, что дальнейшие успехи в лечении пострадавших с травмой груди и живота неразрывно связаны с углубленными исследованиями нарушений гомеостаза.

Важнейшими механизмами нарушений гомеостаза при травме груди и живота являются изменения, происходящие на уровне клеточных и субклеточных биологических мембран. Универсальным молекулярным механизмом регуляции физико-химических свойств мембран клеток и нарушения их структурно-функциональных свойств являются процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). Недавние исследования показали, что даже небольшая операция может вызвать активацию процессов ПОЛ (64, 65). Тканевое повреждение сопровождается повышением интенсивности процессов перекисидации в клетках и развитием оксидативного стресса (66). Увеличение свободных кислородных радикалов может сопровождаться активацией полиморфноядерных лейкоцитов и продукцией лейкотриенов, что, в свою очередь, вызывает повреждение ткани и ускоряет воспалительные реакции. Операционная травма до и после ампутации нижней конечности у пациентов с атеросклеротической гангреной сопровождается дальнейшим напряжением системы свободнорадикального окисления липидов (67). Тяжелое атеросклеротическое напряжение сосудов нижних конечностей сопровождается активацией ПОЛ и снижением количества и активности антиоксидантной системы. Изучение ПОЛ на спонтанную агрегацию тромбоцитов (АГ) у больных раком желудка в раннем послеоперационном периоде показало, что у них наблюдается умеренное повышение процессов ПОЛ и САТ (68). Применение антиоксидантов в комплексном лечении urgentных хирургических больных позволяет прервать процесс накопления промежуточных продуктов ПОЛ в клетках крови (69).

Нарушения в системе гемостаза являются одной из основных причин послеоперационных осложнений у больных раком легкого. При этом пусковое значение имеют нарушения тромбоцитарного гемостаза. Выброс из тромбоцитов биологически активных веществ, приводит к образованию эритроцитов, активизирует коагуляционный гемостаз, снижает тромборезистентность эндотелиоцитов. (70, 71, 72). У больных раком легкого внутрисосудистое микросвертывание с агрегацией тромбоцитов способствует развитию послеоперационных пневмоний, сердечно-сосудистых осложнений, играет важную роль в патогенезе послеоперационных венозных тромбозов. Объемное хирургическое вмешательство влечет за собой активацию ПОЛ. В свою очередь окислительный стресс оказывает негативное влияние на тромбоциты, приводя к значительным изменениям в их структуре и функции (73, 74, 75). Таким образом, изучение клеточной адаптации на стрессовое воздействие свидетельствует о нарушении метаболических процессов, нарушении структуры мембран клеток и метаболизма в них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Браун А. Д., Моженок Т. П. Неспецифический адаптационный синдром клеточной системы. Л.: Наука 1987. С.231.
2. Fulvio V // Proc. Internat workshop "Oxygen free radicals". Basel. 1987 P.9.
3. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М.: 1981. С.278.
4. Саркисов Д. С., Пальцев М.А., Хитров н.К. Общая патология человека. М.: Медицина, 1997. С.607.
5. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Под.ред. А.М. Вейна. М.: медицинское информационное агентство. 1998. С.109-112.
6. Меерсон Ф. З., Мальшев Ю.Н., Белкина Л.М.// Кардиология. 1988. №1. С.70-74.
7. Михайлович В. А., Земцовский Э. А., Гусейнов Б. А. Центральная гемодинамика и гормональный гомеостаз при операционном стрессе у лиц молодого возраста с различным уровнем физической подготовленности// Анестезиология, 1991. №6 С. 22-26.
8. Земцовский Э.В., Гусейнов Б.А., Извекова А.В.// Азербайджанский медицинский журнал. 1989. №7. С.22-27.
9. Лебедев В. В, Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. М.: Медицина. 1999. С.499.
10. Selye H. The phystology and pathology of exposure to stress. Montreal. 1950. P.212.
11. Влияние декариса и нуклеината натрия на антиоксидантную систему крови морских свинок при ингаляционном воздействии паприна / А.Г. Шлейкин, А.Н. Чечура, Н.С. Шлихачкий, Н.Э. Джангулов. // Бюллетень эксперимент биологии и медицины.-1989.-№4-с. 426-428.
12. Николаев А.И. Молекулярные механизмы развития вторичных иммунодефицитов.-1998.-Ташкент-с.33.
13. Барабой В. А, Брахман И. И., Голотин В.Г./ В кн. Перекисное окисление и стресс.-1992.- Москва.- Наука.-с.148.
14. Potapov P.P. Activity of various oxidases and transaminases in the rat liver in the rad liver in the 30 days. [Kosm. Voil. aviakosm. Med.](#)-1990.-v.27-w\p.20-22.
15. Горбунова А. В., Лобанова Н. Н., Калитанов С.Н. Концентрация катехоламинов в крови кроликов с разной устойчивостью сердечно-сосудистой системы к эмоциональному стрессу.// Патологическая физиология и экспериментальная терапия.-1991.-№1.-с.7-9.
16. Yillman M.A., Kattzeff L.E. Antistress hormonal rasponses of analgetic nitrose oxide.\\Jnt.J. Wenrosei. -1989.dec.-V.49 P. 199-202.
17. Toth T. The role of catecholamines in lethal immobilization stress.\\Acts phusiol. Nyng.-1990.-V.Ts.-№2.-P.95-99.
18. Cohen Y. Oxidative stresses Ed.H. Stes. London – 1985.-P. 382-402.
19. Горизонтова М.П. Микроциркуляция при стрессах.\\ Патологическая физиология.-1986.-№3.-с.79-85.
20. Woronha-Dutra A.A., Steen E.M., Wolf W. the correlation between cathecholamine and lipid Peroxidation induced damage in heart cells.\\Basic.Res. Cardiol.-1985.-V.80-suppl.1.-P.133-136.
21. Гурин В.Н., Семаненя И.Н. Изменение липидного состава липопротеидов плазмы крови при остром эмоциональном стрессе. [Пат. физ.](#) и экспериментальная терапия.-1988. №5.-с.57-59.
22. Lindell M., Daniel A. The rale of stress hormones in the catabolic metabolism of shok.\\Sure Jinec. Obstet.-1979.-V.149-P.822-831.
23. Влияние метилурацила на перекисное окисление липидов в плазме крови и гомогенатах тканей язвенного дефекта стенки желудка крыс\И.Г. Кузнецов, С.К.Сулова, М.Расулов, В.М. Гукасов\ Вопросы мед. химии .- 1987.-Т.33.-№3.-С.77-8.
24. Коновалова Г.Г,Твердохлиб В.П, Ланкин В.З.Стресс инфаркт миокарда и антиоксидантные ферментные системы:Тезисы все союзные инф «Стресс и иммунитет –Ростов-Ю-Дону.-1988.-С.234.
25. Серабренников Э.Г., Мамаев А.Т., Ахмедов И.Г.Особенности процессов перекисного окисление липидов и антиоксидантной активности липидов белых крыс при глубоком многократном переохлаждении.//Вопросы мед. химии.-1992.-Т.38.-№3.-С.28-30.
26. Шкестарс А.П., Утно Л.Я., Гиргансоне М.Я.Регуляция активности СОД во время глубокой гипотермии с одновременным применением водно-и жиро –растворимых антиоксидантов.//Был.Эксперимент биологии и медицины.-1991.-№6.-С.13-15.
27. Коноу.Fridovich J.Superoxide radical in hibits catalase.//J.Biol.Chem.-1982.-V.25.-P.257(10)-P.5751-5754.
28. Зимин Ю.И.Патология иммунной системы.-Москва.-1979.-С.195.
29. Петров Р.В.Оценка иммунного статуса у населения, проживающего в условиях дефицита цинка.//Иммунология.-1989.№3.-С.72-74.
30. Азнаурен А.В.,Хачатрян С.А.,Казарян А.А. Сдвиги в эндокринной и иммунной системах, микроциркуляторном русле крыс, подвернутых кратко временному воздействию повышенного атмосферного давления.//Экспериментальная и клиническая медицина.-1990.-Т.30.-С.500-503.
31. Yorzynsky R.M.,Kennedy M.Associative Learning and regulation of immune response.//Progr.Weuro-Psychofarmacea and Biol.Psychiatr.-1984-V.8-№4-6-P.593.
32. Selye H.The stress of life.//Wew-York,Me-Yrow-Hill-1956.
33. Selye H.Stress without distress.Philadelphia.Lippincott.1974.
34. Анищенко Т.Г.,Буршина С.Н.,Шорина Л.Н.Половые различия динамики ответных реакции на эмоционально-стрессорные воздействия у белых крыс.//Физиологический журнал Сир.им.Сеченова.-1991-Т.77-№1-С.14-21.
35. Селье Г.Стресс без дистресса.Москва.-1982.100с.м.
36. Yena M.Zivot adaptace a stress.Praha,Avicenum.1970.
37. Вагнар Е.А.,Каварков Н.Н. Шмагель К.Н.Некоторые механизмы активирующего влияния закрытой травмы груди на иммунный ответ.//Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.-1984.-Т.98.-№12.-С.706.

38. Коневский А.Г., Гавриков К.В., Давыдов Н.П. Роль хирургического стресса в стимуляции иммунокомпетентной и эндокринной систем организма реципиента. // Вопросы экспериментальной и клинической кардиологии: Тезисы все союзного симпозиума. - Волгоград. - 1984. - Т.Г. - С.35.
39. Радькин Ю.В. Патологические аспекты иммунологических нарушений при травматическом шоке. Авторы. Д.М.Н. - Томск. - 1988.
40. Gonson F.Y. Post-traumatic stress disorder. // P.W.O.Meg.G. - 1989. - V.32. - P.87-88.
41. Чаредаев А.Н. Интерпретация лабораторных показателей при оценке иммунного статуса человека. // Лабораторное дело - 1991. - №2. - С.6-14.
42. Яковлев Г.М., Новиков В.С., Хавинсон В.Х. Резистентность, стресс, регуляция. - 1990. - С.365.
43. Kurz R., Preiffer K.P., Sauer H. Immunological status in infants and children following surgery. // Infection. - 1983. - V. // W2. - P.104-113.
44. Погосян Е.Ш., Амадуни В.Г. Влияние искусственного повышения липидной перекисидации на изменение уровня антиоксидантов среднемолекулярных пептидов и циркулирующих иммунных комплексов в эксперименте. // Экспериментальная и клиническая медицина. - 1990. - Т.30. - №6. - С.66-69.
45. Горосян А.Ц., Кадымова З.Ш., Ахмедова Л.М. Взаимоотношение сдвигов иммунного статуса и ПОЛ при иммунокоррекции в лечении заболевания. // В кн: Тезисы 1 Все союзного иммунологического съезда. - 1989. - Сочи. - 1.2-С.291.
46. Бокерия Л. А., Маминов В. Е., Арзуманян М. А. Динамика изменения активности антиоксидантной защиты крови у больных с ишемической болезнью сердца с дисфункцией левого желудочка до и после операции аортокоронарное шунтирование. // Росс. Крдиологич. Журн. - М., 2004, - №6-с, 42-46.
47. Keith M., Geranmayegen A., Sole M.J et al. increased oxidative stress in patients with cogestiv heart failure. // Coll. Cardiol. - 1998. vol31. P. 1352-1356.
48. Wolhontz A., Wicknening G., Schultz E et al. Hiperholesterolemia increases endothelial superoxide production in early stages of atherosclerosis: Evidence for involment of the rennin-angiotensin system. // Circulation. - 1999. - vol99. - P2027-2033.
49. Гордеев И. Г., Бекчиу Е. А., Люсов В.А. Оценка влияния миокардиальных цитопротекторов на процессы перексидного окисления липидов у больных стабильной стенокардией до и после хирургической реваскуляризации миокарда. // Росс.кардиологич.журн. - М., 2005. №3-с. 41-46.
50. Дурнова Е.А., Якова Н. А., Контарщикова К. Н. Влияние радиоволнового действия на активность местных процессов свободно-радикального окисления в тканях операционного поля полости рта в эксперименте. // Стоматология Москва, 2009 №3, - С17-20.
51. Пикуза А.Х., Кузнецова М.В., Заганщина М.Е. Клинические значения местных показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных после экстракции катаракты. // Вестник офтальмологии. - М., 21008. №1 с, 19-21.
52. Шнайдер Н.А., Салмина А.Б. Биохимические и молекулярные механизмы патогенеза послеоперационной когнитивной дисфункции. // Неврологический журнал, - 2007. №2. С.41-47.
53. Истомин С.Ю., Дрягин В.Г., Сумная И.А. Динамика показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности у пациентов с деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава после тотального эндопротезирования при благополучном течении и возникновении нестабильности. // Гений ортопедии. - Курган, 2009, - №3. С.49-53.
54. Полякова В.А., Винокурова Е.А. Карпова И.А. Процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантная активность при медицинском аборте. // Росс. вест. акушер-гинеколога. - М., 2007. - №2. - с.12-13.
55. Верболович В.П., Полетаев Э.В. // Анестезиология и реаниматология. - 1980. №6. - С.29-32.
56. Абдуллаева А.З. Антиоксиданты в комплексной перитонита : Дис. Кандидат медицинских наук – М 1998 156 с.
57. Феофилов Г.Л., Воробьев И.В. // Вестник хирургии – 1992 - № 1 – 2 – 3. – С. 16-21.
58. Ярема И.В., Магомедов М.А. // Вестник интенсивной терапии – 1998. - № 2. – С. 51-53.
59. Андреев А.А. Патогенетические факторы нарушения перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы и антиоксидантная терапия у пострадавших с сочетанной травмой. Автореф. Дис. ... Кандидат медицинских наук. – М. 1994. 26с.
60. Batnes M., Shenkin A. // Curr. Opin. Nutr. Metab. Care. – 2002. – Vecinskiol.5. № 6 – P. 665-670.
61. Dzieciuchowicz L., Checinski P., Kraush. // Med. Set. Monit – 2002. – Vol. 8. №9. – P. CR 657- CR 660.
62. Дугиева М.З., Багдасарова З.З. клиническая эффективность антиоксидантной терапии в хирургической практике // Анестезиология и реаниматология. – 2004. №2. – С. 73 – 76.
63. Абакумов М.М., Галиков П.П., Давидов Б.В. Влияние кровопотери на состояние процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у пострадавших с изолированной травмой груди и живота // Вестник Российской Академии Медицинских наук М. – 2002. № 8. – С. 19-25.
64. Anup R., Aparnav V., Pulimood A., Balasubramanian K.A. Surgical Stress and the small intestine : role of oxygen free radicals // Surgery. – 1999/ - Vol. 125, №5. – P. 560-569.
65. Dzcituchowicz I., Chekinski P., Kraush. Heparin reduces oxidative stress in postoperative period // Med. Set Monit. – 2002 – vol.8 – P. 657-661 ж. 66.
66. Yerra E. J. Oxidative stress, diseases and antioxidant treatment // Al, Med. Interna. – 2001- №6. – P. 326-335.
67. Кузьмин В.В., Андреева О.Л., Заздравных О.М. Перекисное окисление липидов до и после ампутации нижней конечности у пациентов с атеросклеротической гангреной // Вестник хирургии им. И.И. Грекова – 2007. №3. – С. 58-61.

68. Афанасьева А.Н., Удут В.В. Влияние перекисного окисления липидов на спонтанную агрегацию тромбоцитов у больных раком желудка в раннем послеоперационном периоде. // Копреев онкологии – 2003. – т 42 - №1 – С. 93-94.
69. Тарасенко С.В., Пашкин К.П., Копейкин А.А. Применение натрия гипохлорида и внутрисосудистого лазерного облучения крови в комплексном лечении urgentных хирургических больных // Вестник хирургии им. И.И. Грекова – 2001. №1 – С. 89-91.
70. Балуда М.В. Профилактика тромбоза гепарином у больных раком. Рос. Онкол.журнал. 2001: №5 – С. 53-55.
71. Балуда В.П., Балуда М.В. Пятый вид «оружия» в онкологии. // Паллатив. Мед. и реабл. 2002: - №1 – С. 15-25.
72. Samama С.М., Diaby M., Fellahi J.L. Et. Ab. Intubation of platelet aggregation by inhaled nitric oxide in patients with acute respiratory distress syndrome. Anesthesiology 1995 : 83 (1) – P. 56-65.
73. Власова И.И., Вахрушева Т.В., Азизова О.А. Влияние окисленных липопротеидов низкой плотности на АДФ – индуцированную агрегацию тромбоцитов в плазме // Вопросы мед химии 1998 : 4 (1): С. 43-53.
74. Пасечник И.Н. , Азизов Ю.М., Никушкин Е.В. Роль окислительного стресса как компонента критических состояний в генезе нарушения гомеостаза.// Анестезиология и реаниматология. 2001. №3. – С. 41-43.
75. Афанасьева А.Н., Удут В.В., Евтушенко В.А. Роль процессов перекисного окисления липидов в послеоперационном нарушении тромбоцитарного гемостаза у больных раком легкого // Научно-практический журнал Клиническая медицина им. С.П. Боткин. – 2004 – №8. – С.37-39.

ӘОЖ 615.355:577.152.27.042.2

**ТИПТІК СОЗЫЛМАЛЫ МИЕЛОИДТЫ ЛЕЙКОЗ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЗАМАНАУИ ЕМІ
(ӘДЕБИ ШОЛУ)**

К. Т.Байжанова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академия, Шымкент қаласы

Созылмалы миелоидты лейкоз (СМЛ) – миелопоэз ізашар жасушасынан шығатын, морфологиялық субстратты ажыраған және жетілген гранулоциттерден тұратын қан өндірілу тінінің қатерлі ісігі. СМЛ кезінде клонды миелолиферация дамып, тек қана сүйек миы емес, сонымен бірге бауыр, көкбауыр және басқа мүшелер мен тіндерде гранулоциттердің түзілуінің артуы байқалады. Өкінішке орай СМЛ кезінде түзілген жасуша клоны аурудың белгілі бір кезеңінде тұрақсызданып, өте ауыр кезеңге – бастық кризге өтеді. СМЛ-ның аурушандығы 100 000 тұрғынға – 1-1,5 құрайды. Алғашқы рет лейкоз диагнозы қойылған ересектер арасында СМЛ – 15-20 % , балалар арасында 5 % кездеседі. Еуропа мен Солтүстік Америкада лейкоздар арасында ол 3- орынға ие (жедел лейкоз бен созылмалы лимфоидты лейкоздан кейін), ал Азия елдерінде 2-орынға (жедел лейкоздан кейін) иеленеді. Ерлер/Әйелдер қатынасы – 1,4-2,2/1-ге сәйкес келеді. Аурушандықтың шыңы 50-60 жасқа келеді. Соңғы жылдары аурудың жасаруы байқалады.

Этиопатогенезі. СМЛ ауруында генетикалық бейімділіктің маңызы бар, ол CW3, CW4 HLA-антигендердің болуына байланысты. СМЛ қан өндіруші жасушаларда патологиялық клонның пайда болуы қос 22- хромосоманың ұзын иығының біреуі үзіліп, 9- хромосомаға өтуімен түсіндіріледі. Бұл өзгерісті «Филадельфия (Ph) хромосомы» деп атайды және ол 90-97 % науқастарда табылады. Ph хромосомасын 1960 жылы Nowell мен Hungerford Филадельфия қаласында ашқан. Соңғы жылдары филадельфия хромосомасы 9- мен 22- хромосомалар арасындағы гендік заттардың t(9;22)(q34.1;q11.21) өзара транслокациясы нәтижесінде пайда болатыны анықталған. 9- хромосомада abl протоонкоген, ал 22- хромосомада c-sis протоонкоген (маймыл саркомасы вирусының жасушалық гомологі, вирус-трансформирлеуші ген) және bcr ген бар. t(9;22) транслокациясы нәтижесінде bcr-abl химирлі ген түзіледі. Құрама геннің түзілуі молекулярлық массасы 210 килодальтон (p210) химирлік протеиннің пайда болуына алып келеді. p210 протеині 1104 аминқышқылдардан тұрады, сондай-ақ оның синтезінің кодына жартылай c-abl ген және жартылай bcr ген жауап береді. Қалыпты p145 протеинмен (оның синтезін c-abl ген кодтайды) салыстырған кезде p210 химирлік протеиннің тирозинкиназа белсендігі едәуір жоғары болады. Гемопоэздік жасушалар тізбегіне bcr-abl геннің қосылуы олардың жетілуін және бағдарламалы жасушаның өлімін (апоптозды) тежейді, өсу факторының әсеріне жауап беру реакциясын күшейтеді. Акселерация фазасында sis-геннің жабысуы байқалады.

Жіктемесі. Athens (1993) СМЛ Ph хромосоманың болуына немесе болмауына байланысты клиникалық түрлерін және лейкоциттерге (нейтофильдер, эозинофильдер, базофильдер, моноциттерге) байланысты морфологиялық түрлерін ажыратты. Бұл жіктемеде СМЛ ағымы мен кезеңдері ескерілген (1- кесте).

1- кесте Созылмалы миелоидты лейкоздың жіктемесі (Athens, 1993)

Клиникалық түрлері	Морфологиялық нұсқалары	Клиникалық ағымының фазалары
Типтік созылмалы миелоидты лейкоз (филадельфия хромосомы бар)	Созылмалы эозинофильді лейкокемия	Бастапқы фазасы
	Созылмалы базофильді лейкокемия	Созылмалы тұрақты фазасы
Атиптік созылмалы миелоидты лейкоз (филадельфия хромосомы)	Созылмалы моноцитарлы	Акселерация фазасы

жоқ)		лейкемия		Бластық криз фазасы
Балалардың миелоидты лейкозы	созылмалы	Созылмалы лейкемия	нейтофильді	

Бастапқы фазасы. Дерттің бастапқы фазасында клиникалық белгілер айқын болмайды, сондықтан диагноз дер кезінде қойылмайды. Көп науқастар шағым айтпайды, бірақ егер мұқият сұрастырса, онда оқта-текте суықтау, себепсіз әлсіздік, жұмысқа қабілетінің төмендеуі мазалайтынын табуға болады. Алғашқы кезде бұл белгілер айқын болмағанымен, уақыт өте келе олар біртіндеп күшейеді. Тез жүргенде және физикалық белсендікте сол жақ қабырға астының айқын емес сыздап ауырсынуы, түнде аздап терлеу, тәбеттің аз ғана төмендеуі байқалуы мүмкін. Кейде дерт шипажай парағын толтыру немесе алдын ала қаралу барысында, кездейсоқ қанды зерттеген кезде анықталады. СМЛ-ның бастапқы фазасында диагноз қоюдың негізгі әдістеріне қан мен төс пунктатының талдаулары жатады. Жалпы қан талдауында лейкоциттер саны әдетте 15-20x10⁹/л, бірақ 50x10⁹/л аспайды, лейкоформула әр түрлі айқындылықта солға ығысады, яғни гранулоциттердің жас түрлерінің (жекелеген промиелоциттер, миелоциттер) пайда болады. Базофильдер саны артады, кейде бір мезгілде базофильдер мен эозинофильдер санының артуы (базофильді-эозинофильді ассоциация) байқалады. Әдетте эритроциттер саны мен гемоглобин деңгейі қалыпты не аз ғана төмендейді. Төс пунктатында гранулоцит қатарының жасушалары санының көбеюімен солға ығысуы, яғни жас түрлерінің артуы, сонымен бірге мегакариоциттер санының жоғарылауы анықталады. Бластар саны аз ғана артады немесе қалыпты көрсеткіштің жоғарғы шегіде болады.

Созылмалы тұрақты фазасы. Науқастар жиі-жиі суықтауға, айқын әлсіздікке, жұмысқа қабілетінің төмендеуіне, сол жақ қабырға астының үнемі сыздап ауырсынуына, сүйектердің қақсауына, түнде терлеуге, тәбеттің төмендеуіне, салмақ жоғалтуына шағымданады. Бұл шағымдар тұрақты және бірнеше жылдар бойы байқалуы мүмкін. Объективті қарау барысында науқастың жалпы жағдайы қанағаттанарлықтан орташа ауырлық дәреже аралығында болады. Тері мен көзге көрінетін сілемей қабаттардың боздығы өзіне назар аудартады. Сирек жағдайда теріде бөртпелер, пустулалар, папулалар, түйіндер, айқын емес петехиялар және гематомалар болады. Науқастың жүдеуіне байланысты бұлшықеттің артофиясы байқалады. Шеткі лимфа түйіндері қолға ілінеді, бірақ өлшемдері үлкен болмайды (0,5-1 см). Физикалық белсендікте тахикардия, жүрек тондарының тұйықталуы, жүрек ұшында әлсіз систолалық шу табылады. Бұл фазада жоғарғы және төменгі тыныс алу жолдарының инфекциялық-қабыну үрдістері (жіті трахеит, бронхит, ошақты немесе бөліктік пневмония) жиі анықталып, кейде олар созылмалы ағымға өтіп, қайта-қайта өршіп тұрады.

Ең тән клиникалық белгіге көкбауырдың әртүрлі дәрежеде ұлғаюы, яғни ол іштің сол жақтың 1/3 не 1/2 бөлігін, ауыр жағдайда бүкіл жартысын қамтып жатады. Көкбауыр тығыз және ауырсынбайды, аса үлкен көкбауыр кейде ауырсынуы мүмкін. 50-60 % науқастарда бауыр 4-5 см ұлғаяды, беткейі тегіс, консистенциясы тығыз болады. Несеппен ураттар көп бөлінуіне байланысты жиірек пиелонефрит табылады. Лейкоздық жасушалардың көптеп бұзылу салдарынан дамыған гиперурикемия нәтижесінде несеп-қышқыл диатезі байқалады. Жыныс мүшелер қызметтері жиі бұзылып, әйелдерде – аменорея, ерлерде – импотенция, приапизм анықталады. Сүйек жүйесінің зақымдануына байланысты сүйектің қақсауы (оссалгия) мазалайды, әсіресе ол төсте басымырақ байқалады. Қанның жалпы талдауында 50-300x10⁹/л және одан да жоғары лейкоцитоз, лейкоформуланың солға, миелобласт, промиелоцитке қарай ығысуы табылады. Бластар көп емес, әдетте 1-3 % құрайды. Бұнда гранулоциттер қатарындағы бластан бастап жетілген жасушаға дейін болуы – ең тән белгі. Нейтрофильдерде сілтілі фосфатаза төмендейді. Эозинофильді-базофильді ассоциацияда базофильдер 10-15 %-ға жетеді. Тромбоциттер саны 600-100x10⁹/л және одан да жоғарылайды. Кейбір жағдайда қалыпты не төмен болуы мүмкін. Жеңіл дәрежелі анемия кездеседі.

Төс пунктатыны көп жасушалы, миелокарициттер және мегакариоциттер саны артып, гранулоциттер қатарындағы барлық жасушалары көбейеді. Митоз саны 4-5 есе жоғарылайды. Бластар мен промиелоциттер қосындысы 10 %-ға дейін болады. Базофильдер мен эозинофильдер саны артады. Миелоциттер және метамиелоциттердің цитоплазмасында дәндер анықталады. Эритропоэз кеміп, сүйек миында эритрокариоциттер азаяды, бірақ олардың жетілуі бұзылмайды, кейде бірен-саран миелобластар табылуы мүмкін. Гранулоциттердің эритроциттерге қатынасы 10:1-30:1 құрайды. Трепанобиоптатта гранулоциттер қатарындағы жасушалар саны күрт көбейеді, бірақ олар әртүрлі жетілу сатысында болып таяқша ядролы, сегментті ядролы нейтрофильдер санының артуымен қатар аздап бластар кездеседі. Мегакариоцитарлы өскіншенің гиперплазиясы анықталады және эритропоэз сақталады.

Цитогенетикалық талдада 90-97 % жағдайда сүйек миы және қанның ядросы бар жасушаларда Ph хромосомасы табылады. Ол тек Т-лимфоцитте болмайды. УДЗ өте үлкен көкбауыр мен бауырды анықтайды.

Акселерация фазасы. Бұл фазаны кейбір гематологтар СМЛ-ның үдемелі кезеңі немесе өршу фазасы деп атайды. Акселерация фазасында моноклонды үрдіс поликлонды сатысына өтеді. Ол дерт белгілерінің күшеюімен, ағымының ауырлауымен және гранулопоэз қатарындағы жасушалар цитогенетикасының өзгеруімен байқалады. Науқастар жалпы жағдайының күрт нашарлауына, өте айқын әлсіздікке, жұмысқа қабілетінің төмендеуіне, тершендікке, дене қызуының жоғарылауына, тамаққа тәбетінің болмауына, салмақ

жоғалтуына, сүйектердің қақсап ауруына, сол жақ қабырға астының үнемі және айқын аурсынуына шағымданады. Объективті қараған кезде науқастардың жалпы жағдайлары орташа ауырлықтан ауыр дәрежеге дейін ауытқиды. Терілері мен көзге көрінетін сілемей қабаттары боз, онда көптеген геморрагиялық бөртпелер пайда болады. Акселерация фазасында теріде қызғылт немесе қоңыр түсті, ұстағанда ауырмайтын, бластардан, кейде жетілген гранулоциттерден тұратын лейкоциттер болуы мүмкін. Әдетте бұл лейкоциттер терінің түсін өзгертпейді. Бұл фазада ісіктің сүйек миынан тыс өсу белгілері (көкбауыр, бауыр және лимфа түйіндердің үлкеюі) табылады. Көкбауырдың тоқтаусыз үлкеюі сол жақ қабырға астының ауырсынуымен байқалып, көкбауыр инфарктысына алып келе алады. Миелобластар көкбауырда көбейіп, кейін қанға өтіп, бластемияның айқындалуына себеп болады. Кейде өте үлкейген көкбауыр жарылуы мүмкін. Нейролейкемия белгілері айқындалып, сүйектерде, буындарда, омыртқаларда ауырсыну күшейеді. Өкпеде, бүйректе және миокардта лейкоциттер инфильтраттар пайда болып, оларды зақымдайды. Кейде бұл белгілердің барлығы қосылып, жедел лейкоцитоздың клиникалық белгілеріне ұқсас көрініс береді.

Акселерация фазасында гиперлейкоцитоз синдромы келесі белгілермен байқалуы мүмкін: цианоз, ентігу (өкпеде қан айналуының бұзылу салдарынан), ОЖЖ-нің зақымдануы (сандырақ, галлюцинация, бастың айналуы, тілдің күрмелуі), көз түбіндегі өзгерістер, көздің көру қабілетінің төмендеуі (көру өткірлігінің кемуі, көз алдында шыбын-шіркей мен дақтардың пайда болуы, тор қабыққа қан құйылулар, көк тамырлардың кеңеюі), приапизм. Лейкоцитаферез сеансынан кейін аталған белгілер едәуір кемиді. СМЛ-ның бұл фазасы бірнеше айларға созылуы мүмкін және ол бластық криз фазасымен ұласады. Қанның жалпы талдауында терең анемия, пойкилоцитоз, анизоцитоз, анизохромия анықталады. Лейкоциттердің $300-800 \times 10^9/\text{л}$ және одан да жоғарылап, лейкоформулада гранулоциттер қатарындағы жас жасушалар санының күрт артып, бластар 15 % дейін, промиелоциттер мен миелоциттер көптеп кездесіп, базофильдер мен эозинофильдер саны 20 % дейін көбейеді. Тромбоциттер саны жоғарылауы, кейде төмендеуі мүмкін. Миелограммада промиелоциттер мен бластар санының жоғарылап (бластар 10 % дейін, кеден одан да жоғары), эозинофильдер мен базофильдер санының артып, мегакариоциттер санының төмендеп, қызыл қан өндіріуші өскіншенің айқын редуциясы байқалады. Трепанобиопсияда гранулоцитарлы қатардағы жасушалардың саны көбейіп, промиелоциттер мен бластар шоғырланып жатады. Сондай-ақ эритроциттердің, кейде мегакариоциттік өскіншенің айтарлықтай төмендеуі тән. Дерт ұзаққа созылғанда және цитостатикалық ем нәтижесінде фиброздың күшеюі байқалады.

Цитогенетикалық талдау. Сүйек миының барлық жасушаларында типтік Ph хромосомы табылады. Бірақ 20 % науқастарда типтік Ph хромосомымен қатар Y-хромосомы t(Ph)-Y жоғалады. Кейбір науқастарда Ph хромосомы 8-хромосоманың трисомиясымен және 8-мен 19-хромосомалардың трисомиясымен қосарланып кездесіп, күрделі транслокациялар t(5;9;22) (q31;q34;q11) табылады. Акселерация фазасының дамуына 17-хромосомадағы патологияның маңызы зор (бұнда ісік супрессоры p53 гені орналасады), сонымен қатар оған n-gas-ген мен кальцитонинді метилдендірудің белсендіру де өз үлесін қосады. Сөйтіп қатерлі жасушалардың жаңа қатерлі клондары пайда болып, поликлондық белгілер байқалады.

Бластық криз фазасы. Бластық криз фазасы СМЛ-ның акселерация фазасының өте ауыр түрдегі соңғы өршу кезеңі және оның барлық белгілері жедел лейкоцитоздың клиникасына сәйкес келеді. Көптеген гематологтар «бластық кризді соңғы кезеңінің соңы» деп есептейді. Бұл фазада науқастардың жалпы жағдайы аса ауыр ауырлық дәрежеде болады. Науқастар жүдейді, адинамиялы, төсекте қиналып қимылдайды, андасанда санасы тежеледі. Тері және көзге көрінетін сілемей қабаттары айқын боз, сарғыш түстес, онда алып қанталаулармен және әр жерден қан кетулермен көрінетін айқын геморрагиялық синдром, көптеген лейкоциттер пайда болады. Объективті қараған кезде науқастарда табылатын өзгерістер (ұлғайған лимфа түйіндері, көкбауыр, бауыр) акселерация фазасына ұқсайды. Лимфа түйіндері мен тері лейкоциттерінің пунктатында бластар көп болады. Кейбір науқастарда Sweet синдромы – жоғарғы дене қызуы мен жіті нейтрофильді дерматоздың қосылуы кездеседі. Сүйек перкуссиясында қатты ауырсыну байқалады.

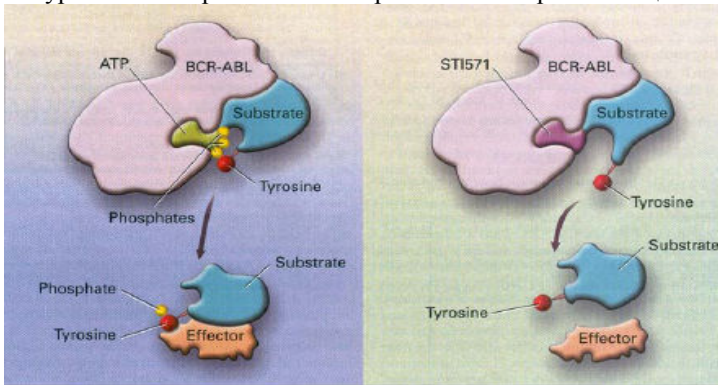
Ішкі мүшелерді тексерген кезде лейкоцитоздың инфильтрацияға байланысты ОЖЖ, өкпе, жүрек, бүйректің зақымданулары анықталады. Бұл фазада жіті сол жақ қарыншаның жетіспеушілігі, жіті бүйрек жетіспеушілігі, жіті бауыр қызметінің бұзылыстары дамып, өлімнің себебі бола алады. Сондай-ақ ауыр инфекциялық-қабыну үрдісі де қосылуы мүмкін. Жалпы қан талдауында ретикулоциттердің күрт төмендеуі не толық жоғалуымен жүретін нормохромды, нормоциттарлы, айқын анемия, лейкоцитоз (кейде лейкопения да болуы мүмкін), нейтропения, бласт санының күрт (30 % және одан көп) жоғарылауы, «ойық» феномені (жедел лейкоцитозға ұқсас), тромбоцитопения және базофильдер санының жоғарылауы (жетілген не жас түрлері) табылады. Миелограммада бластар мен промиелоциттер қосындысы 30 %-дан жоғарылауы, жетілген гранулоциттер санының төмендеуі, мегакариоцитарлық және эритрокариоцитарлық өскіншелердің күрт қысқаруы анықталады. Бластық кризде бластардың морфологиялық және цитохимиялық өзгешеліктеріне байланысты келесі түрлерін ажыратады; миелобласты (өте жиі); лимфобласты (30 %-да); промиелоциттарлы; миеломонобласты; монобласты; эритробласты; мегакариобласты; ажырамаған және аралас (лимфоидты + миелоидты бластар). Трепанобиопта сүйек миының айқын бласты метаплазиясы, қызыл қан өндірілу және мегакариоцитарлы өскіншелердің қысқаруы, сондай-ақ үдемелі фиброз байқалады. Қанның биохимиялық талдауында конъюгирленген билирубин, АлАТ, фруктозо-1-фосфатаальдозаза, сілтілі фосфатаза, несеп қышқылы, креатинин, γ -глобулиндер жоғарылайды, ал альбумин, протромбин кеміп, кейде глюкоза деңгейі төмендеуі мүмкін. Несептің жалпы талдауы: протеинурия, цилиндрүрия, микрогематурия, несеп қышқылының

кристалдары анықталады. Өкпенің рентгенограммасында: инфильтрациялық қабыну ошақтары (пневмония) жиі байқалады; өкпе суреті күшейеді және көптеген майда не ірі ошақты көлеңкелер болады. УДЗ-де жүректің, бауырдың, көкбауырдың өлшемдері үлкейеді. СМЛ-ның ажыратпалы диагностикасын миелопролиферативті аурулар тобының басқа ауруларымен (идиопатиялық миелофиброз, полицитемия, эссенциалды тромбоцитоз), лейкоидты реакциялармен, ал бластық криз фазасын жедел лейкоздармен ажырату керек. СМЛ-ның болжамы көптеген факторларға тәуелді. Оның ең маңыздысы науқас дерттің қай кезеңінде екенін анықтау. Дерттің акселерация мен бластық криз кезеңімен салыстырған кезде бастапқы немесе созылмалы тұрақты кезеңнің болжамы едәуір тәуір. Ең қолайсыз кезең бластық криз кезеңі.

СМЛ-ның қолайсыз болжамының критерийлері: спленомегалия (көкбауыр қабырға астынан 15 см төмен түсуі); гепатомегалия (бауыр қабырға доғасынан 6 см төмен түсуі); тромбоцитопения (тромбоциттер саны < 150x109/л); тромбоцитоз (тромбоциттер саны >500x109/л); лейкоцитоз (лейкоцит саны >100x109/л); қанда бластар 1 % немесе бластар мен промиелоциттер санының қосындысы 20 % көп болуы. Аталған 6 фактордың 4-уі болған жағдайда науқастың болжамы «нашар» және өмір сүру ұзақтығы тек қана бір факторы бар адаммен салыстырған кезде қысқарақ. Сонымен бірге қанда базофилия $\geq 10-20\%$ және сүйек миында бластар $>5\%$ болуы нашар болжамды көрсетеді. Сондай-ақ егер науқастарда Ph хромосомы жоқ не бір жерде бар, бір жерде жоқ болса, онда болжамы нашар екені дәлелденген.

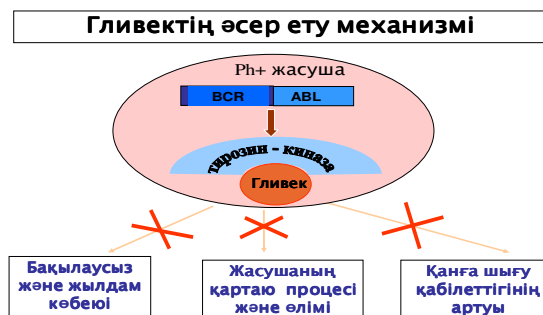
Емі. XXI ғасырда Ph-позитивті созылмалы миелоидты лейкоздың ең тиімді препаратына және стандарттық еміне Гливек (иматиниб мезилат) жатады. Гливек СМЛ патогенезінде негізгі патологиялық өзгерістердің көзі ретіндегі p210-bcr-abl-тирозинкиназа протеинінің белсендігін бөгейді (1- сурет).

1- сурет Гливек p210-bcr-abl-тирозинкиназа протеинінің белсендігін бөгеуі



Мутацияға ұшыраған жасуша клоны бақылаусыз және жылдам көбею, қартаю үрдісі мен өлімі, қанға шығу қабілеттігінің арту қасиеттерінен айырылады (2- сурет). Гливек сау жасушаларға әсер етпей, тек қана лейкоз жасушасының өліміне алып келеді.

2- сурет



Гливек созылмалы фазада – күніне 400 мг, акселерация фазасында және бластық кризде – күніне 600 мг қолданылады. Дерттің клиникалық көріністердің айқындалу кезеңінде қауіп тобына тәуелді цитостатикалық терапия (моно- немесе полихимиотерапия) жүргізіледі. Қауіп тобы науқасқа диагнозды қойған кездегі қолайсыз критерийлердің жинағы негізінде қойылады (Н.О.Хорошко, 1995).

Қолайсыз критерийлер: 200x109/л-ден жоғарғы лейкоцитоз, 3 %-дан көп бластемия, қанда бластар мен промиелоциттер қосындысы 20 %-дан артуы, базофильдер саны 10 %-дан көбеюі; гемоглобин деңгейінің 90 г/л-ден төмендеуі; 500x109/л-ден жоғары тромбоцитоз, немесе 100x109/л-ден төмен тромбоцитопения; спленомегалия (көкбауыр қабырға доғасынан 10 см төмен түсуі).Төменгі қауіп тобында (өмір сүру ұзақтығы орташа 5 жыл) – қолайсыз критерийлердің біреуі ғана болады. Орташа қауіп тобында (өмір сүру ұзақтығы орташа 3-5 жыл) – 2-3 қолайсыз критерийлер қосарласып кездеседі. Жоғарғы қауіп тобында (өмір сүру

ұзақтығы орташа 2,5 жыл) – 4 не одан көп қолайсыз критерийлер болады. Төменгі және орташа қауіп топтарына монотерапия, ал жоғары қауіп топтарында – полихимиотерапия жүргізіледі.

СМЛ-ның цитостатикалық монотерапиясының таңдаулы дәрісіне гидреа (гидроксинесепнәрі, метомир) жатады. Гидреа – ДНҚ биосинтезіне қатысатын рибонуклеозид-дифосфатредуктазасын тежеу қасиетіне байланысты цитостатикалық әсер көрсетеді. Ол тез өсуші лейкоз жасушалар пулына әсер етіп, митоздың G1 және S - айналымын бөгейді. Гидреа 0,5 г капсула түрінде шығады, ішке қабылдағанда жеңіл сіңіріледі, гематэнцефалдық барьерден өтеді. Ф.Э. Файнштейн бойынша (1992) дәрінің бастапқы дозасы – 1600 мг/м² ішке күнде берген жөн. Емдеу курсы қандағы лейкоциттер санын қатал бақылауымен жүргізіледі. Егер лейкоциттер саны 20x10⁹/л-ден төмен болса, гидреаның дозасы 600 мг/м² дейін азайтады, ал лейкоциттер саны 5x10⁹/л төмен болса, онда ем мүлдем тоқтатады. Жоғарыда келтірілген дозада емдік нәтиже болмаса, онда 6 капсулаға дейін, яғни тәулігіне 3 г дейін көтереді. Емнің басқа жобасы бар (3 күнде 1 рет 80 мг/кг не күнде 20-30 мг/кг). Гидреамен емдеу уақыты шектелмеген. Терапевтік нәтиже болғаннан кейін оның тәулік дозасы жеке түрде тағайындалады. Қазіргі кезде кейбір зиялылар СМЛ-ның тиімді емінің бірі ретінде «гидреаны α2-интерферонмен бірге қосарлап тағайындау» деп есептейді. Сонымен қатар гидреаны цитозармен де қосып береді. Полихимиотерапия дерттің клиникалық көріністердің айқындалу кезеңінің жоғарғы қауіп тобында қолданылады. Ол үшін «7+3» жобасын қолданып, кейін монотерапияға ауыстырған жөн. Созылмалы миелоидты лейкоздың үдемелі ағымда Ф.Э. Файнштейн АВАМП немесе ЦВАМП бағдарламаларын қолдауды ұсынады. АВАМП 10 күндік курс түрінде тағайындалады. Бағдарламаға цитозар (30 мг/м² б/е 1- және 8-күндері), метотрексат (12 мг/м² б/е, 2-, 5- және 9- күндері), винкристин (1,5 мг/м² тамырға 3-, 10- күндері), 6-меркаптопурин (60 мг/м² ішке, күнде), преднизолон (тромбоцитопения 100x10⁹/л аз болғанда ішке, тәулігіне 50-60 мг/м²) кіреді. Егер тромбоцитопоз қалыпты және лейкоциттер саны 40x10⁹/л-ден жоғары болса, онда преднизолон берілмейді. ЦВАМП бағдарламасы алдыңғы бағдарламаға ұқсас, бірақ цитозардың орнына 1-, 3-, 5-, 7-, 9- күндері 200-400 мг дозада циклофосфамид бұлшықетке тағайындалады. Полихимиотерапия курстары жылына 3-4 рет жүргізіледі.

Соңғы кезеңде цитостатикалық дәрілердің құрама емі жүргізіледі. Мұнда L – 15, “7+3” және т.б. бағдарламаларды қолдануға болады. Бластық криздің емін жедел миелобласты не лимфобласты лейкоз емінің бағдарламасымен жүргізіледі. Егер соңғы кезең цитопениямен басталса, онда винкристин және преднизолон препараттармен (винкристинді аптасына 1 рет 2 мг/м², преднизолонды күнде 40-60 мг/м²) 4-6 апталық курсымен емдеген жөн. Соңғы кезеңде сүйек миынан тыс лейкомиялық инфильтратын сәулелендіру арқылы емдейді. Ми қабаттарының инфильтрациясы кезінде эндолломбальды метотрексат пен цитозарды енгізу керек.

Қазір сүйек миының және шеткі бағаналық жасушалардың трансплантациясы аурудан айықтырудың бір әдісі болып табылады. НЛА жүйесі бойынша туысқан не туыс емес донордан алынған аллогенді сүйек миының не шеткі бағаналық жасушалардың трансплантациясы жүргізіледі. Бұл әдіс 60 жасқа дейінгі науқастардың 60 % жағдайда 5 жыл және одан да ұзақ уақытқа клиникалық-гематологиялық ремиссияға қол жеткізуге көмек береді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Абдулкадыров К.М., Бессмельцев С.С. Сопроводительная терапия (терапия «поддержки») у больных гемобластозами //Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии (материалы научно-практической конф.). – СПб., 2000, С.13-23.
2. Байдулин С.А. Заболевания системы корви. – Астана, 2007, 246 с.
3. Байжанова К.Т. Гемобластоздардың ажыратпалы диагнозы және емі – Шымынт, 2009, 284 б.
4. Болезни системы крови . Справочник С.А. Гусева, В.П. Вознюк- Мед.пресс-информ, 2004.
5. Волкова М.А. Клиническая онкогематология. – М.,2001, 458 с.
6. Воробьев А.И. Руководство по гематологии - М., Т.3., 2002.
7. Гематология: Новейший справочник/ Под редакцией К.М. Абдука-дырова. – Санкт-Петербург, 2004, 928 с.
8. Зарицкий А.Ю., Ломаи Е.Г., Виноградова О.Ю. и др. Результаты многоцентрового исследования терапии гливеком больных хроническим миелолейкозом в хронической фазе // Гематол. и трансфузиол., 2007, №3, С. 13- 17.
9. Клиническая гематология. Руководство для врачей. Котоян Э.Р., 2003.
10. Кузнецов С.В. Новые подходы к лечению хронического миелолейкоза // Гематол. и трансфузиол.,2007, №2, С. 41-46.
11. Любимова Л.С., Савченко В.Г., Демидова И.А. и др. Трансплантация аллогенного костного мозга у больных хроническим миелолейкозом // Гематол. и трансфузиол.,2007, №6, С.27-31.
12. Окорочков А.К. "Диагностика болезней внутренних органов",4 т.,- М.: Мед. лит., 2004, 512 с.
13. Основы клинической гематологии/ Под редакцией В.Г. Радченко. – Санкт-Петербург, 2003, 304 с.
14. Физиология и патология системы крови. Б.И. Кузник, 2004.
15. Хегглин Р. "Дифференциальная диагностика внутренних болезней" М, 1997.
16. Чертков И.Л., Дризе Н.И., Воробьев А.И. Схема кроветворения: 2005// Тер. Архив, 2006, № 7, С. 5-12.

УДК 618.1/2-082:614.2

**ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛА КАК
СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*Р.Т.Тлеужан, Д.А.Азимова, Г.А.Абдиханова, Р.К.Зинатуллин, М.К.Батенова, С.Ф. Зазулин
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр №2, г. Шымкент
Медицинский центр «Рецепт», г. Шымкент
ЦРБ Сайрамского района, с. Аксукент*

ТҮЙІН

Отандық және шетелдік денсаулық сақтауда ана және нәресте денсаулығын қорғауға бағытталған көптеген ұйымдастырушылық технологиялар өңделген. Технологиялардың нәтижелілігі медицина жағынанда, экономикалық жағынанда әртүрлі, соған қарамастан ауылды жерлерде денсаулық сақтауға барлық технологиялар бейімделмеген, ал ол өз кезегінде жаңаша ұйымдастырушылық шешімді табуды мәжбүр етеді. Осы мәселеге қатысты көптеген еңбектер болғанымен, кейбір сұрақтар аяғына дейін шешілмеді. Оңтүстік аймақтағы ауылды жерлердегі тұрғындарға акушерлік гинекологиялық жұмысты жандандыру мәселесін шешудің маңыздылығы біздің зерттеуіміздің негізгі таңдауы болды.

SUMMARY

In domestic, and in foreign public health services the organizational technologies directed on health protection of mother and the child are developed many. Efficiency of technologies is various both in the medical plan, and in economic, besides, not all technologies are adapted enough for conditions of rural public health services that forces to search for new organizational decisions. But despite a considerable quantity of works on shined problems, some question has not found due reflexion. The importance of the decision of these problems to inhabitants of village in southern region has formed for optimisation of rendering of the akushersko-gynecologic help a basis of a choice of our research.

В стране накоплен значительный опыт в совершенствовании организации акушерско-гинекологической помощи жительницам села, как пути сохранения репродуктивного здоровья, снижения репродуктивного здоровья, снижения репродуктивных потерь (1,2,3,4,5). Основными направлениями развития и совершенствования профилактической помощи в акушерско-гинекологической практике являются мероприятия по сохранению и укреплению здоровья, совершенствованию здорового образа жизни, продлению активной творческой жизни женщины (6,7). В последние 20-25 лет на селе была проведена реорганизация акушерско-гинекологической помощи, выразившаяся в централизации акушерских коек в ЦРБ, создании межрайонных отделений, расширении коечной сети в областных больницах, что безусловно способствовало значительному повышению качества акушерско-гинекологической помощи сельским жителям. Л.А.Даутова, В.А.Кулавский (1999) показали, что в этих условиях возрос объем догоспитального обследования, стал соблюдаться принцип преемственности в работе учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь жителям села (8). Особенно эффективной оказалась такая модель акушерской помощи для густонаселенных районов страны с хорошей транспортной сетью, средствами связи и возможностью образования крупных хорошо оснащенных ЦРБ. Особенно успехов в этом направлении добились области: Московская, где 97% жителей сельской местности стало поступать на роды в городские учреждения, и Ростовская, где стали вводить круглосуточные дежурства акушеров-гинекологов в крупных ЦРБ. При ЦРБ создавались станции скорой помощи, обеспечивающие транспортировку беременных и рожениц в стационар, выездные женские консультации (9,10).

Таким образом, происходила практически централизация стационарной помощи: от трехуровневой модели оказания стационарной помощи переходили к двух- и даже одноуровневой. Амбулаторно-поликлиническая помощь шла по двум направлениям: централизация диспансерного наблюдения беременных в ЦРБ и децентрализация гинекологической помощи с развитием выездных форм работы. Однако, такая модель наиболее подходила для регионов с высокой плотностью населения и хорошим состоянием транспортных путей (Молдавия, Украина, Подмосковье). В территориях с низкой плотностью населения и недостаточным развитием инфраструктуры данная модель не может быть применена в должной мере (97,112). Полная ориентация на врачебную помощь в этих условиях кажется мало выполнимой, так как в условиях отдаленности и разобщенности значительный объем первичной медицинской помощи оказывается на ФАПах, которые многочисленны и максимально приближены к населению (11,12).

Роль и значение акушерки в сельскохозяйственных регионах с низкой плотностью населения огромна, она представляет собой ключевую фигуру в сельском здравоохранении. В этих регионах сохранялся в основном многоуровневый характер оказания помощи, как на госпитальном, так и на догоспитальном этапе, с высоким уровнем оказания доврачебной помощи на догоспитальном этапе. В нашей стране развивался принцип

максимального приближения квалифицированной лечебно-профилактической помощи женщинам, проживающим в сельской местности (13,14). Главным принципом и основной составной частью системы помощи на селе является этапность. Высоко оценивая работы, посвященные этапности оказания помощи на селе, следует признать, что даже разработанные многочисленными алгоритмы и стандарты действия на этапах оказания помощи, зачастую оказываются формальными и не учитывают сложившиеся в регионе традиции ведения больных с той или иной патологией. В то же время, применение простейших стандартов и алгоритмов действия позволили значительно снизить частоту тяжелых осложнений гестации и репродуктивные потери (15). Одновременно, шел поиск и других новых организационных форм помощи: создание акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов (АТПК), переход на работу по принципу «семейного врача» (Г.П.Сквирская,1997), создание городских акушерских центров реанимации, гематологических и других (М.А.Репина и др.,1984, 1986), но все эти системы помощи в основном предназначались для использования в городских условиях (16,17,18).

Особого внимания заслуживает идея создания АТП-комплексов. Смысл ее заключается в функциональном объединении специалистов разного профиля для решения общей задачи. Идея возникла вследствие того, что 68% диагностических и тактических ошибок, повлекших репродуктивные потери, как выяснилось, обусловлены неблагоприятными медико-организационными формами. Основная, структурная единица комплекса – единый акушерско-терапевтическо-педиатрический участок, своего рода «бригадная форма семейного врача», работающая на единый конечный результат «здоровая мать - здоровый ребенок». Большую роль в комплексе играет контрольно-экспертная комиссия (КЭК), выполняющая не только экспертные функции, но и занимающаяся определением степени риска и прогнозированием исхода. Кардинальная идея создания комплекса – технология совместного наблюдения (ТСН) беременной специалистами разного профиля. В Киргизии присоединили к комплексу стоматологическую и зубопротезную службы. Интересна организационная технология, предложенная М.А.Гулиной (1998). Указывая на то, что антенатальная помощь за рубежом базируется на парных функциях: подготовка супругов к рождению ребенка – здоровое воспитание; охрана матери и плода – предупреждение материнских проблем; лечение симптомов в амбулаторных условиях как у матери, так и у отца, она предлагает работу по принципу сквозной акушерско-гинекологической бригады: женская консультация поликлиники - акушерско-гинекологическое отделение стационара.

В соответствии с концепцией реформирования первичной медико-социальной помощи в последнее время все большее внимание уделяется развитию общеврачебной (семейной) практики. Необходимость перехода к семейной медицине продиктована тем, что в настоящее время изменился характер патологии, специалистов стало больше, они все чаще работают в самостоятельном режиме, независимо от участкового врача. Роль последнего значительно снизилась, как снизилась и роль специалистов на уровне их первых контактов с пациентами. Необходим стал врач, способный взять на себя все первые контакты, своевременно обратиться за советом к более высококвалифицированным специалистам второго уровня и, при необходимости, направить пациента в стационар. В сложившихся условиях врач общей практики фактически является системообразующим фактором. При этом предполагается в сельских лечебно-профилактических учреждениях организовать работу по принципу семейного врача, оказывающего медицинскую помощь населению вне зависимости от пола и возраста (Г.П.Сквирская, 1997). Возможны несколько путей перехода к врачу общей практики (ВОП): использование принципов групповой практики в системе АТПК; подготовка врачей общей практики в медицинской высшей школе. Если в 1997г. в России трудилось около 300 ВОП, к концу 2000г. их было подготовлено свыше 5000. Наибольшее развитие общеврачебная практика получила в Самарской, Тульской, Кемеровской, Тверской областях, г. Санкт-Петербурге и Москве (Материалы I Всероссийского съезда врачей общей практики, 2000). Деятельность врача общей практики оказывает влияние на репродуктивное здоровье и репродуктивные потери. Первые семейные врачи появились и в сельских районах. Несомненно, это одна из самых перспективных организационных моделей здравоохранения. По мнению М.Виенонена (2000) необходимо реформировать систему здравоохранения на фундаменте первичной медико-социальной помощи, а центральной фигурой сделать врача общей практики (19,20).

Создание однодневных диагностических стационаров для комплексного обследования беременных с целью выявления ранних признаков гестоза было предложено в Свердловске. В объем обследования в таком стационаре, кроме общеклинических методов, входили тетраполярная реовазография, биомикроскопия сосудов конъюнктивы, кардиоотография. К сожалению, широкого распространения в России эта организационная технология не получила за исключением Самарской и некоторых других областей (21). Согласно докладу Исследовательской группы ВОЗ по функциям больниц первого уровня (1995), перспективой развития больничных коек благодаря расширению амбулаторного обслуживания и оказанию помощи в дневных стационарах. По мнению экспертов, непосредственный доступ в больницу должен быть открыт только пациентам в тяжелом состоянии, нуждающимся в экстренной медицинской помощи; недопустимо стационарирование по «социальным причинам». Рациональному использованию коечного фонда посвящено много работ зарубежных исследователей, в том числе и по проблеме дневных стационаров. Нашла отклик идея развития внебольничных видов помощи и в России. По данным Р.Б.Салтмана и Дж.Фигерраса (2000) число больниц в России за 5 лет (1990-1994) снизилась на 5%, коек – на 9%. В условиях кризисного развития

российского общества, крайне недостаточного финансирования здравоохранения, появления новых эффективных диагностических и лечебных технологий невозможно было развиваться по затратному, экстенсивному пути. Стационарзамещающие технологии, являясь более экономичными и в то же время эффективными, прочно заняли свое место в отечественном здравоохранении. Хорошо зарекомендовали себя дневные стационары в терапии. Оригинальной формой стали «стационары одного дня» хирургического и гинекологического профиля. Получили развитие дневные стационары и в акушерстве. По мнению В.А.Резника, дневной стационар акушерско-гинекологического профиля является современной эффективной формой родового патронажа; необходим правильный отбор контингента пациенток для лечения в условиях дневного стационара, для чего была разработана шкала выявления риска неэффективности лечения в условиях дневного стационара женской консультации. Среди пролеченных беременных (дневные стационары женских консультаций г.Санкт-Петербурга) 26,1% были с гестозом, 20% - с фетоплацентарной недостаточностью, 15,7% - с анемией. Среди гинекологических пациенток 45,7% госпитализировались для проведения лечебно-диагностических мероприятий, 40% - на мини-аборт, 7,8% - с хроническими воспалительными заболеваниями, 6,3% - с нарушениями цикла (22,23,24,25).

За рубежом в начале 70 годов, прошлого столетия активно разрабатывалась идея создания региональных служб перинатальной помощи. Работа проводилась перинатологами в целях снижения перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Сущность концепции заключалась в создании координированной взаимодействующей системы лечебных учреждений региона, направленных на своевременное выявление беременных из группы высокого риска и оптимальное использование эффективных методов акушерской и педиатрической помощи. Деятельность головного учреждения – перинатального центра – «замыкалась» на весь регион, а не только касалась непосредственно деятельности самого учреждения. С конца 80 годов перинатальные центры начали развиваться и в нашей стране, в 1999г. их более уже 65, и сейчас нельзя недооценивать роль центров в снижении материнской, перинатальной и младенческой смертности в стране. Перинатальные центры, являясь коллекторами тяжелой акушерско-гинекологической патологии со всего региона, организуют выездную консультативную и лечебную помощь, становятся методическими центрами по внедрению новых медицинских и организационных технологий. Создание в Донецкой области региональных перинатальных центров позволило в 2,5 раза снизить материнскую, на 7% - перинатальную смертность (26,27).

Новая организационная структура, позволившая значительно улучшить работу по предупреждению нежеланной беременности, повысить контрацептивную грамотность населения – служба планирования семьи. По определению ВОЗ, планирование семьи включает в себя предупреждение нежелательной беременности, выбор времени деторождения в зависимости от возраста, состояния здоровья родителей, а также для рождения только желанных детей. В последнее время все большее внимание уделяется развитию инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку». Основная идея движения – поддержание грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях. По данным отчета о внедрении инициативы в России (2001), отмечаются хорошие результаты: частота маститов в родильном доме №4 г. Владивосток за 4 года снизилась с 18,0 до 0,8%, трещин сосков – с 46 до 0,1%. В Волгоградской области, где на конец 2000г. 99% акушерских коек переведены на совместное пребывание, частота гнойно-септических заболеваний у новорожденных снизилась с 10,1 на 1000 в 1997г. до 2,7 в 2000г. Младенческая смертность в Волгоградской области от экзогенных причин снизилась с 5,1 в 1995г. до 3,1 на 1000 в 2000г (28).

Важнейшим направлением в совершенствовании организации и управления медицинской помощи являлась разработка системы медицинской помощи и медицинских технологий. Вопросы повышения качества помощи, особенно в условиях сельской местности, стоят в поле зрения организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов и врачей других специальностей. Заслуживают внимания разрабатываемые и внедряемые в деятельность учреждений скрининговые программы, предусматривающие доклиническое выявление факторов риска, угрожающих здоровью, и своевременность их коррекции (29). За рубежом основным направлением в разработке путей повышения эффективности и качества медицинской помощи являлась разработка и определение стандартов, критериев качества медицинской помощи.

По мнению отдельных авторов, важнейшим условием является определение цели, формирование критериев качества и установления стандартов. Исходя из этого положения, отдельные авторы предложили под обеспечением качества понимать предоставление медицинской помощи определенного уровня, а систему его оценки проводить по заранее установленному стандарту. Медицинский стандарт – упорядоченный список нозологических форм и их групп по МКБ с соответствующим перечнем диагностических и лечебных процедур, проведение которых должно быть гарантировано большой и обеспечить возможно высокий достижимый результат лечения (30). Таким образом, обобщая все приведенные выше данные, можно сказать, что как в отечественном, так и в зарубежном здравоохранении разработано много организационных технологий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. Эффективность технологий различна как в медицинском плане, так и в экономическом, к тому же, не все технологии достаточно адаптированы к условиям сельского здравоохранения, что заставляет искать новые организационные решения. Таким образом, из обзора литературы видно, что несмотря на большое количество работ по освещаемым проблемам, целый ряд вопросов не нашел должного отражения в отечественной и зарубежной литературе: - состояние репродуктивного

здоровья, включая репродуктивное поведение и репродуктивные потери женщин, проживающих в сельской местности в разные периоды жизни; - влияние внедрения организационных технологий на состояние репродуктивного здоровья населения; - адаптация современных организационных технологий к особенностям сельской местности в условиях реформирования здравоохранения; - пересмотр сложившихся технологий оказания медицинской помощи в сельской местности (этапность, централизация помощи и др.) с учетом внедрения новых; - стандарты оказания помощи на разных этапах оказания помощи, включая медико-экономические стандарты; - компьютерные технологии для руководителя акушерско-гинекологической службы разного уровня, позволяющие совместить несколько функций: статистика, управление, диспансеризация, мониторинг, экспертиза качества. Значимость решения этих проблем для оптимизации оказания акушерско-гинекологической помощи жительницам села в южном регионе послужила основой выбора нашего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аманжолова З.Д., Кобзарь Н.Н., Жакашева Э.К., Алимбек А.А. Перинатальная, материнская смертность, методы родоразрешения при тяжелых формах позднего гестоза. // Акушерство, гинекология и перинатология. – Алматы. – 2003. - №2 (14). – С.30-31.
2. Фролова О.Г., Петухов В.Г. Некоторые критерии качества акушерской помощи. // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1996. - №3. – С.185-187.
3. Тимошенко Л.В., Авраменко А.И., Карась Г.В. и др. Организация медицинского обслуживания женщин в сельской местности. – Киев. – 1984.
4. Тимошенко Л.В., Григоренко Е.П. Медицинское обслуживание беременных в сельской местности и мероприятия по снижению перинатальной заболеваемости и смертности. // Вестник АМН СССР. – 1987. - №4. – С.56-60.
5. Аскалонов А.А. Система управления качеством медицинской помощи сельскому населению агропромышленного региона. // Методические рекомендации. – МЗ СССР. – Барнаул. – 1988. – 19с.
6. Галкин Р.А., Линева О.И., Павлов В.В., Каткова Л.И. // Профилактика – основа деятельности врача первичного звена: Материалы VI межрегионального съезда акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов. – Самара.- 1999. – С.14-15.
7. О мерах по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению. / Решение Коллегии МЗ РК по основным мерам «В годы аула» на 2003-2005гг.
8. Шуминас М.М. Медицинская помощь жителям села в условиях агропромышленного комплекса. – Ленинград. – 1988. – 136с.
9. Савенкова Н.А., Кулаков В.И., Соболев В.Б. Опыт работы акушерско-гинекологических учреждений Московской области по обследованию жительниц сельской местности. // Тезисы докладов V съезда акушеров-гинекологов РСФСР. – Москва. – 1982. – С.8-10.
10. Паллади Г.А., Чердниченко Р.М., Стратилэ М.С. Основные направления развития акушерско-гинекологической службы в сельской местности Молдавской ССР. // Актуальные проблемы сельского здравоохранения. – Кишинев. – 1987 – Ч.2. – С.49-50.
11. Гаджиев Р.С. Основы управления и организации труда в центральной больнице. – Москва. – 1983. – 176с.
12. Мельников М.М. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности. // Тезисы докладов V съезда акушеров-гинекологов РСФСР. – Москва. – 1982. – С.7.
13. Кальченко Е.И., Басистова Т.А. Санитарное просвещение в деятельности врачей. // Советское здравоохранение. – 1984.- №11. – С.37-40.
14. Фофанов В.П., Дмитриева Н.В. Основные направления развития медицинской помощи сельскому населению. – Москва. – 1983. – 60с.
15. Городков В.Н., Васильева Т.П., Посисеева Д.В. и др. Организационный аспект профилактики материнской и детской смертности. – Москва. – 1988. – С.11-16.
16. Репина М.А., Рябцева И.Т., Семенова И.М. Организационные мероприятия по профилактике тяжелых осложнений в акушерской практике. // Акушерство и гинекология. – 1984. - №7. – С.41-42.
17. Репина М.А., Федорова З.Д., Иванова В.Д. и др. Опыт работы Ленинградского городского гематологического центра по профилактике акушерских кровотечений. // Тезисы докладов Пленума правления Всесоюзного научного общества акушеров-гинекологов. – Ташкент. – 1986. – С.104-105.
18. Чернова Н.Е. Акушерско-терапевтическо-педиатрическо-стоматологические комплексы (АТПСК) – основа перестройки организации охраны здоровья женщин и детей. // XV Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. – Донецк. – 1989.-С.750-751.
19. Щепин О.П., Овчаров Н.К. Сравнительный анализ состояния и моделей организации первичной медицинской помощи в Российской Федерации и за рубежом. Подходы к ускорению реформы. // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. – Самара. – 2000. – С.14-17.
20. Галкин Р.А. Реформирование здравоохранения Самарской области: итоги, проблемы, перспективы. // Состояние и перспективы развития здравоохранения в регионах России. Межрегиональная научно-практическая конференция. – Самара. – 1998. – С.47-56.
21. Башмакова Н.В., Юрченко Л.Н., Цивьян П.Б. и др. Доклиническая диагностика токсикоза I половины беременности в условиях однодневного стационара. – Акушерство и гинекология. – 1990. - №11. – С.38-41.

22. Копейкин М.А., Шабунова А.А. Статистический анализ репродуктивного здоровья населения Вологодской области. // Математическое и компьютерное моделирование социально-экономических процессов. – М.: ЦЭМИ РАН, 2004. – Вып.3. – С.108-119.
23. Суслика Е.А., Линева О.И., Гаврилова Т.А., Богдан З.В. // Профилактика – основа деятельности врача первичного звена: Материалы VI межрегионального съезда акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов. – Самара. – 1999. – С.80-81.
24. Атаева А.Т. Научное обоснование новых организационных форм медицинского обеспечения женщин с патологией беременности в Туркменской ССР. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. – 1989. – 24с.
25. Резник В.А. Роль стационарозамещающих технологий в системе акушерско-гинекологической помощи. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб. – 2000.
26. Хамадиянов У.Р., Кульмухаметова Н.Г., Ямалетдинов Х.М. и др. Роль перинатального центра в профилактике осложнений беременности и родов у женщин группы высокого риска материнской и перинатальной патологии. // Здравоохранение Башкортостана. – 1998. - №5. – С.13-16.
27. Козловская Е.В., Пономарев В.А., Волик Г.В. Роль службы санитарной авиации в профилактике материнской смертности. // Профилактика – основа деятельности врача первичного звена: Материалы VI межрегионального съезда акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов. – Самара. – 1999. – С.60-61.
28. Прогнозирование и профилактика акушерской патологии. / Под редакцией Михайленко Е.Т., Жученко П.Г. – Киев. – 1989. – 224с.
29. Lembcke P.A. Medical auditing by scientific metod. // J.of the American Med.Ass. – 1956. – Vol.162. – P.646-655.
30. Mason R.S. International training in quality assurance. // Wtd. Hosp. – 1985. – Vol.21.- N.2. - P.6-7.

УДК 616.72-002.2:614.2

ОСТЕОАРТРОЗ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

А.Е. Туртаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Больной с диагнозом остеоартроз (ОА) обречен страдать суставной болью всю жизнь. Одним из основных вопросов лечения является снижение боли при ОА с учетом коморбидности и улучшения качества жизни больного. ОА – самое частое заболевание суставов, клинические симптомы которого наблюдаются более чем у 10-20% населения земного шара [1]. Раньше ОА рассматривался как дегенеративное заболевание суставов, но изучение патогенеза позволило пересмотреть определение. В основе развития и прогрессирования ОА лежат генетическая наследственность, биохимические, метаболические нарушения, частично возрастные изменения. Современное определение, ОА- гетерогенная группа заболевания различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава: хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц [2,3,4].

В первом десятилетии XXI века во всем мире изучались заболевания костей и суставов. Медицинская общественность Республики Казахстан под руководством профессора А.Д. Каркабаевой выполняла научно-техническую программу «Разработка научно-обоснованных подходов совершенствования ревматологической помощи в Республике Казахстан». В популяции среди лиц старше 15 лет, по данным эпидемиологического исследования, включившего обследование 33130 человек, клиническое проявление ОА были выявлены у 10,65 % [5]. Установлено, что 41,2%, из них выявлены впервые при эпидемиологическом исследовании, 1/3 больных не находятся под диспансерным наблюдением. В популяционном исследовании установлена связь между числом болезни, болью и качеством жизни у пациентов с ОА кистей, колена и бедра (Cimmino M.A. et al., 2005). ОА создает большие социальные проблемы обществу. По данным ВОЗ, ОА вызывает ухудшение качества жизни больных, в 10% случаях он является причиной инвалидности, привлекая значительные финансовые затраты со стороны больного, его семьи, родственников и общества. Самая распространенная форма поражения суставов ОА должна рассматриваться как междисциплинарная проблема, проблема касающаяся всех медицинских работников. Основанием является: во-первых, ОА – фактор дестабилизации течения разнородной соматической патологии; во-вторых, попытки самолечения приводят к дополнительным медицинским проблемам; в-третьих, высокая частота осложнений при коморбидных состояниях; в-четвертых, нереальность обеспечения, необходимого мониторинга за огромным числом пациентов с помощью одних специалистов ревматологов. Лечение ОА с сопутствующими заболеваниями – актуальная проблема. И это должно акцентировать внимание врачей всех звеньев.

ОА распространен больше у лиц пожилого возраста. Например, в США до 70% населения в возрасте старше 65 лет имеют определенные признаки заболевания [6]. Основным клиническим проявлением ОА является боль в суставах, чувствительность при механическом воздействии, ограничение подвижности, крепитация. При ОА поражаются коленные (гонартроз), тазобедренные (коксартроз), мелкие суставы кистей (дистальные межфаланговые суставы - узелки Гебердена, проксимальные межфаланговые суставы – узелки

Бушара) и суставы позвоночника. При развитии вторичного синовита может появиться повышение температуры тела над больным суставом. ОА – заболевание с высоким уровнем коморбидности [Kadam V.T. et al., 2004, Caporali R et al, 2005]. У больного одновременно имеют место несколько сопутствующих заболеваний. Болевой синдром сустава при ОА является основным клиническим проявлением, и включает ряд причинных факторов [7,8]. Суставы связаны с другими тканями и системами организма морфофункционально, боль при ОА - интраартикулярная, параартикулярная и экстраартикулярная (Хитров И.А., 2010). Интраартикулярная боль возникает под влиянием физической нагрузки, который стихает за период отдыха. Боли могут возникнуть ночью, связанное с венозным стазом, повышением кровяного внутрикостного давления в спонгиозной кости. Боли усиливаются под влиянием неблагоприятных метеорологических условий – изменение атмосферного давления, температуры, влажности, которые могут воздействовать на интраартикулярные бароцентры сустава. Боль, обусловленная трением суставных поверхностей, на которых оседает дендрит – кратковременная «стартовая» боль. В процессе движения в суставе дендрит выталкивается из суставной щели и боль прекращается. Вследствие ущемления «суставной мышцы» - костного или хрящевого фрагмента между суставными поверхностями может развиться резко выраженный болевой синдром – блокада сустава. При этом больной не может двигаться. Блокаде коленного сустава способствует дегенеративная менископатия. При поражении околосуставного аппарата возникает параартикулярная боль. При ОА у пожилых ишемические, фиброзно-склеротические нарушения, кальцифицирующие тендиниты приводят к воспалительным и дистрофическим изменениям в параартикулярных структурах с болевым синдромом. Сопутствующие заболевания: атеросклеротическое дисциркуляторное поражение ЦНС с парестезией нижних конечностей, застойная сердечная недостаточность по большому кругу кровообращения, атеросклероз сосудов нижних конечностей вызывают экстраартикулярную боль.

Лечение ОА начинается со знакомства с больным, с жалобами на боли в суставах. Сбор подробного анамнеза, внимательная интерпретация результатов лабораторных и инструментальных анализов предполагает достоверный диагноз ОА и сопутствующих заболеваний. Врач курируемый больным ОА в коморбидном состоянии имеет дополнительные проблемы в лечении. Врач должен определить совместимость препаратов для конкретного больного индивидуально, переносимость, учесть возможные осложнения и противопоказания. Несмотря на ограниченность времени у врача, подготовительно-разъяснительная беседа с пациентом располагает его, вызывает доверие к профессиональной компетентности лечащего врача и способствует достижению лучших результатов лечения. Врач должен обучать больного методам снижения нагрузки на сустав: уменьшить массу тела; исключить длительную ходьбу; сократить время нахождения на ногах стоя; не переносить тяжести.

Объяснить значение своевременного приема лекарств, соблюдение диеты, выполнение лечебной физкультуры в положении сидя или лежа, для укрепления околосуставных мышц. Лечение физиотерапевтическими методами, как процедуры холодом, теплом, чрескожной электростимуляции, которые обладают обезболивающим эффектом. Дегенеративно разрушенные суставы ОА операцией заменяются искусственными, т.е. не разработан конкретный механизм воздействия лекарственными препаратами [7,9]. Предотвращение прогрессирования потери хряща («модификация структуры хряща») при ОА нерешенная проблема медицины (Е.Л. Насонов, 2001). Боли при ОА и подавление их основная задача фармакотерапии. Применяются анальгетики неопиодные, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и естественные компоненты хряща (хондроитин сульфат, гликозамин сульфат). Простые анальгетики как парацетамол (до 4 г/сут) назначается больным с ОА без признаков синовита, присутствие воспаления снижает эффективность, необходимо назначать НПВП [10,11].

Европейская лига ревматологов EULAR (2003) и международная организация по изучению ОА – OARSI (2008) рекомендуют НПВП, которые блокируют фермент циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2), активно синтезирующего в очагах тканевого повреждения. По отношению к ЦОГ-2 все НПВП делят на селективные - нимесулид, мелоксикам, целекоксиб и неселективные – диклофенак, ибупрофен, салицилаты, индометацин, фенпрофен ит.д. По новым данным, неселективные НПВП при систематическом применении в течение 4-6 месяцев ускоряют деструкцию хряща, угнетая синтез простагландинов, пролиферацию хондроцитов, ингибируя ферменты, необходимые для синтеза гликозаминогликанов [12,13,14]. Тиопрофеновая кислота 5 мг/кг (НПВП, низкая доза) в эксперименте *in vitro* снижала деградации протеогликановых агрегатов и повышало активность хондроцитов, а введения терапевтических доз – к потере протеогликанов из хрящевой ткани [15]. Побочные действия неселективных НПВП связано с подавлением ЦОГ-1, который играет важную роль в защите слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Более безопасным являются селективные НПВП (ингибиторы ЦОГ-2), их прием не влияет на течение артериальной гипертензии, ЖКТ, но у больных с заболеваниями сердечно-сосудистых систем требуется назначение низкой дозы ацетилсалициловой кислоты. При длительном лечении диклофенаком и тирофеновой кислотой происходит гибель остеоцитов в субхондральной кости [16]. Выраженный анальгетический эффект наблюдается при применении структурно-модифицирующих препаратов: хондроитин сульфат (ХС) и гликозамин сульфат (ГС) [17,18,19]. ХС и ГС (по 1000 – 1500 мг/сут) всасываются через ЖКТ и накапливаются в полости сустава, не имеют побочных действий, позволяют снизить дозу НПВП. При обострении синовита у больных ОА показаны внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов (ГКС). ГКС вводят в пораженный участок не более двух раз в год [7].

Таким образом, медико-социальные проблемы, связанные с остеоартрозом, очевидны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Houpt J.B., McMillan R. et al. «Effect of treatment of glucosamine hydrochloride in the treatment of pain in osteoarthritis of the knee». J. Rheumatol., 1998, 25, suppl. 52:8.
2. Osteoarthritis. K.D. Brandt, M. Doherty, L.S. Lohmander ed. Oxford Univ Press, 1998.
3. Felson D.T., Lawrence R.C. et al. Ann Intern Med 2000; 133: 635-46.
4. Creamer P, Hochberg MC. Lancet 1997; 350: 503-8.
5. Отчет научно-технической программы. – «Разработка научно-обоснованных подходов совершенствования ревматологической помощи в Республике Казахстан». - 2008.
6. Lawrence R.C., Brummer Jm, Bier F. «Osteoarthritis prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes» Ann Rheum Dis. 1966; 25:1-24.
7. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005. – С. 99 – 111.
8. Цурко В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии. – М.: Изд. «Нью-диамед», 2004. – 136 с.
9. Brandt K.D. Diagnosis and nonsurgical management of osteoarthritis. Professional communications, 2000. – 304 p.
10. Wolfe F., Zhao S., Lane. Arthritis Rheum 2000; 43: 378-85.
11. Pincus T., Swearingen C., Cummings P., Callahan L.F. J Rheumatol 2000; 27: 1020-7.
12. Doherty M. «Chondroprotection by nonsteroidal anti-inflammatory drugs». Ann. Rheum. Dis., 1989, V.48: 619-621.
13. Ostensen M. «Cartilage changes in arthritis do non-steroidal antiphlogistics have positive or negative effects?» Tidsskr-Nor-Laegeforen, 1991, V. 111, 838-840.
14. Meyer-Carrive I., Ghosh P. «Effects of tiaprofenic acid (Surgam) on cartilage proteoglycans in the rabbit joint immobilization model». Ann. Rheum. Dis., 1992, V.51: 448-455.
15. Vries B.J., Van der Berg W. «Impact of NSAIDS on murine antigen induced arthritis. A light microscopic investigation of anti-inflammatory and bone protective effects». J. Rheum., 1990, V 17: 295-303.
16. NcAlindon T.E., La Valley M.P., Culin J.P., Felson D.T. JAMA 2000; 283: 1469-75.
17. Pendelton A., Arden N., Dougados M. et al. Ann Rheum Dis 2000; 59: 936-44.
18. Deal C.L., Moskowitz R.W. Rheum Di North Amer 1999; 25: 379-95.
19. Reginster J.Y., Gillot V., Bruyere O., Henrotin Y. Curr Rheumatol Rep 2000; 2: 472-7.

УДК:616.34-008.314.4-053.2:579.62.

**МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА В НОРМЕ И ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗАХ У ДЕТЕЙ
(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

*Б.Т. Сейтханова, Ш.Ж. Курманбекова, Г. М. Лобачевская, Н.З. Шапамбаев
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Городская детская поликлиника №1, г.Шымкент
Казахский национальный университет им.Асфендиярова, г.Алматы*

ТҮЙІН

Әдебике шолуда нәресте ішегіндегі қалыпты микрофлораның иммундық жүйе үшін маңыздылығы. Ішек аутофлорасының рахитке және анемияға, аллергияға қарсы қасиеті және дисбактериоздың дәрежелері мен оның диагностикасы мен емі, ішек микрофлорасының сандық сапалық микрофлорасының өзгеруі ағзаның бейспецификалық қорғаныс факторының қызметінің төмендеуімен тығыз байланысты екендігі баяндалған.

SUMMARY

In the country accumulated significant experiences in improvement of organization obstretic- genecological helps of inhabitants of village, as ways of conservation of reproductive health, reproduction of reproductive health reduction of reproductive lass.

Организм человека и его микрофлора составляют сложную экосистему, равновесие которой служит в качестве удивительного примера взаимной адаптации. Одним из важнейших факторов сохранения кишечного зубиоза является колонизационная резистентность кишечника. Вместе с тем, микрофлора желудочно-кишечного тракта представляет собой высокочувствительную индикаторную систему, которая реагирует количественными и качественными сдвигами на нарушения гомеостаза. Особо следует подчеркнуть роль и значение иммунной системы как ведущего фактора, влияющего на состояние микрофлоры. [1,3,4]. По современным представлениям нормальная флора кишечника является важным звеном в системе защиты организма и сохранения постоянства его внутренней среды. Основными представителями микрофлоры толстого кишечника являются: анаэробы (бифидобактерии и лактобациллы, бактероиды) : аэробы (кишечная палочка) - это индигенная (аутохонная, облигатная), постоянно встречающаяся флора; добавочная или факультативная флора (стафилококки, грибы) и транзиторная, случайная (аллохтонная) - условнопатогенная флора; (клебсиеллы, протей, клостридии и др). Хорошо известно, что индигенные микроорганизмы являются одним из главных протективных факторов, защищающих от колонизации патогенными бактериями организм

человека. Нормальная флора, вырабатывая антибиотические вещества и создавая кислую среду, продуцируя уксус, муравьиную, янтарную и молочную кислоты, препятствует размножению условно-патогенной флоры, нормализуя перистальтику кишечника. [2,6,5] Исключительно важную роль индигенная флора играет в процессах пищеварения и обмена веществ, что обеспечивается возможностью выработки значительного количества ферментов, непосредственно участвующих в метаболизме белков, жиров, углеводов, нуклеиновых, желчных кислот и холестерина, в водно-электролитном обмене, способствующих всасыванию кальция, железа, витамина D. Кроме того, индигенная флора способна синтезировать необходимые организму вещества, в том числе витамины группы B, никотиновую и фолевую кислоты, витамин K, аминокислоты (незаменимые), биологически активные соединения, участвующие в физиологических реакциях желудочно-кишечного тракта. Особенно важную роль микрофлора играет в механизмах формирования иммунитета и неспецифических защитных реакциях в постнатальном развитии организма, поддерживая высокие уровни лизоцима, секреторных иммуноглобулинов, ИФН, цитокинов, пропердина и комплемента.

Аутофлора кишечника обладает также антирахитическими и антианемическими свойствами, оказывает антиаллергическое действие и принимает участие в осуществлении печеночно-кишечной циркуляции важнейших компонентов желчи. [5,6,12]. Состав микрофлоры кишечника меняется в течение жизни человека. Длительное эмбриональное развитие в утробе матери рассматривается как ценнейший эволюционно приобретенный механизм адаптации плода и его иммунологического аппарата к микрофлоре матери и семьи. В момент появления на свет новорожденный автоматически обсеменяется естественной микрофлорой материнского организма. Вторым источником получения микроорганизмов - госпитальная среда, она в большей степени влияет на формирование микробиоценозов организма новорожденного из-за незрелости и несовершенства его иммунной системы. Характер микробиоценоза кишечника у ребенка первого года жизни находится в прямой зависимости от вида вскармливания. В грудном молоке содержится (3-лактоло-фермент, который стимулирует размножение бифидобактерий, что сопровождается появлением кислой среды и задержкой роста гнилостных бактерий). Даже прием донорского молока в родильном доме извращает нормальное течение процесса колонизации кишечника. [7,8,10] Исследования, проведенные в последние два десятилетия, показали, что защитные механизмы грудного молока связаны с появлением иммунозащитных субстанций на слизистой желудочно-кишечного тракта, которые способны приспосабливаться и сохранять свои свойства в неблагоприятной среде и вызывать гибель некоторых микроорганизмов, благодаря синергичным воздействиям.

Некоторые компоненты молока способны связывать микробы в желудочно-кишечном тракте, препятствуя проникновению их в слизистую. Поскольку кишечник новорожденного нежен, и избыток биологически активных веществ, образующихся при воспалении, может вызвать значительные повреждения, поэтому особенно важно, что протективное действие молока не связано с возникновением воспалительной реакции. [9,11] В работах последних лет отмечается, что в молоке могут встречаться различные условно-патогенные микроорганизмы, количество которых у 85,7% женщин разнится в пределах нормы. Эта условно-патогенная флора, попадая к ребёнку, не всегда приживается в кишечнике. Также выяснилось, что отсутствует прямая зависимость между наличием условно-патогенных микробов в материнском молоке и степенью выраженности дисбактериоза кишечника у ребенка. Рассмотренные данные указывают на возможность участия неспецифических факторов грудного молока в осуществлении пассивной защиты желудочно-кишечного тракта новорожденного человека против инфицирующего воздействия кишечной микрофлоры. [12,14,17,].

Особенностями формирования микрофлоры кишечника у здоровых доношенных новорожденных детей в современных условиях являются раннее заселение кишечника аэробными бактериями, замедленная их редукция и более длительный ход становления бифидофлоры. Отмечается стабильное преобладание бифидобактерий к 8-9 суткам (удельный вес их должен составлять 85-90% от общего веса высеваемых микробов), аэробные микроорганизмы в сумме не должны превышать 10-15%. Состав микрофлоры кишечника у здорового ребенка, как правило, весьма вариабелен и зависит от многих факторов: здоровья матери, характера питания, возраста, окружающей среды и др. При этом частота выделения условно-патогенной микрофлоры у детей на первом году жизни колеблется в широких пределах. Эти изменения в микрофлоре кишечника в большинстве случаев не сопровождаются какими-либо патологическими состояниями и могут самостоятельно исчезать при устранении причины, их вызвавшей. При повышении итоговой величины воздействующих на организм экзогенных и эндогенных факторов микробиоценозы выходят из состояния биологического равновесия, что в свою очередь, сопровождается возникновением микробиологических и иммунных нарушений.

Этот процесс может привести к возникновению дисбактериоза. [11] Под дисбактериозом кишечника следует понимать изменения количественного и качественного состава индигенной и нормальной эндогенной микрофлоры в сторону уменьшения количества бифидо- и лактобактерий, нормальной кишечной палочки и увеличения числа микроорганизмов, обычно отсутствующих в кишечнике, или встречающихся в незначительном количестве (условно-патогенные микроорганизмы). Дисбактериоз является одной из причин заболеваемости детей, находящихся на искусственном типе вскармливания. Широкое распространение дисбактериозов способствует увеличению частоты и тяжести острых и хронических заболеваний, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта. Дисбактериоз кишечника выявлен практически у всех больных с гастроэнтерологической патологией, у 93-98% детей с кожными проявлениями пищевой аллергии.

Дисбактериоз встречается у 62% у детей с гастродуоденальной патологией и в 83% при заболеваниях кишечника. [16,19]. В настоящее время дисбактериоз рассматривается как срыв адаптационных возможностей организма, на фоне которого ослаблена защита организма от инфекционных и других неблагоприятных факторов. Дисбактериоз, как правило, сопряжен с нарушениями в состоянии иммунной системы. Очевидно, нарушение нормофлоры, состояние иммунного статуса и проявление болезни следует рассматривать в единстве, причем роль пускового механизма в каждом конкретном случае может принадлежать любому из этих компонентов триады дисбактериоза, иммунному статусу или патологическому процессу. Угнетение общей реактивности организма при дисбактериозе кишечника повышает восприимчивость к инфекционным заболеваниям, аллергическим реакциям, затяжному течению болезней. Дисбактериоз кишечника является синдромом со всегда вторичным состоянием. В свою очередь, он существенно меняет состав внутренней среды кишки, что нарушает пищеварительные процессы, оказывает повреждающее действие на кишечную стенку и усугубляет уже имеющуюся мальабсорбцию.

Таким образом, через дисбактериоз кишечника замыкается порочный патогенный круг. [11,17,] Частота встречаемости дисбактериоза, по данным разных авторов, у детей варьирует, составляя в среднем 14,5%. К моменту выписки из родильного дома; только около 30% детей имеют нормально сформированную микрофлору кишечника. В последние годы прослеживается четкая тенденция к росту дисбиотических состояний среди здоровых детей раннего возраста. У детей от одного года до двух лет дисбактериоз кишечника встречается в 8,6% случаев, от 2-х до 3-х лет от 7,8% случаев до 48,5%, у здоровых детей ясельного возраста дисбактериоз встречается в 33-50% случаев. Среди основных причин, приводящих к повышению процента контаминации условно-патогенной флоры, следует выделить следующие: 1) состояние общей иммунологической реактивности ребенка в целом, 2) нарушения в системе местного иммунитета, 3) условия пребывания в родильном доме. Их можно разделить на причины экзогенного (климато-географические и экологические условия) и эндогенного характера.

К эндогенным факторам следует отнести инфекционные и соматические болезни, нарушения в режиме питания, медикаментозную терапию, а также наличие иммунодефицитов. У детей раннего возраста дисбактериозы чаще всего связаны с несовершенством защитных реакций организма, а также с факторами риска, которым подвергается ребенок с момента рождения. Многие авторы на первое место по риску развития дисбактериоза выводят антибиотикотерапию, кишечные инфекции, иммунодефициты, операцию кесарева сечения, сердечно-сосудистые заболевания матери и токсикозы беременности, позднее прикладывание к груди, искусственное вскармливание, поскольку у детей, находящихся на естественном вскармливании, процент аэробов и анаэробов в микробиоценозе кишечника соответственно составляет 52% и 48%, а у «искусственников» - 32% и 63%. [11,17,18]. Причем у «искусственников» дисбактериоз протекает в суб- и декомпенсированных формах, носит более распространенный характер и требует длительной коррекции. Одной из основных причин развития дисфункций кишечника у новорождённых детей являются сочетанные нарушения бифидофлоры и аэробной микрофлоры. В практической деятельности важно учитывать степень выраженности дисбактериоза. Различают от трех до четырех степеней: компенсированный дисбактериоз, или дисбиотическая реакция, субкомпенсированный и декомпенсированный дисбактериоз. Чаще всего дисбактериоз встречается в компенсированной, латентно -текущей или в субкомпенсированной формах. Клиническая картина дисбактериоза зависит от микробиологического варианта (степени дисбактериоза), возраста ребенка, состояния реактивности организма. Выделяют дисбактериоз латентный (субклинический), местный (локальный), распространенный, протекающий с бактериемией, распространенный, протекающий с генерализацией инфекции, сепсисом.

Диагностика дисбактериоза основана на анализе анамнестических, эпидемиологических данных, клинических признаков и результатов бактериологического исследования. Лабораторная диагностика дисбактериоза основывается на рутинных методах копрологического исследования, биохимического исследования кишечного содержимого, бактериологического исследования соскоба со слизистой двенадцатиперстной кишки при эндоскопическом исследовании, прямой кишки, а также кишечного содержимого, желчи и анализа фекалий на дисбактериоз. Наиболее распространенным методом является определение состава фекальной микрофлоры, отражающей микробный состав дистальных отделов кишечника. К оценке результатов бактериологического исследования фекалий следует подходить дифференцированно. Необходимо отличать так называемые «дисбактериозные реакции» от истинного дисбактериоза. Для этого необходимо выполнение 2-3-кратных исследований с интервалом не менее 14 дней. [11,17,15]. При истинном дисбактериозе, как патологическом состоянии, изменения в составе и количестве микрофлоры констатируются довольно длительно и, как правило, коррелируют с течением основного заболевания. Подчеркнем, что диагноз дисбактериоза основывается на результатах бактериологических исследований фекалий в совокупности с клинической картиной болезни. Поэтому подходы к оценке дисбактериоза, степени его выраженности, значимости тех или иных качественных и количественных сдвигов, должны быть дифференцированы и связаны с клиникой, а заключение врача-лаборанта о степени дисбактериоза нельзя считать клиническим диагнозом. - дисбактериоз I степени (латентная, компенсированная форма) характеризуется незначительными изменениями в аэробной части микробиоценоза (увеличение или уменьшение количества кишечной палочки). Бифидофлора и лактофлора не изменены. Как правило, кишечные дисфункции не регистрируются;

- дисбактериоз II степени (субкомпенсированная форма дисбактериоза) - на фоне незначительного снижения количественного содержания бифидобактерий выявляются количественные и качественные изменения кишечной палочки или других условно-патогенных микроорганизмов;- дисбактериоз III степени - значительно сниженный уровень бифидофлоры (105~107 КОЕ/г) в сочетании со снижением лактофлоры и резким изменением уровня кишечных палочек. Вслед за снижением бифидофлоры нарушаются соотношения в составе кишечной микрофлоры, создаются условия для проявления патогенных свойств условно-патогенных микроорганизмов. Как правило, при дисбактериозе III степени возникают кишечные дисфункции; - дисбактериоз IV степени - отсутствие бифидофлоры, значительное уменьшение лактофлоры и изменение количества кишечной палочки (снижение или увеличение), возрастание как облигатных, так и факультативных и не характерных для здорового человека видов условно-патогенных микроорганизмов в ассоциациях.

Разнообразные количественные изменения состава микрофлоры кишечника, встречающиеся у здоровых детей, не сопровождающиеся какими-либо патологическими симптомами, не требуют лечения. Эти изменения в микробиоценозе кишечника могут самостоятельно исчезать при устранении причины, их вызывающей (например, коррекция питания ребенка и др.). Чаще всего это так называемое персистентное, транзитное носительство условно-патогенных микробов. Довольно часто у детей, пролеченных биопрепаратами или антибиотиками, клиника дисбактериоза либо временно утихает, либо общая клиническая картина заболевания становится стертой без полной ликвидации заболевания, а в анализе на дисбактериоз выявляемая микрофлора не свидетельствует о нормализации.

Одной из причин этого считается неблагоприятное течение дисбактериоза, вследствие ослабления иммунной системы, наличия сопутствующих аллергических проявлений. Чаще всего такие дети лишены грудного вскармливания полностью или частично (длительность кормления менее полутора-двух месяцев). Поэтому, установление роли иммунных факторов в возникновении и генезе дисбактериозов, изучение влияния последних на иммунное состояние организма, а также поиск новых оригинальных способов нормализации микрофлоры является одним из направлений в проблеме дисбактериоза. Общепринятая коррекция кишечной флоры путем введением живых бактерий и их лизатов называется методом управляемого симбиоза. В настоящее время принято придерживаться комплексной коррекции дисбактериоза: диета, ферменто-, витаминотерапия, использование биопрепаратов, эубиотиков, стимуляторов неспецифических факторов защиты, фитотерапия, восстановление нарушенных факторов обмена. [15].

Бактерийные препараты, обладающие выраженной антагонистической активностью в отношении патогенной и условно-патогенной микрофлоры, способствующие восстановлению нормального микробиоценоза кишечника и клиническому выздоровлению, являются наиболее патогномичными по регулируемому влиянию на микрофлору и механизм терапевтической активности. Механизм терапевтической эффективности таких препаратов наряду с прямым воздействием на микрофлору включает стимуляцию репаративных процессов в слизистой оболочке кишечника, повышение иммунологической реактивности и общей неспецифической резистентности организма больного. [11, 15]. Показана перспективность включения бифидумбактерина в комплексное лечение детей, больных сепсисом и пневмонией, нормализует микрофлору кишечника, благоприятно влияет на клиническое течение и исход основного заболевания, предотвращает развитие перфоративного язвенно-некротического энтероколита у больных сепсисом и тем самым способствует снижению летальности. В настоящее время используются такие биопрепараты как бифидумбактерин, лактобактерин, бификол, колибактерин, биобакон, бактиспорин, ацилакт. Особенно эффективна коррекция дисбактериоза комплексным назначением препаратов, относящихся к пробиотикам и пребиотикам. [10].

Однако необходимо признать, что эти препараты в общем не оправдали первоначально возлагаемых на них надежд, поскольку нарушения симбиоза возникают в результате изменения реактивности макроорганизма. Биологические препараты применяют во время болезни, когда нормальные связи в системе хозяин-микробиота нарушены, организм, в частности его иммунная система, находятся в состоянии стресса, видовой состав микробиота сильно изменен по сравнению с нормой. Поэтому, вводимая бактериальная культура оказывается во враждебной агрессивной среде и быстро элиминируется, не давая полного терапевтического эффекта. Кроме того, в некоторых случаях, нет возможности полноценно использовать бактериологические препараты, так, например, колибактерин не применяется в коррекции дисбактериоза у детей до 6 месяцев [11,13]. В подобных ситуациях необходим иной подход к разработке лекарственных средств, основанный на прямом использовании многочисленных метаболических, регуляторных, иммунологических и других взаимоотношений в системе хозяин-микробиота и восстановлении этих связей, когда они оказались нарушенными. Такие лекарственные средства должны представлять собой не антибиотики, синтетические химиопрепараты или бакпрепараты, а метаболиты, которыми в норме изменяются в организме и микрофлора, либо сигнальные молекулы или иные субъекты, обеспечивающие нормальные связи в системе хозяин-микрофлора.

Поэтому, на повестке дня - комплексная терапия дисбактериоза, включающая иммуностимуляторы различной направленности. Среди них следует особо выделить иммуномодуляторы перорального применения, в том числе интерфероны, вторые еще не нашли применения в системе комплексной профилактики и коррекции дисбактериоза [10,16]. В связи с этим, в последнее время в коррекции дисбактериоза кишечника стали применять иммуноглобулиновые препараты для приема внутрь, свечи виферон, «кипферон, суппозитории в сочетании с пероральным или в виде суппозиторий с применением пробиотиков и без них». К

важнейшим мероприятиям по профилактике дисбактериоза у новорожденных, в первую очередь, необходимо отнести раннее прикладывание ребенка к груди матери и обеспечение естественного вскармливания минимум до 6 месяцев, использование грудного молока в нативном виде, и при необходимости перевода на смешанное вскармливание. Грудное молоко должно предшествовать введению любого нового продукта. Со 2-го месяца жизни ребенку, находящемуся на смешном или искусственном вскармливании, целесообразно назначать продукты лечебного питания, обогащенные естественными защитными факторами.

Таким образом, микрофлора играет важную роль в механизмах формирования иммунитета и неспецифических защитных реакциях детей грудного возраста. При этом качественно-количественное соотношение микроорганизмов кишечника можно рассматривать как показатель общей реактивности организма, а дисбактериоз как срыв его адаптационных возможностей, сопровождающийся нарушениями в состоянии иммунной системы. Соответственно, угнетение иммунологических сил ребенка при дисбактериозе приводит к снижению общей реактивности организма, что особенно актуально для детей, находящихся на искусственном вскармливании и не получающих пассивную защиту ЖКТ в виде неспецифических факторов грудного молока. Поэтому установление роли и клинического значения иммунных факторов, таких как ИФН, в возникновении, генезе дисбактериозов (и общей реактивности организма), а также их использование в новых, приближенных к физиологичным, способах коррекции микрофлоры является одним из важных направлений в проблеме дисбактериоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Минушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // Терап. арх. – 2001. – № 2. – С. 67-72.
2. Баранов А.А., Щербакова Э.Г., Дорофейчук В.Г. и др. Лизоцимсодержащие биосистемы для профилактики и лечения социально значимых болезней детского возраста // Российский педиатрический журнал. – 2000. – № 4. – С.9-14.
3. Бекетова Т. Нові підходи до лікування порушень мікробіоценозу травної системи у дітей // Ліки України. – 2002. – №2. – С.55-56.
4. Бережной В.В., Янковский Д.С., Крамарев С.А., Шунько Е.Е., Дымент Г.С. Нарушения микробной экологии человека, их причины, последствия и способы восстановления физиологической нормы // Здоровье женщины. – 2004. – №2(18). – С.170-178.
5. Билибин А.Ф. Дисбактериоз, аутоинфекция и их значение в патологии // Клиническая медицина. – 1970. – Т. 48, №2. – С.7-12.
6. Бондаренко В.М., Рубакова Э.И., Лаврова В.А. Иммуностимулирующее действие лактобактерий, используемых в качестве основы препаратов – пробиотиков // Микробиология, эпидемиология, иммунология. – 1998. – № 5. – С. 107-112.
7. Венцовский Б.М., Товстановская В.А., Янковский Д.С., Дымент Г.С. Микробиологические аспекты репродуктивного здоровья женщины и современные подходы к его поддержанию // Здоровье женщины. – 2002. – № 3(11). – С. 86-91.
8. Грачева Н.М. Клинические особенности различных форм дисбактериоза // Лечащий врач. – 1999. – № 2-3. – С. 17-21.
9. Дещекина М.Ф., Коршунов В.М., Демин В.Ф. и др. Изучение формирования микрофлоры кишечника у новорожденных детей при совместном и раздельном пребывании с матерью // Педиатрия. – 1990. – № 1. – С. 13-17.
10. Копанев Ю.А., Кузьменко Л.Г. Особенности применения препаратов для микробиологической коррекции дисбактериоза у детей // Лечащий врач. – 2000. №5-6. – С.50-51.
11. Копанев Ю.А., Алешкин В.А. Дисбактериоз кишечника и дисбиотические реакции у детей // Педиатрия. – 2002. – №6. – С.100-103.
12. Парфенов А.И. Микробная флора кишечника и дисбактериоз // Русский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6, №18. – С.1170-1173.
13. Тутченко Л.І., Отт В.Д., Марушко Т.Л., Марушко Р.В. та ін. Особливості формування системи мікробіоценозу у новонароджених немовлят та шляхи його оптимізації // Журнал практикуючого лікаря. – 2001. – №5. – С.24-30.
14. Тюрин М.В., Шендеров Б.А., Рахимова Н.Г. и др. К механизму антагонистической активности лактобацилл // Микробиология, эпидемиология, иммунология. – 1989. – №2. – С.3-8.
15. Урсова Н.И., Щеплягина Л.А., Краснова Е.Н. Микробиоценоз открытых биологических систем организма в процессе адаптации к окружающей среде // Российский педиатрический журнал. – 2002. – № 5. – С. 21-24.
16. Янковский Д.С., Бережной В.В., Шунько Е.Е., Крамарев С.А., Дымент Г.С. Настоящее и будущее пробиотиков как биокорректоров микробиологических нарушений // Современная педиатрия. – 2004. – № 1(2). – С.111-118.
17. Янковский Д.С. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления. – Киев, Эксперт ЛТД. – 2005. – 388с.
18. Gill H.S., Rutherford J., Prasad J., Gopal P.K. Enhancement of natural and acquired immunity by *Lactobacillus rhamonosus* (HN001), *Lactobacillus acidophilus* (HN017) and *Bifidobacterium* (HN019) // Brit. J. Nutr. – 2000. – V. 83(2). – P.167-176.
19. Marteau P., Pambaud J.C. Potencial for using lactic Acid bacteria for therapy and immunomodulation in neon // FEMS Microbiol. Rev. – 1993. – V.12. – P.207-220. Опубликовано в журнале «Здоровье ребенка», 2(23) 2010/На допomoгу педіатру.

УДК: 616-089-053.014-06.2

ХАРАКТЕРИСТИКА ФОСФОЛИПИДНОГО СПЕКТРА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН ПРИ ОПЕРАЦИОННОМ СТРЕССЕ У ДЕТЕЙ

А.А. Мусаев

РГП «Национальный научный медицинский центр», г. Астана

ТҮЙІН

Бұл жұмыста мембранология тұрғысынан операциялық стресс алған 46 баланың жасушалық мембраналарының фосфолипидтік спектрлеріне зерттеу жүргізілді. Зерттеулердің қорытындысы бойынша балалардың операциялық стресс алуы кезінде, олардың жасушалық мембраналарында фосфолипидтердің лизоформ қосылыстарының көлемі ұлғая түсетіндігін фосфолипидтердің басқа фракцияларының азаятындығын көрсетті. Түйінді сөздер: стресс, операция, жасуша, фосфолипид

SUMMARY

This article is about investigation of 46 children which took the position of membranology with operating stress and phospholipids spectrum of cell membrane. The investigation shows that the concentration lizoforms increased and other fractions of phospholipids decreased in children with operation stress. Key words: stress, operation, cell, membrane, phospholipids.

Актуальность проблемы. В настоящее время установлено, что формирование адаптивных модификаций организма базируется на большом числе контролируемых элементов, среди которых наибольшая значимость придается структурно-функциональной организации клеточных мембран, в первую очередь их структурной организации, процессам энергетического и интрацеллюлярного гомеостаза (1,2,4,5,6,9,11,12). При этом, основу структурно-функциональной организации клеток, тканей, органов и организма в целом по современным представлениям составляют клеточные мембраны. Это положение основано на том, что мембраны являются не только матрицей для ферментов и средой для биохимических реакций, но и активно участвуют в этих реакциях, выполняя регуляторную роль (5,6). Состояние напряжения как таковое, степень мобилизации систем поддержания гомеостаза на уровне организма, системы, органа, клетки, даже клеточных органелл (митохондриальный стресс) (7,8). Стрессы приводят к нарушению структуры и функции практически всех систем организма, особенно нейроэндокринной, иммунной системы и связанного с ним метаболизма. Нарушение структуры мембран обуславливает нарушение рецепции клеток, которые также могут оказать непосредственно отрицательное влияние на биохимические процессы в клетке (6, 9,12). Исходя из современных представлений о том, что травматический стресс является одним из мощных дестабилизирующих адаптативные механизмы клеточной мембраны в организме больных детей, нами поставлена цель: изучить содержание и соотношение ведущих классов фосфолипидов при операционном стрессе, для оптимизации тактики ведения этих больных.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью работы нами было обследовано 46 детей с операционным стрессом, которые были оперированы на органах грудной и брюшной полостей. Среди больных детей мальчиков было 24 (52%), девочек 22 (48%). Контрольную группу составили 19 здоровых детей. Наблюдаемым детям с операционным стрессом проведен комплекс общепринятых исследований. Они включали в себя анализ морфологии периферической крови, лабораторные исследования мочевого осадка и физических констант мочи, активности трансаминаз крови (АЛТ, АСТ), показатели гемостаза на основе малой коагулограммы, копрологические исследования кала на паразитное носительство. Проводились ЭКГ, УЗИ сердца, зондирование полостей сердца, рентгенообследование и другие параклинические методы исследования. Специальным методом исследования выполняли анализ содержания и соотношения важнейших классов фосфолипидов (ФЛ) в эритроцитах методом тонкослойной хроматографии (3).

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно современным концепциям, структурным особенностям клеточных мембран принадлежит важнейшая роль среди механизмов, обеспечивающих адаптационные процессы в организме. Результаты анализа содержания и соотношения ФЛ мембран клеток у оперированных детей представлены в таблице 1.

Таблица - Содержание и соотношение фракции фосфолипидов в динамике послеоперационного стресса у детей. (X±x, нм Р/106 эитр.)

Анализируемые константы	Величина анализируемых констант		
	У здоровых детей	Оперированные дети	
		стресс стадия	стабилизация
ЛФХ	51,64±2,25	92,23±3,07	87,18±3,85
ФХ	101,68±2,68	103,87±3,07	106,11±3,85
СМ	88,75±2,85	86,36±3,07	90,76±3,85
ФС	79,85±1,02	66,76±3,15	75,27±3,85
ФЭА	99,3±3,01	70,45±2,81	74,46±3,85

ЛФХ/ФХ	0,5	0,86	0,80
ЛОФ/ТОФ	0,8	0,8	0,8

Как следует из данных таблицы, в структурах мембран эритроцита в фазе постоперационного стресса имеет место существенное накопление лизоформ фосфолипидов ($p < 0,001$). Содержание фосфатидилхолина (ФХ) и сфингомиелина (СМ) не изменяется, а уровень фосфатидилсерина (ФС) и фосфатидилэтаноламина (ФЭА) проявляет тенденцию к снижению относительно нормальных показателей ($p < 0,02$ и $p < 0,01$, соответственно). Это подтверждает, высказанное предположение, что значительное накопление лизофосфатидилхолина (ЛФХ) на поверхностных структурах мембран эритроцитов может быть следствием активации внутримембранной кинетики липидов. По-видимому, это является адаптивной реакцией, направленной на освобождение внутренних слоев клеточных мембран от дегенерированных форм ФЛ. Коэффициент ЛОФ/ТОФ характеризуется снижением по отношению к нормальному показателю, что предопределяет состояние относительного преобладания трудно окисляемых фракций ФЛ в глубоких структурах клеточных мембран.

В глубоком слое мембран эритроцитов операционный стресс в течение первых двух-трех суток вызывал увеличение содержания ЛФХ и уменьшение ФХ, ФС, ФЭА, СМ, причем наибольшее изменение претерпевал ФЭА, что, по всей вероятности, было связано на сохранение структурной целостности поверхностного слоя мембран эритроцитов. К концу наблюдения выявлено незначительное увеличение содержания в глубоких структурах только двух фракций - ФХ и СМ, что можно объяснить активацией пластических регенераторных процессов клетки в стадии стабилизации. В ранней стадии адаптации к операционному стрессу выявлено уменьшение содержания всех фракций фосфолипидов, а увеличение ФХ более чем на 27% и ЛФХ на 40% в более поздний период наблюдения, по-видимому, обусловлены компенсаторным повышением синтеза ФХ в ответ на продолжающийся рост по-видимому перекисного окисления липидов и фосфолипидной активности, характеризующих сохраняющуюся стресс-реакцию организма детей в стадии стабилизации.

Таким образом, в раннем постоперационном периоде нами выявлено увеличение в исследуемый период отношения фракций СМ, по-видимому, носит компенсаторный характер, направленный на повышение вязкости липидного бислоя у плановых больных. Реципрокные изменения соотношения ФС и ФХ в раннем постоперационном стрессе свидетельствуют о создании благоприятных изменений липидных структур мембран, создающих возможность повышения АТФ-азной активности, функции цитохромоксидазы, гидрогеназы бетаоксибутирата, НАД-цитохром-С-редуктазы, активации АЦ комплекса в раннем постоперационном периоде. Выявленная динамика сохраняется на 5-6 сутки, свидетельствуя о сохраняющемся напряжении адаптивных механизмов на уровне структурно-функциональных организаций клеточных мембран в период стабилизации. Указанные предпосылки представляют собой основу патогенетического обоснования мембранотропных, хронофармакологических принципов терапии и реабилитации, детей с последствиями операционного стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Маликов В. Е., Арзуманян М. А. Динамика изменения активности антиоксидантной защиты крови у больных с ишемической болезнью сердца с дисфункцией левого желудочка до и после операции аортокоронарное шунтирование. //Росс. Крдиологич. Журн. –М., 2004, -№6-с, 42-46.
2. Дугиева М.З, Багдасарова З.З. Клиническая эффективность антиоксидантной терапии в хирургической практике // Анестезиология и реаниматология. Москва, - 2004, - №2. С. 73-76.
3. Кейтс М. Техника липидологии. Москва, 1975, 322 с.
4. Крылов В.И., Вельтищев Ю.Е., Петрушина А.Ф., Чимаров В.М. Липидный обмен у детей. // Изд-во Красноярск. унта. - Красноярск -1985.-128 с.
5. Саркисов Д.С. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций.-М.-Мед.-1987.-448С.
6. Степанова С.И. Биритмологические аспекты проблемы адаптации.-М.-Наука. – 1986.
7. Фурдуй Ф.И., Штирбу Е.И. Физиология стресса, адаптации функциональных нарушений.//Изв. АМН СССР.- 1986.-№3-С.36-44.
8. Шнайдер Н.А., Салмина А.Б. Биохимические и молекулярные механизмы патогенеза послеоперационной когнитивной дисфункции. //Неврологический журнал, -2007. №2. С.41-47.
9. Anup R., Aparna V., Pulimood A., Balasubramanian K.A. Surgical stress and the small intestine: role of oxygen free radicals // Surgery. – 1999. – Vol.125, №5. – P560-569.
10. Halberg F., Delbarre F. Summary: Quo vadis chronopharmacologia. - In: Chronopharmacology. / Ed. by A. Reinberg. F. Halberg .Oxford etc., Pergamon Press, - 1979. – p. 403-424.
11. Selye H. Stress in health and disease. – Boston – 1976.
12. Swolen J.E., Wesswann G. // Biochem. Pharmacol. – 1980. – Vol. 29, №4. – P. 533-538.

УДК 618.2-073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ: ЦЕЛИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Г.А.Алиева

ГККП «Перинатальный центр» г.Астана

ТҮЙІН

Мақалада акушериядағы ультрадыбысты диагностиканың тақырыбы ашылған. Ұрықтағы туа біткен ақаулардың диагностикасында ультрадыбысты скринингтің мақсаты мен маңыздылығы баяндалған. Бұл диагностикалық әдіс жоғары мәліметтілігін инвазивтілік еместігін, қауіпсіздігін, бүкіл жүктілік бойы, сонымен қатар ерте кезеңдерде пайдалану мүмкіндігін дәлелдеп, ультрадыбысты зерттеу әдісін акушерияда алмастырылмайтын әдіс ретінде бағаланады.

SUMMARY

The theme of this article is ultrasound diagnosis in midwifery. This article is said about the meaning and The aim of ultrasound screening in diagnosis of congenital pathology of fetus. This method of diagnosis in midwifery is valuable with its non invasive safety high informative, also it is proved that it can be used in early time of pregnancy and curing the whole pregnancy.

Задачей современного акушерства является, создание оптимальных условий для сохранения репродуктивного здоровья женщины, обеспечение рождения здорового ребенка. В связи с этим огромное внимание уделяется вопросам перинатальной диагностики. Женщинам рекомендуется наблюдение у акушера-гинеколога еще на этапе планирования беременности. В этом случае врач проведет обследование и, при необходимости, назначит лечение до наступления беременности. При наступлении беременности необходимо как можно раньше обратиться к врачу, поскольку важным моментом является подтверждение факта беременности и исключение внематочной ее локализации, а также признаков угрожающего ее прерывания. В дальнейшем проводится ряд клинических и лабораторных исследований, целью которых является максимально возможный на данном этапе развития медицины искусственный внутриутробный отбор генетически дефектных плодов и своевременное выявление различных аномалий развития.

Во всем мире признанными методами пренатальной диагностики являются ультразвуковое исследование, биохимический скрининг и инвазивные методы диагностики (амниоцентез, кордоцентез, биопсия ворсин хориона) с последующим кариотипированием плода. Многолетний опыт подтверждает, что высокая информативность, неинвазивность, безопасность, возможность использования на протяжении всей беременности, в том числе и на ранних сроках, делает ультразвуковые методы исследования. Немаловажное значение для оценки лицевых структур и четкой идентификации выявленных врожденных пороков развития имеет дополнительное использование трехмерной эхографии [1]. В настоящее время на основании приказа №239 МЗ РК от 07.04.2010г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии» [2] существуют три обязательных ультразвуковых исследования во время беременности (скрининг): в сроки 10 - 14, 20 - 22 и 31 - 34 недель беременности. Иногда ультразвуковое исследование назначается до 10 недель беременности. Показания для проведения УЗИ до 10 недель беременности Наличие опухолевых образований матки и/или яичников и подозрение на их наличие. Подозрение на внематочную беременность. Несовместимые величины матки, определяемой при ручном исследовании сроку беременности, установленному по первому дню последней менструации. Наличие внутриматочного контрацептива и беременности. Травма и интоксикация у беременной. Необходимость биопсии хориона. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыши и другие осложнения на ранних сроках беременности, аномалии развития эмбриона при предыдущих беременностях и т.д.). УЗИ в 10-14 недель беременности - первый скрининг (КТР 46-81мм).

Установление факта маточной беременности на основании визуализации плодного яйца с эмбрионом или без него в полости матки. Измерение внутреннего диаметра плодного яйца, копчико-теменного размера эмбриона и установление на этом основании возможного срока беременности. Определение количества эмбрионов. Оценка жизнедеятельности эмбриона (регистрация сердечной деятельности, двигательной активности). Определение локализации хориона (со второго триместра беременности эта структура плодного яйца в результате своего развития трансформируется в плаценту) и оценка его состояния. Изучение экстраэмбриональных образований, к которым, помимо хориона, относится желточный мешок, амниотическая оболочка и полость. Исследование анатомии эмбриона/плода, выявление маркеров (характерных признаков) хромосомной патологии (ТВП – толщина воротникового пространства, ДНК – длина носовой кости, КТР – копчико-теменной размер). Выявление врожденных пороков развития плода. Оценка состояния внутреннего зева шейки матки. Визуализация матки и ее придатков. УЗИ в 20-22 недели беременности (второй скрининг). Определение количества плодов, их положения и предлежания. Измерение основных фетометрических показателей (размеров) плода и определение их соответствия сроку беременности. Изучение ультразвуковой анатомии плода, выявление врожденных пороков развития плода, анатомии матки и ее придатков. Оценка количества и качества околоплодных вод: локализации, толщины и структуры плаценты. УЗИ в 30-32 недели беременности (третий скрининг). Оценка функционального состояния плода (диагностика внутриутробной

задержки роста плода, нарушений кровообращения в системе мать-плацента-плод с помощью доплерометрии). Определение положения и предлежания плода. Выявление пороков развития с поздней манифестацией (эхографические признаки которых могут быть выявлены на поздних сроках беременности). Определение количества околоплодных вод, локализации и структуры плаценты. Оценка размеров плода - важный этап диагностики его состояния, полученные при измерении величины сопоставляются со средними для данного срока беременности. Эти средние размеры были получены в результате многочисленных исследований и внесены в соответствующие таблицы и память ультразвуковых сканеров [3]. Конечно, каждый человек индивидуален, поэтому в одном и том же сроке беременности биометрические параметры плодов могут отличаться. Однако только врач может оценить внутриутробное состояние плода и определить какие отклонения в фетометрических измерениях относятся к патологическим и требуют дополнительного обследования. К таким методам относится – доплерометрия и оценка биометрического профиля. Показания к доплерометрическому исследованию. Заболевания беременной: гестоз, патологическая прибавка массы тела, повышение артериального давления, появление белка в моче, гипертоническая болезнь, гипотония, заболевания почек, системные сосудистые заболевания, диабет. Нарушения состояния плода (задержка внутриутробного роста плода, несоответствие размеров плода сроку беременности), маловодие, преждевременное созревание плаценты.

Многоплодная беременность. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (задержка роста, хроническая гипоксия, гестоз, мертворождение и др. при предшествующих беременностях). Перенашивание беременности. Допплерометрическое исследование позволяет объективно судить о состоянии маточно-плацентарно-плодового кровообращения, нормальные параметры которого в большинстве случаев являются залогом успешного течения беременности. Обычно доплерометрию назначают после 20 недель беременности, когда устанавливаются кровотоки. Необходимо отметить, что при осложненном течении беременности ультразвуковое исследование может производиться на любом сроке. Показания для проведения УЗ исследования и других дополнительных методов оценки состояния плода определяет акушер-гинеколог.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведев М.В. Трехмерная эхография в акушерстве. М.: Реальное время, 2007г.
2. Приказ МЗ РК №239 от 07.04.2010г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения в акушерстве».
3. Галиаскарова А.А. Эхографическая сравнительная прогностическая характеристика эхографических данных при задержке внутриутробного развития плода. Дисс. к.м.н. Алматы, 2001г.

УДК 616.36-002 618.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Ж.Г. Аймамбетова

Жамбылская областная детская инфекционная больница, г. Тараз

ТҮЙІН

Жүкті әйелдерде вирусты гепатит жайсыз өтеді. Анасы мен құрсағындағы бала өміріне жүктіліктің аяқталуы мен өтуінің қауіптілігі қатты әсер етеді. Үнемі DBS синдромының дамуы мен қан кетудің үлкен күйі бар, сонымен қатар құрсақтың жұғылуы және бауырға суық тип, хронизация процесі циррозбен аяқталуы қауіпті.

SUMMARY

Viral hepatitis of pregnant women usually proceeds with adverse effects. Complications affect course and outcome of pregnancy with the threat to lives of both mother and baby. There is a risk of DBS syndrome development and bleeding as well as risk of infection for fetus and chronization of hepatitis with transfer into cirrhosis.

Наиболее частой причиной печеночной недостаточности в период беременности, помимо гестоза, являются вирусные гепатиты. Это большая группа инфекционных заболеваний человека, объединенных сходной клинической картиной с преимущественным поражением печени, но различающихся этиологией, эпидемиологией, патогенезом и исходами. [3]. Восприимчивость беременных женщин к вирусным гепатитам идентична таковой у небеременных женщин и у мужчин. Частота вирусных гепатитов во всех триместрах беременности также примерно одинакова. [4].

Актуальность данной проблемы состоит в неблагоприятном влиянии гепатитов, особенно вирусного гепатита В, на течение и исход беременности. Проявляется оно тем, что многократно повышается риск досрочного прерывания беременности, а это, в свою очередь, в острой фазе всегда ведет к ухудшению течения гепатита. Исследованиями гепатологов установлено, что вирусные гепатиты В и С и беременность оказывают взаимно-отягощающее влияние. Проявлениями этого влияния являются: высокий процент недонашиваемости, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, кровотечения в раннем и позднем послеродовом периодах. Кроме того, создается угроза инфицирования ребенка данными вирусами с развитием вялотекущих

форм хронического вирусного гепатита. [1] Протекание беременности на фоне острого гепатита осложняется более частым развитием гестоза, угрозой кровотечений, слабостью родовой деятельности. Послеродовые гнойно-септические заболевания учащены в связи с угнетением иммунного статуса не только за счет беременности, но и за счет гепатита, и активизации на этом фоне бактериальной микрофлоры. Тератогенность вируса не доказана, но дети, как правтло, рождаются недоношенными в состоянии гипоксии. [2]. Хорошо документирована также «вертикальная» передача ВГВ от инфицированной матери к её ребенку. Если вирусный гепатит В развивается в I или II триместре беременности, то вероятность передачи ВГВ остается очень небольшой. Напротив, если заболевание наблюдается в III триместре, и беременная становится не только HbS-Ag-положительной, но и HBe-Ag-положительной, приходится считаться с почти закономерным инфицированием ребенка.

Цель исследования. Оценка взаимно-отягощающего влияния вирусных гепатитов и беременности и частоты развития осложнений в обеих иозологиях.

Материал и методы исследования. С 2006 по 2010 годы нами проанализировано 17 историй болезни беременных женщин, перенесших вирусный гепатит. Учитывались тип гепатита, тяжесть течения, особенности клинических проявлений, частота и вид осложнений заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от типа гепатита случаи распределились

Срок/тип	ОВГ А	ОВГ В	ВГ В+Д	ВГ С	ХрВГ В
1 триместр	2	0	0	1	0
2 триместр	0	5	2	1	2
3 триместр	0	2	0	0	2

следующим образом:

Как видно из вышеприведенной таблицы, наиболее часты случаи заболевания вирусным гепатитом В -9 (52,9%), причём на долю острого случаев -7 (41,7%), хронического -4(23,5%); на втором месте ВГ А -2 (11,7%), и ВТ С - 2(11,7%). Большинство случаев протекало в среднетяжелой форме, с тяжелым гепатитом наблюдалось 3 женщины, случаев фульминантного гепатита не наблюдалось.

Клинические данные. Из особенностей клинического течения гепатитов следует отметить более выраженный интоксикационный синдром, сопровождаемый диспепсиями в виде упорной тошноты, рвоты, признаками дискинезии желчевыводящих путей. В 9(52,9%) случаях наблюдался холестатический вариант течения гепатита, при этом в биохимических анализах отмечалась длительная гипербилирубинемия с повышением обеих фракций на фоне нормализации АЛТ. При рассмотрении клиники обострения хронического гепатита обращает внимание отсутствие цикличности, длительный, упорный кожный зуд проявляющийся задолго до потемнения мочи и появления желтушной окраски склер. В лабораторной диагностике настораживали нестабильные показатели коагулограммы: широкие вариации в стороны гипер- и гипокоагуляции, причём коагулопатии нарастали с ростом срока беременности независимо от показателей АЛТ. На фоне гепатита все случаи беременности протекали неблагоприятно, сопровождались угрозой досрочного прерывания беременности, хронической внутриутробной гипоксией плода. Отдельно следует отметить риск хронизации воспалительного процесса в печени у беременных женщин, что объясняется рядом причин: снижением иммунного отвнта, повышенной нагрузкой на организм, а также тем, что женские половые гормоны, в толичие от мужских, не вызывают регенераторной способности печеночной ткани и не стимулируют дезинтоксикационной функции печени. В качестве иллюстрации приведу историю болезни пациентки А., 26 лет, наблюдавшейся по поводу диагноза: «Острый вирусный гепатит В+Д, манифестная форма, тяжелой степени. Беременность 26-27 недель. Угроза преждевременного прерывания беременности. Хроническая ВУГ плода» .

Больная поступила на 7 сутки болезни в тяжелом состоянии за счет выраженных интоксикационного, желтушного, цитолитического синдромов. Среди клинических проявлений обращали внимание спутанность сознания, инверсия сна, упорная тошнота, рвота, выраженная желтушность кожи и склер, тахикардия свыше 90 ударов в минуту, небольшие размеры печени, мягкая ее консистенция, болезненность в правом подреберье. В биохимических нализзахотмечалось повышение билирубинасвыше 30 норм, АЛТ свыше 5 норм, тимоловая проба повышалась незначительно. В коагулограмме- признаки ДВС-синдрома 2 стадии. ИФА маркеры ВГ: положительные HbS-Ag, aHbcore IgM, aHbBelgM, aHDV IgM.На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, и в сроке 37 недель произошли преждевременные роды живым плодом. При дальнейшем обследовании ребенок оказался не инфицирован, но с признаками недоношенности и функциональной незрелости. Послеродовый период протекал без осложнений, но в отдаленном периоде у женщины сформировался хронический гепатит с высокой степенью активности воспалительного процесса и быстрым прогрессированием в цирроз печени.

Выводы. Сочетание «Вирусный гепатит/беременность» является взаимоотягощающим и представляет серьёзную угрозу для здоровья и жизни матери и ребенка. В случае заболевания беременной вирусным гепатитом В есть опасность внутриутробного инфицирования ребенка. При заболевании парентеральными типами гепатита в период беременности возможность хронизации воспалительного процесса значительно увеличивается.

ЛИТЕРАТУРА

1. К.-П.Майер. «Гепатит и последствия гепатита», Москва, 2001.
2. М.М Шехтман. «Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных», Москва, 1999.
3. В.Г.Радченко. «Хронические заболевания печени», С.-Петербург, 2000.
4. Ю.Лобзин. «Руководство по инфекционным болезням», С.-Петербург, 2003.

УДК 616.34

ДИНАМИКА ПЕЙЗАЖА ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ

Т.Ю. Пак

Областная детская инфекционная больница, г.Тараз

ТҮЙІН

Жамбыл облысында шигеллездер арасында эпидемиологиялық процессте ең көп маңызды шигеллездің үш түрі бар: Флекснера, Зонне, Дублин. Тарихи аспектіте басым тудырушының аусымы шигеллездердің басты ерекшелігі болып табылады. Сальмонеллдер үшін бұл заңдылық тән емес, бірақ Жамбыл облысы территориясында олардың жеке түрлерінің басымдылығы байқалады.

SUMMARY

There are three types of stegenosis: Flexner, sonne and Dublin that havethe most important role in epidemiological process in Zhambul region. The main peculiarity of shigellosis is changing of daminant activator in historical asput. This regularity is not typical for salmonella, but dominance of some types is registered within our region.

Острые кишечные инфекции по распространенности занимают второе место в мире после ОРЗ. Заболеваемость детей до 5 лет колеблется от 2-3 случаев на 1 ребенка в год в развитых странах, до 10-18 случаев на 1 ребенка в год в развивающихся. В Азии, Африке и Латинской Америке ОКИ являются не только ведущей причиной заболеваемости детей, но и одной из главных причин их смерти. Ежегодно во всем мире от кишечных инфекций умирает 4-6 млн детей. Кроме того ОКИ косвенно способствуют повышению заболеваемости другими инфекциями, т.к. ведут к истощению и, вследствие этого, к снижению сопротивляемости организма.[3]. В нашей республике также отмечается значительный уровень заболеваемости кишечными инфекциями, наносящий большой материальный и социальный ущерб государству, серьезно ухудшающий здоровье людей. В общей структуре диарейных заболеваний по Жамбылской областной детской инфекционной больнице, зарегистрированных за последние 10 лет бактериальная дизентерия составляет от 10% до 21%, сальмонеллез от 1,4% до 4,7%, ОКИ, обусловленные условно-патогенными микробами от 26% до 33,4%, ОКИ не установленной этиологией от 42% до 61%.

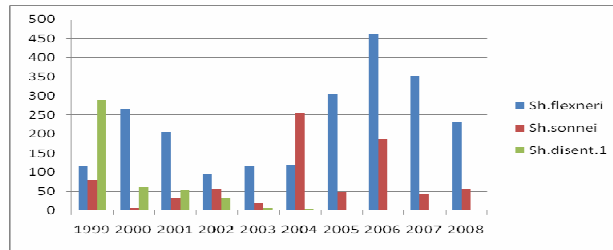
Шигеллёзы – одна из наиболее распространенных кишечных инфекций у детей. Важной эпидемиологической особенностью шигеллезов является изменение этиологической структуры (смена доминирующего возбудителя) в историческом аспекте.[2].

Цель исследования: определить годовую динамику пейзажа шигелл и уточнить, распространяется ли данная закономерность на группу сальмонелл.

Материал и методы исследования: анализ проводился на данных централизованной бактериологической лаборатории областной детской инфекционной больницы. Согласно существующим приказам по острым кишечным инфекциям и сальмонеллезу, бактериологические посевы кала у больных с направительным диагнозом ОКИ, брались в первые сутки с момента госпитализации. Для исследования были взяты три вида шигелл, имеющих наибольшее значение в эпидемиологическом процессе в нашей области.

Результаты исследования: проведенный анализ показал, что для шигелл характерна четкая смена возбудителя по годам.

Клинические данные: анализ пейзажа шигелл за 10 лет (с периода 1998 года по 2008 год) показал, что, если в 1998 – 1999 году среди больных шигеллезами отмечалась высокая заболеваемость Sh. Григорьева – Шига (пик высеваемости – 298 культур в 1999 году), в последующие годы заболеваемость постепенно снизилась, а в последние 3 года не было ни одного случая заболевания, вызванного данным возбудителем. Вместе с тем заболеваемость Sh. Зонне, имевшую низкую высеваемость в течении ряда лет: с 1998г. по 2003г (от 7 до 80 культур), резко возрастает в 2004 году – 255 культур, в последующие годы вновь отмечается снижение заболеваемости. В последние годы ведущим возбудителем шигеллёзов является Sh. Флекснера (пик высеваемости в 2006 году 463 культуры).



Среди шигелл Флекснера преобладают серовары – 2а и 1b, а у вида шигелл Зонне – серовар 3d, причем он постоянен в течении ряда лет. В группе сальмонелл картина несколько иная, хотя имеются периоды подъема заболеваемости той или иной группы возбудителей. В области циркулирует 12 серотипов сальмонелл и постоянно доминирующими являются 3 вида – S. Typhimurium, S. Enteritidis и S. Dublin, которые и определяют заболеваемость сальмонеллезом в нашей области. Сальмонелла typhimurium на протяжении всех лет проведенного анализа имеет постоянно высокую заболеваемость – от 110 до 222 культур. S. Enteritidis высевается гораздо реже, заболеваемость колеблется от 12 до 55 культур в год. Высеваемость S. Dublin составляет 10-15 культур в год. Другие виды сальмонелл регистрируются в виде единичных случаев. Это подтверждает мнение Махмудова О.С. (1991г.) о территориальном доминировании определенных серотипов сальмонелл.[1].

Выводы: Наибольшее значение в эпид. процессе среди шигеллезов в Жамбылской области имеют 3 вида шигелл- Флекснера, Зонне, Дублин. Важнейшей особенностью шигеллезов является смена доминирующего возбудителя в историческом аспекте. Для сальмонелл данная закономерность не характерна, но отмечается доминирование отдельных их видов на территории нашей области. Возможно это связано с тем, что сальмонеллезы имеют спорадическую заболеваемость, и в нашем случае период исследований был недостаточным для выявления какой – либо закономерности в смене возбудителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. О.С.Махмудов. Сальмонеллез у детей. Ташкент 1991г.с.12-88.
2. В.Ф.Учайкин. Актуальные проблемы острых кишечных инфекций у детей. Педиатрия 1991г. №3 с.5-11.
3. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Книга третья -инфекционные болезни. Москва 2005г. с. 232-233.

УДК 616.718-001-089

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Б.Жанабаев

Жамбылская областная больница, г.Тараз

ТҮЙІН

Мақалада қан тамырлар хирургия бөлімшесінде соңғы 3 жылда аяқ-қол қан тамырларының әртүрлі жарақаттарымен ем-дом қабылдаған сырқаттар туралы статистикалық мәліметтер мен оларға көрсетілген сан түрлі хирургиялық көмек жайлы тәжірибе келтіріліп, хирургиялық емнің тәсілдері сарапталынған.

SUMMARY

The statistical information about injures of limbs great vessels for the last 3 years in the branch of vascular surgery was given in the article. The experience of treatment and surgical operations in different kinds of vascular disruptions were also described in the given article. It is recommended to conduct a surgical operation in case of injures of limbs great vessels.

Несмотря на современные достижения хирургии, оказание экстренной медицинской помощи больным с повреждением сосудов не теряет актуальности по сей день, так как не до конца еще отработана тактика лечения данной группы больных. Мы располагаем опытом лечения 126 больных с повреждением магистральных сосудов конечностей, которые получили хирургическую помощь в различных стационарах Жамбылской области за последние 3 года (2007-2009гг). Из них мужчин было 98 (87,8%), женщин 28 (22,2%). Огнестрельное ранение - у 17, колото-резанные ранения - у 88, при других травмах - 21. Повреждение сосуда верхней конечности отмечено у 29 больных, нижних конечностей - у 97. Изолированное ранение артерий имело место у 30 (23,8%) больных, в 77 (61,1%) случаях отмечалось повреждение вены, сочетанные ранения сосудов (ранения артерий и вены) у 19 (15,1%) больных. При этом почти у 80% наблюдался шок различной степени, так как эти больные доставлялись в стационар через определенное время от момента получения травмы. 23 больным была оказана первичная хирургическая помощь общими хирургами в местных хирургических стационарах (в центральной районной или городской больницах), где для остановки острого кровотечения преимущественно пользовались лигатурой сосуда в ране или на протяжении. При ранении магистральных

артерий сосудистый шов был выполнен у 38% больным, пластика аутовеной - у 46%, перевязка артерий - у 16%. Синтетические протезы для протезирования артерий применялись в единичных случаях (7 наблюдении). При наложении сосудистых швов общими хирургами процент тромбозов значительно было выше (до 40%), чем в специализированном отделении сосудистой хирургии. Поэтому общие хирургии должны уметь оказывать квалифицированную помощь при ранениях сосудов, уметь накладывать ручной сосудистый шов по методике Карреля и Морозовой. При невозможности восстановить целостность сосудов может быть использовано временное шунтирование. Техникой этой операции должен владеть любой хирург, работающий в стационаре. При невозможности восстановительной операции на сосуде хирург вынужден прибегать к перевязке обоих его концов в ране. На этапе специализированной помощи больным с ранением сосуда необходимо проводить все виды восстановительных операций, компенсировать кровопотерю, проводить лечение и профилактику ишемического синдрома. Первичные ампутации в случаях повреждения магистральных сосудов показаны при обширных разрушениях мягких тканей, костей и нервов конечностей. Эти показания расширяются при комбинированных и сочетанных повреждениях.

Для клинической оценки ишемического расстройства в тканях поврежденной конечности нами применяются классификация В.А.Корнилова (1969), согласно которой выделяются три степени ишемии тканей: компенсированная ишемия – активное движение в конечности и чувствительность дистальнее места ранения сохранены, восстановительные операции на поврежденном сосуде не проводится; некомпенсированная ишемия – отсутствуют активные движения, резко снижена тактильная и болевая чувствительность в конечности, восстановительная операция на поврежденном сосуде нужна в ближайшие часы после ранения; необратимая ишемия - локальная или тотальная мышечная контрактура, операции на сосудах не показаны. Для остановки кровотечения при ранении сосудов конечностей на догоспитальном этапе показания к наложению кровоостанавливающего жгута должны быть строго ограничены. Также необходимо всегда стремиться к восстановлению артерии в сроки не превышающие 6 часов после ранения сосуда. Основным методом лечения ранений сосудов должно быть восстановление магистрального кровотока путем наложения сосудистого шва. При дефекте более 2 см показано использование для пластики аутовены.

Применение синтетических протезов допустимо в крайних случаях. При ишемии конечности свыше 6 часов одновременно с пластикой артерии нужно выполнять фасциотомию всех футляров конечности. Раны следует дренировать двухпросветными трубками. При повреждении костей целесообразно производить наружную фиксацию костных отломков. Во время операции должна быть выполнена полноценная хирургическая обработка с восстановлением разрушенных анатомических образований. При возникновении трудностей восстановления нервных стволов может быть осуществлено в позднем периоде - в плановом порядке с привлечением нейрохирурга. Совершенствование техники восстановительных операций, использование новых способов сохранения жизнеспособности конечности при тяжелой ишемии, организация и преемственность в лечении больных являются неперенными условиями применения сберегательных реконструктивных операций при травме сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Ефименко И.А., Кохан Е.Н., Галик Н.И. Оказание хирургической помощи раненым с повреждениями сосудов конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 2008. №3 (том 14). - С. 129-132.
- 2.Петровский Б.В. Хирургическое лечение ранений сосудов. М., 1949, - 249 с.

УДК 616 - 002.24:615.35

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В КАРДИОЛОГИИ

*А.А. Сейдахметова, Э.К.Бекмурзаева, С.М. Коспанов, Л.Б.Байтемирова, И.Т.Сулейманова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент
Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г.Шымкент*

ТҮЙІН

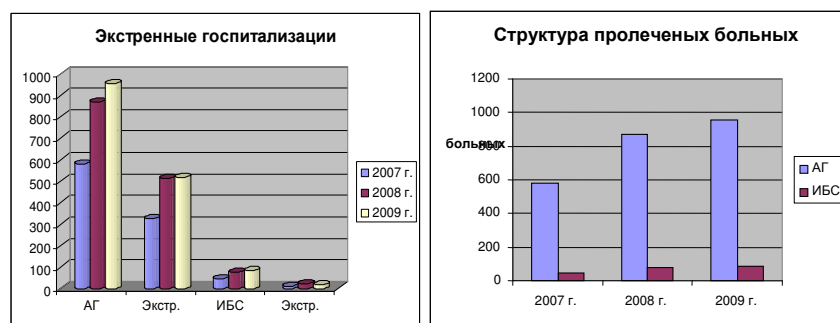
Шымкент қалалық жедел жәрдем ауруханасының терапия бөлімшесінде емделген науқастардың саны, оның ішінде жүрек қан тамыр жүйесі ауруларымен жедел түрде ауруханаға жеткізілгендер және егде жастағы мен қарттар саны артты. Науқастар жедел және ауыр халде жеткізу себептерінің бірі болып осы топтағы аурулар жергілікті емханаларда медициналық бақылауда және дер кезінде емделмеуі болуы мүмкін.

SUMMARY

The number of treated and urgently hospitalized patients was increased in emergent therapy of Shymkent emergency hospital. Among them there was increased the number of adult patients. Evidently, these patients weren't under medical observation, but they were hospitalized in grave condition in case of emergency.

Лидирующее положение в общей структуре заболеваемости и смертности во всем мире уже несколько десятилетий занимают сердечно-сосудистые заболевания. По данным ВОЗ, продолжительность жизни людей в развитых странах на 50% определяется наличием заболеваний органов кровообращения, поэтому вопрос их профилактики является одним из важнейших в современной медицине. [1]. Многие выдающиеся открытия в медицинской науке предопределили возникновение, и формирование ряда новых для своего времени областей медицины, качественно изменив предметы и методы традиционной диагностики и лечения, привели к формированию медико-технической науки. [2]. Отделение неотложной терапии Шымкентской городской больницы скорой медицинской помощи рассчитано на 35 коек и оснащено диагностической аппаратурой: прикроватными мониторами, Холтеровским монитором, модифицированными ЭКГ аппаратами – BTL-08, SCHILLER.

Каждый больной терапевтического профиля имеет одновременно несколько хронически протекающих заболеваний, отдельное лечение которых не приводит к клинически значимым положительным результатам. Например, больной с артериальной гипертензией часто имеет в качестве сопутствующих заболеваний патологию со стороны почек, головного мозга, больной с ишемической болезнью сердца – печени и т.д. Заболевания почек, печени, поджелудочной железы и сердца часто сопутствуют друг другу, что нередко затрудняет выделение изначально ведущей патологии. Артериальная гипертензия является одной из непосредственных причин смерти при сердечно-сосудистых заболеваниях. [3,4]. Анализируя количество больных с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС), пролеченных в отделении неотложной терапии Шымкентской городской больницы скорой медицинской помощи, число больных составило с АГ в 2007 г. – 580, из них экстренно госпитализировано – 326, в 2008 г. – 870, из них экстренно госпитализированных – 513, в 2009 г. – 956, из них экстренно госпитализированных – 519; с ИБС в 2007 г. – 46, из них экстренно госпитализированных – 12, в 2008 г. – 84, из них экстренно госпитализированных – 18, 2009 г. – 76, из них экстренно госпитализированных – 24 больных. Диаграммы 1,2.



Структура пролеченных по возрастам выглядела следующим образом: 31-40 лет в 2007 г. – 306 больных, в 2008 г. – 432, в 2009 г. – 583; 41-50 лет – в 2007 г. – 112 больных, в 2008 г. – 212, в 2009 г. – 121; 51-65 лет - в 2007 г. – 208 больных, в 2008 г. – 310, в 2009 г. – 328 больных.

Возраст	2007 г.	2008 г.	2009 г.
31-40	306	432	583
41-50	112	212	121
51-65	208	310	328
Всего:	626	954	1032

Из чего видно, что увеличилось число пролеченных больных, в том числе и экстренно госпитализированных и возросло число пациентов старших возрастных групп. Очевидно, данная группа не охватывается ПМСП медицинским наблюдением, и больные госпитализируются в тяжелом состоянии в экстренном порядке. В 23% случаев АГ и ИБС встречаются у одного и того же больного в сочетании. Предлагаем совершенствовать преемственность поликлиник и стационара, улучшить координационную работу региональных терапевтических служб, улучшить профилактическую помощь на основе изучения факторов риска терапевтических заболеваний, разработать эффективные профилактические мероприятия, внедрить городской кардиорегистр. Проблеме профилактики не уделяется должного внимания. Любое заболевания легче предупредить, чем его лечить! Ф.Бекон: «Первая обязанность медицины – сохранение здоровья, вторая – лечение болезней». Внедрение в практическое здравоохранение современных медицинских технологий при тесном сотрудничестве врачей практического здравоохранения и кафедр, солидарной ответственности врачей и больных, позволит добиться коренного улучшения состояния здоровья населения. Решение данных проблем в ближайшее время позволит построить эффективную терапевтическую службу, отвечающую большинству запросов населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комисаренко И. Артериальная гипертензия у пожилых.// Врач. –№1.- 2005 с. 45-48.
2. Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б. Артериальная гипертензия. Москва. – 2001. - С.139.
3. Сейсембеков Т.З. Современные проблемы организации и совершенствования терапевтической службы Терапевтический вестник. - №03(23).- 2009. – с.20-24.
4. Оганов Р.Г., Александров А.А. Ишемическая болезнь.// Русский медицинский журнал. – 2002. – с.486-491.

УДК 616.002.-32.008

ТЕРАПИЯ КИСЛОТЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Э.К.Бекмурзаева, А.А.Сейдахметова, М.А. Бейсеуов, Г.К. Сауытбекова, Н.К.Тартуов
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент
Городская поликлиника №5, г.Шымкент
Аксукентская сельская поликлиника, с.Аксукент, ЮКО*

ТҮЙІН

Соңғы күндері антисекреторлық препараттар тек қана асқазанның және жіңішке ішектің шырышты қабығының органикалық зақымдауларын емдеуінде емес, функционалдык аурулар кезінде де кең қолданылады. Жалпы аурулар санынан 4-5%-на дейін дәрігерлерге диспептикалық шағымдар себебінен қаралады. Диспептикалық бұзылуы пайда болған кезде, тұз қышқыл гиперсекрециясының қызметі аса маңызды. Біз квамател препаратын бастапқы науқастардың диагнозды анықтау алдында жүргізілетін симптоматикалық емдеуінде қолдандық. Жүргізілген зерттеулердің мақсаты – квамателді симптоматикалық түрінде қолдану кезіндегі тиімділігін және оның қауіпсіздігін зерттеп білу.

SUMMARY

Antisecretory preparations have found wide application not only in treatment of organic damages of upper portion of alimentary canal but they are applicable at the widespread functional diseases, too. About 4-5 per cent of all a to general practice practitioner are caused by dyspeptic complaints. The important role in occurrence of dyspeptic disorder was given to hypersecretion of a hydrochloric acid.

We have applied Cvmatел to the primary patients up to an establishment of the diagnosis «on demand» to simplification of a condition, that was used as symptomatic treatment. The purpose of the given research was to study efficiency and safety of Kvmatел as symptomatic means.

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в возникновении которых ведущую роль играют патологические эффекты соляной кислоты (HCl) желудочного сока, принято считать кислотозависимыми. Их спектр весьма широк. Наиболее актуальными в повседневной клинической практике являются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны (ГДЗ), ассоциированные с инфекцией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) и приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП-гастропатии), острые стрессовые язвы, функциональная диспепсия. Успех в лечении напрямую зависит от эффективности кислотосупрессивной терапии. Кислотосупрессивная терапия на сегодняшний день проводится двумя классами антисекреторных препаратов: блокаторами рецепторов гистамина 2-го типа (H₂-блокаторами) и ингибиторами протонной помпы (ИПП). Они являются основой ведения больных с кислотозависимыми заболеваниями [1]. Антисекреторные препараты нашли широкое применение не только в лечении органических повреждений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, они применимы и при широко распространенных функциональных заболеваниях. Диспепсические жалобы служат причиной 4–5% всех обращений к врачам общей практики. При этом меньшая часть случаев диспепсии (33–40%) приходится на долю заболеваний, входящих в группу органической диспепсии, а большая часть (60–67%) – на долю функциональной диспепсии. Наиболее доказанными патогенетическими факторами функциональной диспепсии служат нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки. Важная роль в возникновении диспепсических расстройств отводится гиперсекреции соляной кислоты.

Один из наиболее эффективных и широко используемых в клинической практике H₂-блокаторов фамотидин (Квамател) относится к 3-му поколению блокаторов H₂-рецепторов гистамина. Эффективное подавление кислотной продукции – важнейшее качество антагонистов H₂-рецепторов. Необходимость в подавлении кислотной продукции желудка возникает при целом ряде широко распространенных заболеваний и состояний. Именно фамотидин (Квамател) позволяет снизить уровень кислотности, не нарушая процессы пищеварения и обеззараживания пищи, более длительно и выше, чем антациды, а также более «мягче» и обратимо, чем ИПП. У фамотицина (Кваматела) меньше побочных эффектов, чем у ИПП, поэтому он более безопасен для использования «по требованию». Дополнительно фамотидин (Квамател) обладает выраженным прямым гастропротективным действием: улучшает кровоток в слизистой оболочке желудка и

двенадцатиперстной кишки, стимулирует синтез простагландинов и слизиобразование, увеличивает количество бикарбонатов и имеет доказанный антиоксидантный эффект. Фамотидин (Квамател) не только снижает кислотность в желудке, но и имеет дополнительный механизм действия - это стимуляция защитных свойств самой слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [5,6].

Целью данного исследования было изучение эффективности и безопасности фамотицина (Кваматела) на догоспитальном этапе больным до установления диагноза.

Материалы и методы. В ходе исследования наблюдалось 682 больных в возрасте от 19 до 72 лет, средний возраст составил $48,7 \pm 0,2$ лет. Оценка общего состояния пациентов проводилась по анкетному опроснику, предложенному Nu and al., для выявления болей в животе у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Анкета использована для первоначальной, предварительной оценки состояния пациента и, в дальнейшем, для контроля течения болезни. Пациентам с жалобами на боль в области эпигастрия, с наличием в анамнезе периодической изжоги, с кислой отрыжкой, тяжести в области эпигастрия, периодической тошнотой и рвотой, урчанием и вздутием живота при отсутствии других клинически значимых симптомов на момент осмотра и без эндоскопически видимых изменений назначался фамотидин (Квамател) «по требованию». В зависимости от выраженности симптомов назначались разные дозы Кваматела 20мг, 40мг и 80мг. При редких болях пациенты принимали квамател по 20мг только на момент боли. При выраженных болях квамател назначался по 20 мг на ночь ежедневно и по 20мг на момент усиления боли в течение дня. Для купирования нестерпимых болей назначался Квамател по 80мг, из них 40мг внутривенно капельно в условиях дневного стационара и 40мг per os на ночь. Результаты наблюдения больных представлены на диаграммах (рис.1,2,3).

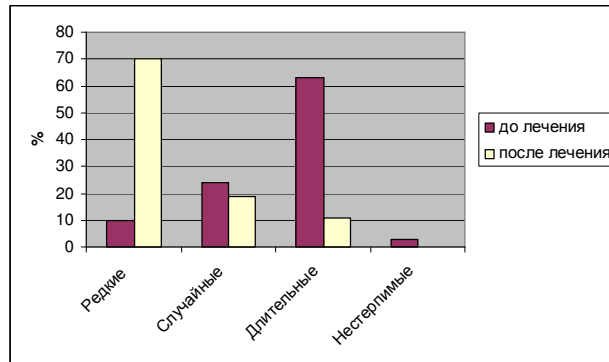


Рис.1. - Динамика болевого синдрома

До проведения антисекреторной терапии у 429 больных (63%) преобладали длительные и неприятные боли, боли с необходимостью просьб о помощи, ограничивающие многие социальные действия. На случайные боли и боли, возникающие в связи с некоторыми социальными действиями, жаловались 164 пациента (24%). Редкие боли, проходящие самостоятельно, отмечали 68 человек (10%). Серьезные или нестерпимые боли с ограничением всех видов социальных действий отмечены у 21больных (3%). После применения кваматела болей с ограничением всех видов социальных действий не наблюдалось. Наибольшую частоту составили редкие боли, которые наблюдались у 477 больных и составили 70%. В результате использования кваматела в схеме «по требованию» уменьшилось количество случайных болей и болей, возникающих в связи с некоторыми социальными действиями. Они встречались у 129 пациентов (19%). Значительно уменьшились жалобы на длительные и неприятные боли и боли с необходимостью просьб о помощи и ограничивающие многие социальные действия – у 76(11%).

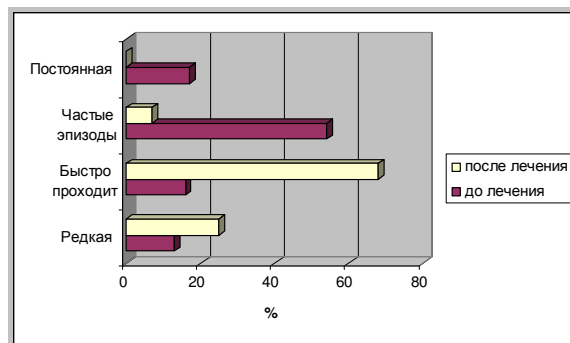


Рис.2. – Динамика выраженности изжоги

Редкая и проходящая изжога наблюдалась до лечения у 88 (13%) больных; изжога, вызывающая дискомфорт, но быстро проходящая – у 109 (16%); изжога, вызывающая частые эпизоды длительного дискомфорта – у 368 (54%); изжога, вызывающая постоянный дискомфорт – у 117 (17%) больных. К концу лечения изжога, вызывающая постоянный дискомфорт не наблюдалась; увеличилось количество изжоги, вызывающей дискомфорт, но быстро проходящей – у 463 (68%). Изжога, вызывающая частые эпизоды

длительного дискомфорта с 54% уменьшилась до 7% и наблюдалась у 48 больных. Редкая и проходящая изжога наблюдалась у 171 (25%) больных.

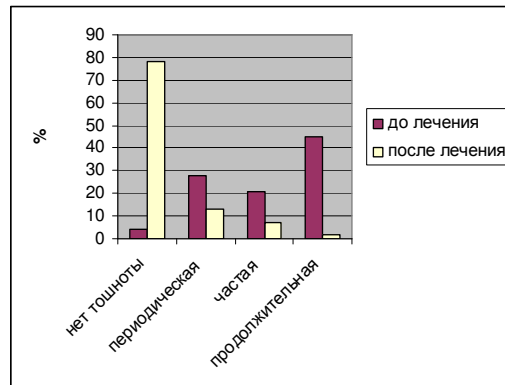


Рис.3. – Динамика выраженности тошноты и рвоты

У больных до лечения преобладала продолжительная тошнота, иногда с рвотой у 307 (45%) больных, а концу лечения сохранялась всего у 2% больных. После применения кваматела тошнота отсутствовала у 532 (78%) больных. Периодическая тошнота короткой длительности до лечения беспокоила 191 (28%) больных, а после лечения уменьшилась и наблюдалась только у 88 (13%). Частая длительная тошнота до приема кваматела беспокоила 143 (21%) больных, а после приема сохранялась только у 48 (7%) больных. Также диспепсические жалобы, такие как отрыжка если до приема кваматела беспокоила больных часто, мешала работе, то после приема - стала эпизодически беспокоить, быстро проходила, или не беспокоила. Длительные мучительные эпизоды урчания в животе стали периодическими и короткими, очень редко беспокоили.

Таким образом, фамотидин (Квамател) можно назначать широко, так как основными показаниями к его применению являются все заболевания и состояния, при которых требуется уменьшение желудочной секреции (ГЭРБ, эрозивно-язвенные поражения ГДЗ, ассоциированные с инфекцией *H. pylori* и НПВП-гастропатии, острые стрессовые язвы, функциональная диспепсия). Ниша использования фамотидина (Кваматела) значительно шире также по схемам лечения. Он высокоэффективен в период обострения кислотозависимых заболеваний, в схемах длительной поддерживающей терапии, противорецидивной терапии в осенне-весенний периоды и схемах «по требованию» для купирования симптомов, связанных с повышенной кислотностью до установления диагноза. Обладая большой терапевтической широтой, минимальным числом побочных действий, Квамател может использоваться в амбулаторной и стационарной практике на первом этапе купирования боли в эпигастрии с наличием в анамнезе периодической изжоги, кислой отрыжки и вздутием живота, с последующим полным обследованием и назначением этиопатогенетической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lanza F. New Study Finds Nocturnal Acid Breakthrough Better Controlled With OTC Combination Heart-burn Product Than Second Dose of Prescription PPI. Presented at Digestive Disease Week, Atlanta, Georgia, May 21, 2001, cited at.
2. Xue S, Katz PO, Banerjee P, Tutuian R, Castell DO. Bedtime H2 blockers improve nocturnal gastric acid control in GERD patients on proton pump inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:1351-56.
3. Pehlivanov N, Olyae M, Sarosiek I, McCallum R. Comparison of morning and evening administration of rabeprazole for gastro-oesophageal reflux and nocturnal gastric acid breakthrough in patients with reflux disease: a double-blind, cross-over study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:883-90.
4. Sugimoto M., Furuta T., Shirai N. et al. Comparison of an increased dosage regimen of rabeprazole versus a concomitant dosage regimen of famotidine with rabeprazole for nocturnal gastric acid inhibition in relation to cytochrome P450 2C19 genotypes // *Clin. Pharmacol. Ther.*— 2005.— 77 (4).— P. 302—311.
5. Suzuki T., Yamaguchi T., Odaka T. et al. Four_day continuous gastric pH monitoring following anti_acid secretory drugs administration—Crossover test to assess the early effect // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2007.— 8.
6. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional Gastrointestinal Disorders // *Gastroenterology.*— 2006.— 130.

УДК 616.728.3-007.248-089.84

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Н. С. Сахов

*Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г. Шымкент
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Артроскопия әдісі тізе буының зақымдалу және буын ішіндегі аурулардың өзгерістерін жете зерттеуге мүмкіндік береді. Артроскопиялық манипуляциялардың келесі артықшылықтарды белгілеуге болады: қауіпсіздік, аз зақымдану және жоғары диагностикалық қызметтері. Бұл ерекшеліктер аурулардың еңбекке жарамдылығын қысқа мерзімде қалпына келтіруге мүмкіндік береді.

SUMMARY

The method of arthroscopy allows to investigate infra-articular modifications in detail during injuries and diseases of knee joint. Arthroscopic method has following advantages: safety and less trauma, high possibilities of diagnostics and opportunity to shorten the rehabilitation term of patients in hospital.

По данным некоторых авторов [3,6,7,9,10], внутрисуставные повреждения коленного сустава занимают 50-70% среди травм опорно-двигательного аппарата. Наиболее тяжелыми повреждениями сумочно-связочного аппарата коленного сустава являются разрыв боковых, крестообразных связок и повреждение менисков [1,2,4,5,11]. Диагностические ошибки внутрисуставных повреждений составляют 3-30% [5,6,8]. Если их не устранить, это может привести к различной степени нестабильности сустава, а порой и к стойкой инвалидности. Поэтому необходимо усовершенствовать и обновить арсенал диагностических средств, при этом рентгенография позволяет исключить только костную патологию и представляет лишь расширение суставной щели, а с помощью артродневмографии можно определить повреждения менисков, крестообразных связок и состояние синовиальных оболочек. Одним из последних достижений науки в этом плане является артроскопия коленного сустава – самый информативный метод, расширяющий возможности диагностики внутрисуставных повреждений коленного сустава, в частности, повреждений менисков, что является актуальной и сложной задачей современной артрологии. В связи с этим, в последние годы все более широкое признание и внедрение артроскопии связано с малотравматичными, многофункциональными и высокоинформативными свойствами этого метода как в диагностике, так и в лечении разнообразных форм патологии коленного сустава. Показаниями к диагностической артроскопии служат острые и хронические травмы и заболевания суставов с нечеткой клинической картиной, что позволяет своевременно и эффективно проводить оперативные вмешательства на структурах суставов.

Материалы и методы. В отделении травматологии и ортопедии ОКБ в г.Шымкенте за 2008-2010гг. нами широко использованы артроскопическая диагностика и лечение внутрисуставных повреждений и заболеваний коленного сустава. Эндоскопические исследования проведены у 42 больных в возрасте от 18 до 67 лет (14 мужчин, 28 женщин). Давность травмы от 2 недель до 4 лет. Из выполненных 42 артроскопических вмешательств с диагностической целью – 20 больным и в оперативных целях – 22 больным. С повреждениями медиального мениска было 10 больных, латерального – 5 больных. Артроскопия коленного сустава выполнялась артроскопом фирмы «Karl Storz» (Германия), при заполнении сустава физиологическим раствором по стандартной методике под перидуральной и внутрисуставной анестезией, используя передний латеральный и передний медиальный доступы. Оптику вводили антеро-латеральным доступом, а инструмент – антеро-медиальным. При неполных, поперечных, горизонтальных и продольных разрывах типа «ручки лейки» производили у 15 больных частичную менискэктомию, у 7 больных патологий в суставе не обнаружено.

На первом этапе операции производили диагностику сустава, затем вправление фрагмента, разрез заднего и переднего рога и удаление частей «ручки лейки». Операцию заканчивали тщательным промыванием физиологическим раствором с последующей ревизией и сглаживанием оставшейся части мениска. При помощи артроскопического крючка проверяли стабильность оставшегося мениска. На 2 день после операции разрешали ходить на костылях, выполнять изометрические упражнения надколенником. По мере необходимости, при послеоперационных гомоартрозах производили пункцию сустава для эвакуации выпота и вводили суспензию сульфата внутрисуставно 3-5 инъекций в неделю. Среднее пребывание больных в стационаре составило 5 дней. Отдаленные результаты после оперативного лечения в сроки от 3 месяцев до 3 лет прослежены у 15 больных. Хорошая оценка отмечена у 12 больных (полное восстановление функции сустава, без болей), удовлетворительно – у 3 больных (полное восстановление функции сустава, чувства умеренной боли), неудовлетворительных результатов не было.

Результаты и их обсуждение. При сопоставлении результатов артроскопии и артродневмографии выявлено, что из 42 больных, которым была проведена пневмография, только в 20 (47,6%) случаях диагноз был подтвержден, из 38 больных, которым произведена рентгенография, в 24 (64,5%) случаях установлен правильный диагноз, в 7 (16,6%) случаях повреждение не было обнаружено. Применение артроскопии с целью диагностики при травмах и заболеваниях коленного сустава позволило существенно снизить число диагностических ошибок и артротомии, восстановить функции сустава в течение 8-10 дней (при артротомии – 35-40 дней), сокращаются сроки реабилитации больных. Кроме того, с применением эндоскопии при травмах коленного сустава более детально выявили: хондромалиция – у 12 больных, синовиальной оболочки – у 2, менисков – у 15, крестообразных связок – у 8 больных, а также с лечебной целью удаляли лишь часть поврежденного мениска, производили санацию коленного сустава и восстановили целостность крестообразных связок – у 8 больных способом артротомии. При дегенеративно-дистрофических изменениях коленного сустава

без широкого вскрытия сустава произведены ревизия сустава, удаление хондромных тел, промывание, туннелизация мышечков бедра и большеберцовой кости голени, шлифование суставных поверхностей при болезни Кенинга – у 5 больных. Кроме того, по мере необходимости из сустава произвели биопсию, парциальную синовэктомию, а также такие мероприятия, как рассечение внутрисуставных спаек и фибринозной ткани, которые способствуют нормализации внутрисуставной среды. По данным ряда авторов [3, 5, 6], комплекс указанных мероприятий в сочетании с применением современных препаратов хондропротекторного ряда (синовиск, суллазин, остенил, хиалгин) позволяет значительно замедлить или остановить прогрессирование дегенеративно-дистрофических изменений в суставах.

Таким образом, применение артроскопии является наиболее достоверным и перспективным методом исследования и лечения патологии суставов, так как это дает возможность визуализации патологических изменений в суставе, провести дифференциальную диагностику между различными заболеваниями или повреждениями, либо исключить внутрисуставную патологию. Проведение эндоскопической санации позволяет выполнить декомпрессию сустава, что способствует уменьшению сроков пребывания больного в стационаре.

Выводы. Метод артроскопии дает возможность детально изучить внутрисуставные изменения при повреждениях и заболеваниях коленного сустава и лучше, чем артротомия, визуализирует всю анатомию сустава. Внедрение метода артроскопии в практическое здравоохранение снижает количество диагностических ошибок и исключает неоправданные оперативные вмешательства. Артроскопия служит высокоинформативным, малотравматичным и диагностическим методом, позволяющим одновременно произвести лечебное мероприятие внутри сустава. Небольшие разрезы, минимальная травматизация тканей и малоболлезненная процедура и сравнительно быстрая активизация больного в послеоперационном периоде делает этот метод особенно привлекательным для применения у пациентов пожилого и старческого возраста, тяжело переносящих операции. Артроскопический метод позволяет проводить активный реабилитационно-восстановительный период и сократить сроки пребывания больного в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов С. В., Березин А. А., Макаров М. Н. Артроскопическое лечение пациентов с агезивным капсулитом плечевого сустава. Вестник травматологии и ортопедии, 2009, №1. С.13-15.
2. Богатов В. Б. Артроскопическая диагностика и лечение внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей. Автореферат к.м.н. М., 2008.
3. Дубров В. Э. Хирургическая коррекция крестообразных и коллатеральных связок коленного сустава в остром периоде травмы (клинико-экспериментальное исследование). Дисс. доктора мед.наук – М., 2008.
4. Лазишвили Г. Д. Оперативное лечение повреждений связочно-капсульного аппарата коленного сустава. Дисс. доктора мед.наук – М., 2005.
5. Лазко Ф. Л., Лялина В. В., Нис Бассим и др. Современные принципы оперативной артроскопии. Сборник статей – М. 2003. №1. С.66-68.
6. Миронов С. П., Орлецкий А. К., Цыкунов М. Б. Повреждение связок коленного сустава. – М., 2009.
7. Burd J. W. T. Operative hip arthroscopy. – New York, 2004. P.69-82.
8. Delcogliano A., Franzeses, Branca A. Sport traumatology Arthrosc – 2006/ vol.4, №4. P.144-149.
9. Johnson-Nurse C., Dandy D. J. J. Bone St Surg. (Br) – 2002, - №1. P. 42-43.
10. Kennedy J. C., Granger R.W., McGraw R.W. JBone St Surg (Br) – 2003, - №3. P.436-440.
11. Ebenhard C., Kurth A. H., Haillarn, Jager A. Ibid – 2000/vol.8, №5. P.290-295.
12. Surgery. Vol.1/ Eds F. H. Fu, C. D. Harner, K. G. Vince – Baltimore, 2004.

УДК 616.728.3-007.248-089.84

АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

С.М. Аббасов

Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент

Центр амбулаторной хирургии и травматологии, г. Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

2005 – 2010 жылдар арасында Облыстық Клиникалық аурухананың ортопедиялық бөлімінде 19-дан 72 жасқа дейін 37 наукас (38 байқау) деформациялық артроздың хирургиялық емін қабылдады. Бұл ем артроскопиялық техника арқылы өткізілді. 28 наукастардың тоқпан жілігіне айдаршықүсті остеотомия және емдік-диагностикалық эндоскопия өткізілді, 3 наукастың тізе буынына артроскопиялық артродез және орган жілігіне айдаршықасты остеотомия жасалды. 35 (92,8%) наукастарда – жақсы нәтиже, және 7,2% наукастарда – қанағаттандырған алыстандырған нәтиже алынды.

SUMMARY

Within the period from 2005 to 2010 year 30 patients (38 observations) at the age of 19 – 72 years old were treated in orthopedic department for deforming arthrosis of knee joints, using arthroscopic technique. Medical-diagnostic arthroscopy with subsequent tibial sucondylic osteotomy was performed in 28 patients, 2 patients underwent arthroscopy of the knee with subsequent femoral epicondyllic osteotomy, and 1 patient underwent arthroscopy with subsequent subcondylic osteotomy. Good results were traced in 35 (92,8%) patients and satisfactory results were observed in 7,2% of cases.

Посттравматический деформирующий артроз коленного сустава является тяжелым осложнением поврежденных суставообразующих структур. Выраженность его клинических проявлений зависит от ряда факторов: времени, прошедшего с момента травмы, тяжести первичных анатомических нарушений, активности репаративных процессов, наличия межбедренноберцового диастаза, состояния связочного аппарата и нейротрофических расстройств [3,4,7,9]. Одним из условий предупреждения артрозных изменений является полное восстановление анатомических соотношений в коленном суставе в кратчайшие сроки после травмы, поскольку при незначительном смещении суставов нарушается, что ведет к неправильному распределению нагрузки нижележащих костей и суставов [2,4,6,10]. Лечение и реабилитация больных с посттравматическим деформирующим остеоартрозом коленного сустава до настоящего времени представляет определенные сложности [7,8,9].

Традиционные методы лечения – медикаментозная терапия, физиотерапия, кинезотерапия, различные реабилитационные мероприятия – направлены на остановку прогрессирования дегенеративных изменений в хряще и субхондральной кости, уменьшение боли, воспаления и улучшение функции сустава, при этом назначаются различные препараты. В качестве базисных фармакологических средств используются препараты хондропротекторного ряда, неспецифические противовоспалительные средства, гормональные препараты, ЛФК и физиотерапевтические процедуры [1,3,5,10, 13]. Однако они остаются сугубо вспомогательными. Весь арсенал консервативных мероприятий позволяет лишь на некоторое время приостановить прогрессирование остеоартроза и улучшить субъективное состояние больного, поскольку они только частично затрагивают первопричину патологического процесса [5,8,9]. При застарелых повреждениях коленного сустава большинство авторов склоняется к применению хирургического лечения [1,4,7,8,9]. Выбор оперативного метода определяется целым рядом факторов, важнейшими среди которых являются выраженность функциональной недостаточности, давность травмы, сохранившиеся анатомические образования, характер возникших в связи с травмой осложнений, возраст больного и его профессия. При этом используется три вида оперативных вмешательств: диагностико-санационные, коррекционные и реабилитационные [5,7,9].

В последние годы появились сообщения о применении для диагностики и лечения заболеваний коленного сустава, в том числе деформирующего остеоартроза, артроскопического метода [1,4,6,8]. Данный метод позволяет, как никакой другой, провести точную диагностику и получить детальную характеристику дегенеративно-дистрофического процесса, затронувшего коленный сустав. Использование артроскопической техники дает возможность воздействовать непосредственно на морфологическую основу деформирующего остеоартроза [2,4,7,11]. Диапазон лечебных мероприятий, выполняемых с помощью артроскопического метода, достаточно широк. Это удаление патологических менискоидов, свободных хондральных тел, очагов хондронекроза, участков отслоенного хряща, сглаживание краев образовавшихся дефектов и неровностей хрящевого покрова. Кроме того, при необходимости можно произвести биопсию, парциальную синоэктомию, рассечь внутрисуставные спайки, удалить фибринозную ткань, осуществить промывание сустава. Проведение этих мероприятий способствует нормализации внутрисуставной среды. По данным ряда авторов [3,4,9], комплекс указанных мероприятий в сочетании с применением современных препаратов хондропротекторного ряда позволяет значительно замедлить или остановить прогрессирование дегенеративно-дистрофических изменений, характерных для деформирующего остеоартроза I – II стадии [10,11,13].

Безусловно, эти мероприятия могут быть выполнены и путем артротомии, однако артроскопический метод обладает следующими неоспоримыми преимуществами: небольшим разрезом, менее выраженными воспалительными реакциями, сокращением сроков нетрудоспособности после операции, сроков пребывания больного в стационаре, уменьшением частоты осложнений; некоторые хирургические процедуры легче выполнить, используя технику артроскопии, чем через открытый доступ. Недостатков у этого артроскопического метода немного, однако они могут представлять проблему для некоторых хирургов. Выполнение операции через небольшие доступы, манипулирование в ограниченном пространстве деликатными и хрупкими инструментами требует определенного темперамента, которым обладает не каждый хирург. При отсутствии у врача необходимого опыта, манипулирование инструментами в тесном интраартикулярном пространстве сопряжено с опасностью значительных повреждений суставных поверхностей и может занять много времени. Кроме того, артроскопическое оборудование достаточно громоздкое и дорогостоящее, и тем не менее, преимущества артроскопического метода перевешивают его недостатки. Хирургическое лечение больных деформирующим артрозом II – III стадии артрорезировании коленного сустава с усовершенствованием артроскопической техники появилась возможность производить максимально щадящими методами. Использование инвазивной и неинвазивной дистракции позволяет осуществить легкий доступ как к

переднему, так и к заднему отделу сустава, облегчая проведение процедуры артродезирования. Ряд зарубежных авторов сообщил об артродезировании коленного сустава артроскопическим методом. Проведенный сравнительный анализ показал его преимущества перед традиционными методиками артродезирования. Одним из преимуществ является сокращение сроков формирования костного анкилоза. Нами при использовании артроскопического метода, у 3 пациентов после артродезирования наблюдался костный анкилоз, который наступил, в среднем, через 8-9 недель после операции, при применении традиционных открытых методов – через 14-15 недель. Артроскопический артродез коленного сустава выполняется с использованием стандартных инструментов и техники. Как и при открытом артродезировании, операция включает три этапа: 1) удаление всего гиалинового хряща и аваскулярной субхондральной кости; 2) установку суставных поверхностей в нейтральную позицию; внутреннюю фиксацию в нейтральной позиции двумя (иногда тремя) компрессионными винтами, проведенными трансмалеоларно. Возможность сравнительно быстрой активизации больного после операции делает этот метод особенно привлекательным при лечении пациентов пожилого и старческого возраста, лиц, страдающих ревматоидным артритом и другими заболеваниями, которые тяжело переносят послеоперационный период.

Материалы и методы. С 2005 по 2010 годы в ортопедическом отделении выполнено хирургическое лечение 34 пациентов (38 наблюдений) в возрасте от 19 до 72 лет. Большую часть прооперированных пациентов (52,6%) деформирующим артрозом коленных суставов составили лица пожилого и старческого возраста, женщин было 22 (64,5%), мужчин – 12 (35,5%). Основными причинами развития деартроза (ДА) в 70,6% случаев (24 пациента) были обменно-дистрофические возрастные изменения сустава, у 6 пациентов (17,6%) – различные травмы коленного сустава. У большинства пациентов (56,8%) был деформирующий артроз II – III степени, а у 42,4% - III – IV степень деформирующего артроза. Сопутствующая соматическая патология встретилась у 25 пациентов (73,5%). Из них 72,3% страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, пороки сердца и облитерирующий эндоартрит), а также сахарным диабетом и другими заболеваниями. Все больные предъявляли жалобы на выраженный болевой синдром, усиливающийся во время ходьбы и физической нагрузки, хромоту, деформацию и атрофию мягких тканей нижней конечности. Дополнительными средствами опоры пользовались 10 (29,5%) пациентов, из них использовали костыли – 4 (40%), трости – 6 (60%).

Все больные ранее по месту жительства лечились консервативно, с кратковременным положительным эффектом (от 2 до 6 месяцев). Оперативное лечение осуществлялось в три этапа: первый – выполнение диагностической, лечебно-санационной артроскопии коленного сустава, второй – коррекция биомеханической оси конечности и третий – реабилитационный. Артроскопический этап выполнялся с использованием оборудования фирмы «Karl Storz» при жидкостном заполнении сустава физ. раствором с использованием стандартных доступов: антеролатерального и антеромедиального. По показаниям использовали дополнительные доступы: верхнепателлярный латеральный и верхнепателлярный медиальный. При осмотре сустава определяли не только степень повреждения хрящевого покрытия, но и выявили сопутствующую патологию мягкотканых структур коленного сустава, которая диагностирована в 51,4% случаев. Так, повреждения внутреннего мениска у 10 (26,3%) пациентов, наружного – 5 (13,4%). Различная степень повреждений крестообразных связок была диагностирована у 8 (21,4%) пациентов, хондромные тела – у 2 (5,1%).

При выполнении артроскопии коленного сустава, у пациентов со II – III степенью дегенеративно-дистрофического процесса коленного сустава диагностирована значительная степень гипертрофии синовиального сосочка. В медиальном отделе коленного сустава определялось значительное повреждение хрящевого покрытия, а в латеральном отделе – хондромалиция II степени. Мениски дегенеративно изменены, наиболее выражены в медиальном мениске. Туннелизацию суставных поверхностей коленного сустава выполняли соответственно распространенности и степени повреждения хряща. Артроскопический этап завершали промыванием сустава физиологическим раствором. Через 12-15 дней выполняли второй этап – коррегирующие (над-, подмышечковые) остеотомии бедренной, большеберцовой и малоберцовой костей (в нижней трети). Три пары взаимоперекрещивающихся спиц, как правило, проводили на трех уровнях. Монтировали аппарат Илизарова из трех колец по В. И. Шевцову с соавторами, 2009. Остеотомию производили при помощи долота через разрез кожи 0,5 – 0,8 по передней поверхности сегмента в месте предполагаемого сечения кости. После коррекции оси конечности, кольца аппарата Илизарова соединили при помощи резьбовых стержней, проксимальное и среднее кольца – при помощи шарнирных узлов. С целью уменьшения болевого синдрома путем восполнения естественных смазывающих и амортизационных функций синовиальной жидкости при II – III степени остеоартроза мы назначили мазевую повязку с хондроксидом 3 раза в день на сустав и один раз в неделю внутрисуставно вводили ксефокам – 8,0 №5, через 3 дня по 2 таблетки ксефокам 2 раза в день внутрь. В послеоперационном периоде проводили курс консервативного лечения, включающий нестероидные и противовоспалительные препараты, физиолечение и ЛФК. На второй день после смены повязок и инфузионной терапии, больная приступила к ходьбе при помощи двух костылей, на третий день – ЛФК коленного сустава. Срок фиксации аппарата Илизарова составил 36-40 дней. После снятия аппарата больные прошли курс 3-этапа реабилитации. Через 3-6 месяцев на стандартных и функциональных рентгенограммах функция коленного сустава в полном объеме восстановлена.

Результаты и их обсуждение. Из пролеченных с использованием комбинированной методики лечения среди 34 пациентов (38) осложнения суставов в послеоперационном периоде отмечены у 6 пациентов: воспаление мягких тканей вокруг спиц (2), лимфостаз голени (1), тромбофлебит глубоких вен голени (2), замедленная консолидация (1). Следует отметить, что вышеуказанные осложнения не оказали существенного влияния на окончательный результат лечения. В отдаленные сроки улучшение жизни констатировали 95,8% пациентов.

Выводы. Артроскопическая санация коленного сустава является актуальным и перспективным при применении современных технологий лечения пациентов дефартрозом. С целью коррекции биомеханической оси пораженной конечности необходимо проводить туннелизацию коленного сустава и корригирующую остеотомию костей голени с последующим применением аппарата Илизарова. Назначение хондропротекторов и противовоспалительных средств является составляющей частью лечения больных с дефартрозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. И., Лукин А. В., Кисс Э. Э. Лечение деформирующего артроза коленного сустава. Вестник травматологии и ортопедии. 2004, №3, с. 17-19.
2. Богатов В. Г. Артроскопия в диагностике остеохондральных переломов коленного сустава у детей. Вестник травматологии и ортопедии, 2009, №1, с. 22-24.
3. Лазишвили Г. Д. Оперативное лечение повреждений связочно-капсульного аппарата коленного сустава. Дисс. Д.-ра мед.наук -М., 2005.
4. Макушкин В. Д., Чегуров О. К., Волокитина Е. А. Оперативное лечение гетерогенного деформирующего артроза коленного сустава./ Гении ортопедии, 2001, №1, с. 18-24.
5. Макушкин В. Д., Чегуров О. К., Гордиевских Н. И. Динамика внутрикостного давления высокой остеотомии большеберцовой кости у больных гоноартрозом./ Гении ортопедии, 2003, №4, с.101-103.
6. Макушкин В. Д., Чегуров О. К. Социальная адаптация и качество жизни больных пожилого и старческого возраста при лечении гоноартрозом./ Гении ортопедии, 2005, №1, с.22-25.
7. Хамраев А. Ш. Артроскопическая характеристика коленного сустава при его травматологическом повреждении. Журнал «Патология» - Т.2/2000-с.70-72.
8. Черкес-Заде Д. Д. Артроскопическая диагностика и лечение застрелых повреждений голеностопного сустава. Дисс. к.м.н. –М, 1999- с.79-82.
9. Coughlin M. J., Mann R. A. Surgery of the foot and ankle -7th ed.-Mosby, 1999-Vol.1-p.651-659.
10. Mann M. D., Rougstand K. M. // Foot and ankle -1998-Vol.19, №1-p.3-9.
11. Stephenson K. A., Raines R. A. // Operat. Tech. Sports Med-1999-Vol.7, №1-p.20-28.
12. Stone J. W./ AAOS67th Annual meeting –Orlando,2000-P.S.
13. Tasto J. P. // AOFAS Annual Summer meeting –San Diego, 1999-p.1-3.

УДК: 617.55-089.168-06-089.193.4

РЕЛАПОРОТОМИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

И.Н. Курбанов

Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Мырзакентская райбольница ЮКО

ТҮЙІН

Аяқ астынан пайда болған іш қуыс аурулары болған 7814 науқастарға операция жасалды, оның арасынан 129 науқасқа операция қайта өткізілді. Көп жағдайда, науқастардың өлімі операцияны кеш жасау (64,6%) себебінен болды.

SUMMARY

The article deals with the outcomes of operation carried out in 7814 patients for acute surgical diseases of abdominal cavity, 129 of them were gone occasional operation, and 33 (25,6%) died. In most cases, operations were carried out in 64,6% of patients in late terms.

В последние годы заметно вырос интерес к освещению различных аспектов релапоротомии после неотложных и плановых хирургических вмешательств на органах брюшной полости [1, 3, 6, 8]. По данным некоторых авторов [2, 4, 5, 9], требующих релапоротомии составляет от 0,5 до 3,8% от всех операций на органах брюшной полости [4, 6, 10]. Основными причинами релапоротомии являются послеоперационные осложнения, требующие повторных операций наиболее часто возникающие после хирургических вмешательств [3, 7, 9]. Они обусловлены, прежде всего, характером и тяжестью основного заболевания, нередко – поздней обращаемостью больных, недостаточно тщательной ревизией и санацией органов брюшной полости, не вполне радикальной и правильно проведенной операцией, а также неадекватным дренированием при перитоните [1, 2, 5, 9, 11]. Летальность после повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости остаётся высоким, в среднем около 45-50% и не имеет тенденции к снижению [7, 8, 10].

В хирургическом отделении ЮКГФА за 10 лет в городской больнице скорой медицинской помощи прооперировано 7987 больных на органах брюшной полости, из них 7814 выполнены по экстренным показаниям. Релапоротомия произведена у 129 (1,6%) больных. Летальность составляла 33 (25,6%) человека. Мужчин было 78 (60,4%) женщин – 51 (39,6%). В возрасте 60 лет и старше – 47 (30,6%). Релапоротомия в связи с прогрессирующим ранее имеющегося перитонита произведена 45 больным (умерло – 12), абсцессами брюшной полости – 38 (7), несостоятельностью (культы 12 перстной кишки – 5 (1), желчным перитонитом – 4 (2), перфоративной язвой желудка – 5 (2), непроходимостью кишечника – 17 (4), несостоятельностью культы червеобразного отростка – 3 (1), внутренним кровотечением – 4 (1), закрытыми травмами живота – 3 (1), эвентрацией органов брюшной полости – 5 (2).

В первые 12 ч с момента появления признаков осложнений релапоротомия выполнена 11,6% больным в сроки от 12 до 24 часов в 23,8%, поздние – 64,6%, из них у 8 больных дважды и у 5 больных – трижды. В большинстве наблюдений релапоротомии выполнена поздно в сроки 8-10 суток, после первой операции у этой категории больных возникшие ухудшения состояния купировалось консервативными мероприятиями, с введением обезболивающих средств назначаемых в послеоперационном периоде, притупляли болевые ощущения, а тахикардия, одышка, повышение температуры, вздутие живота, задержка стула и газов трактовались как следствие оперативных травм и реакция на инфузионную терапию. При установлении различных нарушений деятельности отдельных органов и систем стремились прежде всего корригировать нарушения обмена, проводили антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, осуществляли мероприятия по борьбе с парезом кишечника. Выполнение комплексных лечебных и диагностических мероприятий не всегда адекватно помогли улучшению функций органов и систем, наоборот, затрудняли диагностику и в большинстве случаев являлись причиной упущения наиболее благоприятных сроков релапоротомии. Перитонит как причина вынужденных повторных операций отмечено у 120 оперированных больных, среди них местный ограниченный перитонит наблюдался у 71 (59%), в том числе: у 24 – это было подпеченочный абсцесс, у 18 – поддиафрагмальный, у 16 – межкишечный у 13 гнойник локализовался в малом тазу. По поводу разлитого перитонита повторно оперировано 49 (40,9%) больных, из них 13 больным выполнено дважды и трижды повторные операции. Причиной повторных операций явилось несостоятельность швов сформированных анастомозов и спаечных и течной непроходимости. Чаще возникало это осложнений у больных пожилого и старческого возраста. Для прогрессирования уже имеющегося перитонита характерно улучшение состояния больного в первые дни после операции, что связано с выполнением санации брюшной полости и уменьшением интоксикации. Но на 3-4 день после операции усиливается парез кишечника, который особенно упорный характер, повышается температура тела, нарастает интоксикация. Нами оперировано 45 больных, из них умерло 12. Учитывая трудности в диагностике послеоперационных осложнений, мы попытались отметить их наиболее характерные признаки. При таких осложнениях как недостаточность швов культы двенадцатиперстной кишки, культы в результате некроза или воспалительного процесса, у всех больных отмечен момент возникновения резких болей в животе. Однако в ближайшие часы интенсивность болей уменьшалась, они принимают разлитого характера. Позднее появлялось вздутие живота, нарастала интоксикация. Внезапное появление болей в животе в послеоперационном периоде имеет большое диагностическое значение. Нами оперировано 5 больных, 1 из них умер. Пятерым больным сделана релапоротомия по поводу желчного перитонита, возникшего в результате повреждения печени и желчевыводящих путей. У 2 больных повреждение желчевыводящих путей было просмотрено во время первой операции, у 2 печень травмирована во время первого оперативного вмешательства. Желчный перитонит протекал вяло. На 1-й день в клинической картине выступали парез кишечника и постепенное нарастание интоксикации. Все больные оперированы на 5-6 день после операции умерли 2 больных. Причиной несостоятельности культы червеобразного отростка являются погрешности в технике оперативного вмешательства. Во всех наблюдениях первичные операции производили по поводу деструктивных форм аппендицита. В 2 наблюдениях релапоротомию выполняли по поводу перитонита на 4-е сутки после аппендэктомии и у одного оказался деструктивный процесс в дивертикуле Меккеля, который не был диагностирован во время первичной операции. Умер 1 больной.

При тупых травмах живота во время операции у одного больного найден разрыв брыжейки подвздошной кишки и у 2 – разрыв мочевого пузыря. После ушивания дефекта брыжейки тонкого кишечника на 5 сутки при нарастании явления перитонита произведена релапоротомия. Обнаружен некроз участка тонкой кишки соответственно разрыву брыжейки. Больной умер. Здесь имела место ошибка хирурга во время первой операции – ушивание разрывов брыжейки недопустимо. Необходимо было производить резекцию соответствующего участка кишки. Редкой причиной, обуславливающей необходимость срочной релапоротомией, явилось повреждение стенки мочевого пузыря в 2 случаях. На 2-3-е сутки после операции обнаружена признаки внутрибрюшинного катастрофа. При релапоротомии выявлены надрывы стенки мочевого пузыря, которые были ушиты. Наступило выздоровление. При развитии абсцессов в брюшной полости не всегда бывает типичная клиническая картина нагноительного процесса, сопровождающегося ознобом, высокой температурой тела, так как всё это происходит обычно на фоне антибиотикотерапии. Появление температуры тела, пареза кишечника, болей в животе, ухудшение показателей крови на 4-6 день после операции, позволяют заподозрить формирование абсцесса в брюшной полости. В диагностике гнойников, локализованных в полости

малого таза большую ценность представляет доступ ректального пальцевого исследования. Мы производили релапоротомию по поводу абсцессов брюшной полости 75 больным, умерли – 17. Среди других послеоперационных осложнений, потребовавших релапоротомию: у 5 больных после ушивания перфоративной язвы желудка; у 2 больных на 3-4 день после операции наступила несостоятельность швов, наложенных на желудок, у 3 больных послеоперационный период осложнился образованием подпеченочного абсцесса, этим 5 больным произведены релапоротомии, умерли 2. Непроходимость кишечника в послеоперационном периоде начинается с болей в животе схваткообразного характера, вздутием. Позднее выявляются тахикардия и другие основные симптомы этого заболевания. Оперировано 17 больных, умерли 4. Нередко непроходимость кишечника развивается на фоне уже имеющегося пареза кишечника, что значительно затрудняет диагностику этого осложнения. Очень трудна диагностика послеоперационных внутренних кровотечений, особенно, если они не очень интенсивные, так как гемодинамические показатели существенно не меняются. Клинические признаки кровотечения проявляются умеренным, но упорным парезом кишечника на фоне анемии этого осложнения. Оперировано 4, умер 1. По поводу эвентрации оперировано 5 больных преимущественно пожилого и старческого возраста. У 2 из них наблюдалась подкожная эвентрация и у 3 – полная, при которой имелось расхождение всех слоёв лапоротомной раны с выходом кишечных петель непосредственно в рану или за пределы передней брюшной стенки. Среди этих больных в сроки от 4 до 10 дней после первичной операции у 3 и 2 больных эвентрация возникла на 12-14-е сутки. Умерли 2 больных.

Таким образом, в послеоперационных осложнениях, происходящих в органах брюшной полости, приоритетная роль принадлежит своевременной диагностике, активной хирургической тактике, радикальному оперативному вмешательству для устранения источника осложнения. Только в рациональном сочетании хирургического лечения с интенсивной антибактериальной и инфузионной терапией, можно найти успешное решение проблемы существенного снижения летальности в этой группе больных.

Выводы: Причины повторных абдоминальных операций многообразны, однако главной является продолжение воспалительного процесса, вызванного тем заболеванием, по поводу которого произведена первичная операция. Основным показанием для релапоротомии служит нарастание ранних признаков острого перитонита. Своевременное определение показаний к релапоротомии является одним из важнейшим условий её эффективности при повторных оперативных вмешательствах. Основным фактором в снижении летальности от релапоротомии является своевременность диагностики осложнений, активности хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Релапоротомия в неотложной хирургии // Вестн. Хир., 2004. № 3.Т. 6. С. 41-43.
2. Буценко В.Н., Антонюк С.М. и др. Резидуальные абсцессы брюшной полости // Вестн. Хир., 2005. № 3. Т. 6. С. 123-125.
3. Гольба З., Кутыпа С., Мистерка Ю. Релапоротомия после операции на органах брюшной полости // Хир., 2000. № 4. С. 84-86.
4. Древина А.И., Коновалов Н.И., Макарова Ю.Я. Причины повторных абдоминальных операций // Вестн. Хир., 2003. № 8. С. 16-21.
5. Захаров С.Н., Курмангалиев Ф.К., Баскаков В.А. и др. Релапоротомия в экстренной хирургии // Вестн. Хир., 2000. № 4. Т. 16. С. 15-17.
6. Кириченко Л.Н., Васильковская В.Я., Лаптева А.А. Затруднения и ошибки в определении показаний к релапоротомии // Хир., 2004. № 1. С. 88-92.
7. Мелехов Е.П. Ошибки в диагностике ранних осложнений, требующих релапоротомии // Хир., 2004. № 2. С. 20-22.
8. Савельев В.С., Гологорский В.А. Релапоротомия в неотложной хирургии // Хир., 2001. № 3. С. 9-14.
9. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Ранние симптомы осложнений в послеоперационном периоде, показания к релапоротомии // Хир., 2001. № 3. С. 17-21.
10. Amman N.E., Salem L., Lordor W. // Chirurg. 2001. Vol. 12. S. 133-140.
11. Ecrert P., Eichfuss H.P. Peritonitis. Stuttgart. – 2000.
12. Zajac J., Gabriel J., Snops – Ln: Pam. XLVI, Ziazdu Chir. Polskch. Lublin. – 1992. – P. 473.

УДК: 617-036.11.089-11.15107.617.55.072.1

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПОРОЦЕНТЕЗА И ЛАПОРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ЖИВОТЕ

И.Н. Курбанов

Больница скорой медицинской помощи, г. Шымкента

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Мырзакентская райбольница ЮКО

ТҮЙІН

266 ауруларға жасалған лапароцентез және лапароскопия іштің жабық жаракаттарын және қуыс ауруларын анықтау кезінде қолданылатын жоғары ақпараттық, аз зақымдайтын, диагностикалық және жоғары ақиқаттық әдістер ретінде өз тиімділігін көрсетті. Осы әдістердің қолдану клиникалық тәжірибесі тиімді ота жолын табуға және науқастарды операция алдындағы тексеру уақытын бірталай қысқартуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

The application of abdominal paracentesis and laparoscopy in 266 patients has approved its effectiveness as high informative, less traumatic, diagnostic and impersonal method during not clear clinical implications of dull abdomen traumas and abdominal cavity diseases. Application of these procedures in clinical practice allows to find more rational surgical approach and well shorten the time of patients' pre-surgical examination in hospital.

Вопросы ранней диагностики при закрытых повреждениях живота, острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости и послеоперационных осложнений относятся к наиболее сложным разделам абдоминальной хирургии – летальность которых достигает до 20-25% [1, 4, 8, 11]. Это говорит о необходимости изучения новых средств диагностики и выявления неиспользованных возможностей уже известных в практике способов. В неотложной хирургии вопрос о показаниях к операции и времени её проведения нередко имеет решающее значение. Рекомендуемая многими авторами [2, 3, 8] во многих сомнительных случаях диагностическая лапоротомия даже в условиях применения современных методов обезболивания и реанимации нередко утяжеляет состояние больных и может сама явиться причиной смерти [3, 5-7, 10]. Поэтому большинство авторов указывают диагностическую ценность лапороцентеза и лапороскопии. По данным А.Н. Беркутова и соавт., применяя лапороцентез можно получить до 98% достоверных результаты, а сократить время наблюдения 3-4 раза и уменьшить диагностическую ошибку в 6 раз. В связи с этим, мы решили применять лапороцентез в неотложной хирургии с целью улучшения диагностики, выбора оперативного доступа, способа лечения, а также как лечебный метод.

В клинике неотложной хирургии за 5 последних лет с диагностической целью применены лапороцентез и лапороскопия к 266 больным. Диагностический лапороцентез при тупой травме живота или при подозрении на острое хирургическое заболевание брюшной полости был произведён у 112 больных. Механизм травмы был следующим: падение с высоты – 38 больных, транспортные травмы – 30, у 17 – бытовая травма из этих групп больных с тупой травмой живота было у 38 больных с повреждением паренхиматозных органов, у 25 с повреждением полых органов, у 12 – разрыв сальника, у 2 – повреждение диафрагмы, у 10 – разрыв брыжейки, у 6 – без повреждений внутренних органов, у 7 – острый панкреатит, у 11 – внематочная беременность, у 4 – острый аппендицит, у 2 – прикрытая перфорация язвы 12 п.кишки, у 2 – острый холецистит и у одного больного – пельвиоперитонит. У 6 больных лапороцентез помог избежать ненужной лапоротомии. Однако, у 3 больных при получении крови из брюшной полости сделанной, поэтому лапоротомии кровотечение из раны сальника (2) и раны печени (1) оказалось самостоятельно остановленными. Лапороцентез с целью выбора рационального оперативного доступа при перитонитах неясной этиологии произведён у 8 больных. Сюда мы относим больных, поступивших в стационар поздно, через несколько суток после начала заболевания, когда трудно поставить топический диагноз болезни, как прикрытой перфоративной язвы 12 п. кишки (2) случаях, деструктивный аппендицит (4), острый холецистит (1) и пельвиоперитонит (1) больных. Кроме того, было целесообразно применение лапороцентеза и при торако-абдоминальных повреждениях. Брюшная пункция позволяет иногда решить вопрос, с чего лучше начинать операцию – с лапоротомии или торакотомии. Применение лапороцентез с целью наблюдения за состоянием брюшной полости и появлением в ней выпота или крови при ясном диагнозе при повреждении органов или острого процесса в брюшной полости оставлен полихлорвиниловый катетер у 5 больных. В ряде случаев трудно решить вопрос о течении, как при остром панкреатите. По характеру и объёму выпота в брюшной полости можно до некоторой степени судить о выраженности морфологических изменений в патологическом очаге. Кроме того, катетера используем его с лечебной целью. Через этот катетер мы вводили 0,25% раствор новокаина с контрикалом, антибиотиков и других лекарственных препаратов у 3 больных. При выполнении лапороцентеза и лапороскопии как правило, пользовались местной анестезией, только у больных с двигательным возбуждением исследование производили подвнутривенным наркозом.

Лапороскопия как метод диагностики при закрытой травме живота мы применяли у 53 больных. Наиболее частой причиной травмы были бытовая травма, несколько реже – падение с высоты и транспортные происшествия. У 53 больных при лапороскопии найдены следующие изменения: кровь в брюшной полости от небольшого до значительного количества (33), явление разлитого и диффузного перитонита с примесью крови и кишечного содержимого в экссудате (6), забрюшинные гематомы (3), разрывы печени (5), разрыв мочевого пузыря (2) и повреждения диафрагмы (2). У 2 больных при лапороскопии патологических изменений в брюшной полости не найдено. Остальные 51 больной оперированы. У них были найдены следующие повреждения. Разрывы полых органов – у 28, разрыв паренхиматозных органов – у 12, множественные повреждения органов брюшной полости – у 11 больных. В установлении показаний к операции у больных с закрытой травмой живота с помощью лапороскопии не было допущено ошибки.

По мнению некоторых авторов [6-9], экстренная лапороскопия показана при всех острых хирургических заболеваниях брюшной полости, когда точный диагноз не может быть достоверно установлен на основании клинических рентгено-лабораторных данных. Определяя значение экстренной лапороскопии в неотложной хирургии, мы считаем необходимым рассмотреть и диагностические и лечебные возможности при различных острых заболеваниях в органах брюшной полости. Из 101 больных после лапороскопических исследований: у 14 больных подтверждён острый холецистит, у 17 – острый деструктивный панкреатит с

фибринозно-гнойным перитонитом (6), разлитой перитонит неясной этиологии (4), острый аппендицит (12), пельвиоперитонит (27) и у 21 больного результаты лапороскопии были расценены как малоинформативные окончательный диагноз у этих больных был установлен после диагностической лапоротомии. Таким образом, острый аппендицит или другое заболевание, требовавшие экстренной операции после лапороскопии был исключен у 6 больных, у 2 больных с клиническим диагнозом перитонит во время лапороскопии был выявлен деструктивный холецистит, желчный перитонит. У 11 из 14 больного с воспалительным инфильтратом в области желчного пузыря была успешно выполнена чрезкожная и чрезпеченочная холецистостомия. Экстренная лапороскопия была выполнена у 4 больных диагнозом перитонит неясной этиологии. Мы считаем, что лапороскопия в подобной ситуации должна предшествовать лапоротомии, так как она позволяет уточнить диагноз, определить хирургическую тактику. При экстренной лапороскопии было выявлено: у 17 деструктивный панкреатит из них у 6 - фибринозно-гнойным перитонитом. У всех этих больных клинические данные и лабораторные показатели были недостаточно информативны для установления достоверного диагноза и не позволяли исключить другие острые заболевания брюшной полости. Кроме того, во время лапороскопии у 12 больных установлен диагноз острый аппендицит. Такие больные, как правило, составляет наибольшую часть контингент, поступающего в хирургические стационары по экстренным показаниям. Проблемы дифференциальной диагностики острого аппендицита чрезвычайно актуальны, особенно в случаях протекающих со стёртой или атипичической клинической картиной [9-11]. Подозрение на острые хирургические заболевания гениталий явилось экстренных лапороскопии у 27 больных, у 18 из них, по данным гинекологического осмотра, включая пункцию заднего свода, нельзя было исключить внематочную беременность, а у 4 разрыв кисты яичника. У 5 больных лапороскопия была выполнена с целью дифференциальной диагностики острого аппендицита и острых воспалительных заболеваний половых органов.

Таким образом, из 78 больных с различными заболеваниями гениталий диагноз, установленный при поступлении, был подтверждён лишь у 32. Это не только указывает на трудности дифференциальной диагностики острых хирургических и гинекологических заболеваний, но и ещё раз подтверждает диагностическую ценность экстренной лапороскопии у этих больных.

Выводы: Лапороцентезы и лапороскопия являются ценным объективным высокоинформативным и диагностическим методом при неясной клинической картине тупой травмы живота или остром хирургическом заболевании органов в брюшной полости. Лапороцентезы и лапороскопия может быть использованы для контроля, наиболее рационального оперативного доступа, а также лечебной целью. Применение инструментальных методов исследования при закрытой травмы живота или патологического процесса в органах брюшной полости позволяет значительно сократить время дооперационного обследования больного в стационаре, что положительно сказывается на результатах лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беркутов А.Н., Цыбуляк Г.Н., Закурдаев В.Е. Диагностика повреждений внутренних органов при закрытой травме живота // Вестн. Хир., 1999. - № 3. – С. 49-51.
2. Браташ Б.М. Лапороцент и лапороскопия при закрытой травме живота // Хир., 2004. - № 3. – С. 14-16.
3. Бугулов Г.К. Ошибки в диагностике закрытой травмы живота // Вестн. Хир., 2002. - № 3. – С. 32-34.
4. Буценко В.Н., Бурцев А.Н., Антонюк С.М., Шаталов А.Р. Экстренная лапороскопия в абдоминальной хирургии // Вестн. Хир., 2004. - № 2. – С. 11-14.
5. Кочнев О.С., Ким И.А. Лапороскопия неотложной хирургии // Хир., 2000. - № 4. – С. 17-19.
6. Кузьменко В.В., Салников Д.И., Гиршин С.Г., Дубров В.Э. Лапороцентез в травматологической клинике // Вестн. Хир., 2003. - № 2. – С. 50-52.
7. Махов Н.И., Селезнёв Г.Ф. Некоторые вопросы диагностики и лечения закрытых травм живота // Хир., 2005. - № 2. – С. 47-49.
8. Романенко Н.Я. Лапороцентез в неотложной абдоминальной хирургии // Хир., 2001. - № 2. – С. 54-56.
9. Byrne R.V. Arch. Surg. – 2000. – Vol. 61. – P. 273-285.
10. Putel J.S. Rev. prat., - 2007/ - Vol. 17. – P. 2817-2838.
11. Wilkinson A.F. Salr. J. Surg., 2003. – Vol. 11. – P. 217-224.

УДК: 616.366-002./-053.9-089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

И.Н. Курбанов, А. Ж.Кульчигов

Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г. Шымкент

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

Мырзакентская райбольница, ЮКО

ТҮЙІН

Аяқ астынан пайда болған холециститпен ауырған, 60-тан жоғары жастағы 268 науқастарға жасалған операция нәтижесін талдауы 153 (56,3%) науқастарға операция жедел және жоспарлы түрде өткізілгенін, 128 (83,6%) науқастар флегмонамен ауырғанын, 17 (11,1%) гангрена және 8 (5,3%) науқас гангреналық-перфоративті түрімен ауырғанын көрсетті. Холециститтің деструктивті түрлері жиі кездесу себебінен, кәрі адамдарға аяқ астынан пайда болған холециститті емдеу үшін белсенді хирургиялық тактиканы қолдану қажеттілігіне назар аударады.

SUMMARY

The results of surgical treatment for acute cholecystitis in 268 elderly and old patients were analysed. Emergency operations were performed in 153 (56,3%) patients who were over 60 years age; 128 (83,6%) of them had phlegmonous cholecystitis, 17 (11,1%) had gangrenous cholecystitis and 8 (5,3%), had perforating cholecystitis. The frequent development of phlegm monous and destructive forms of gallbladder in Plammation is evidence of the expediency of active surgical tactics in acute cholecystitis in the contingent patients.

Дискуссия в хирургической тактике при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста продолжается более 100 лет, однако до настоящего времени нерешенными остаются задачи уменьшения числа послеоперационных осложнений и летальности [1, 3, 5, 8]. Одни авторы являются приверженцами консервативного ведения острого периода болезни [2, 6, 7, 9, 10], другие отстаивают необходимость расширения показаний к экстренным и срочным оперативным вмешательствам [6, 10, 11, 13]. Однако наиболее дискуссионными остаются разногласия среди хирургов, являются вопросы хирургической тактики прежде всего, вопрос о выборе оптимальных сроков выполнения оперативных вмешательств. В последние годы наблюдается неуклонный рост количества больных преклонного возраста, это стало очень важно в связи с увеличением оперативных вмешательств у этой категории больных, данным некоторых авторов, число оперированных по поводу острого холецистита составляет от 47,5 до 50% [1, 3, 11, 13], летальность в 5-10 выше, чем у больных среднего возраста [2, 4, 12]. В связи с этим, вышесказанное не позволяет считать проблему острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста решенной и заставляет нас проводить дальнейшие исследования и научные разработки.

В хирургической клинике ЮКГМА в 2000-2009 гг. на лечении находились 1482 больных острым холециститом, 464 (31,3%) из них в возрасте 60 лет старше, из них оперировано 268 (57,8%). Среди оперированных было 76, женщин и 23,6% мужчин. Оперативное вмешательство больным применял различные сроки: 87 (32,4%) больным выполняли экстренные операции, (23,9%) - срочные (2-3 сут.), 56 (20,9%) - отсроченные (3-4 сут.) и 61 (22,8%) - плановые, после стихания острого воспалительного процесса (в пределах: 10 сут.). Нам удалось купировать острый воспалительный процесс почти у половины больных, применяя комплексную медикаментозную терапию в течение 2-10 суток и выполнить отсроченную и плановую операции в более благоприятных условиях. Причинами поздней госпитализации (позднее 24 ч), в 181 (68,4% больных пожилого и старческого возраста были: поздняя обращаемость медицинской помощью (84), неоправданно длительное лечение на дому участковыми терапевтами и врачами скорой медицинской помощи (72), лишь 25 больных отказывались от госпитализации. После 3-х суток от начала заболевания поступило 64,6% больных. В исходе заболевания у больных старческой возрастной группы важную роль играет своевременность оперативного вмешательства. В то же время, поздняя госпитализация, трудности диагностики чаще всего наблюдаются именно у этой категории больных. В 12,4% наблюдений были допущены диагностические ошибки на догоспитальном этапе и при поступлении больных в стационар (1,2%). Тяжесть основного заболевания усугубляется наличием сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. У 54,5% оперированных, кроме выраженных изменений в печени, поджелудочной железе, желудочно-кишечном тракте были сопутствующие заболевания атеросклероз коронарных артерий - 38,7% наблюдений, гипертоническая болезнь II-III степени - 26,3%, ишемическая болезнь сердца - 12,4%, пневмосклероз и эмпиема лёгких - 10,2%, недостаточность кровообращения - 7,1%, сахарный диабет - 3,5%, почечно-печеночная недостаточность - 1,8%. Тяжелое состояние при поступлении отмечено у 24,2%, состояние средней тяжести - у 53,5%, удовлетворительное - у 22,3%» больных. В наших наблюдениях оперативные вмешательства по экстренным показаниям выполнены к 87 (32,4%) больным.

Экстренные операции после интенсивной непродолжительной предоперационной подготовки (2-4 ч) показаны при явлениях местного или разлитого перитонита. В 12 наблюдениях, когда на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний выраженной интоксикации трудно было решить вопрос о необходимости экстренной операции, использовалось лапароскопическое исследование, завершённое лапоротомией у 10 больных. Срочные операции выполнялись в тех случаях когда в процессе энергичного консервативного лечения воспалительный процесс не уменьшался или нарастал. По таким показаниям через 2-3 сут оперировано 64 (23,9%) больных. Отсроченные операции были вынуждено предприняты более чем через 3 суток после поступления по следующим причинам: безуспешные попытки консервативной терапии - у 28 больных, тенденция прогрессирования процесса - у 18, отказ больных от своевременной операции - у 10. При улучшении общего состояния на фоне интенсивной консервативной терапии больных обследовали и при наличии показаний операцию производили через 6-10 дней. По таким показаниям оперировано 61 (22,8%) пациент.

В общей сложности экстренные и срочные операции произведены 153 (56,3%) больным старше 60 лет, из них флегмонозный холецистит выявлен у 128 (83,6%), гангренозный - у 17 (11,1%), гангренозно-перфоративный – у 8 (5,3%). Преобладание флегмонозных и деструктивных форм воспаления желчного пузыря свидетельствует о целесообразности активной хирургической тактике при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Операцией выбора при остром холецистите у больных пожилого старческого возраста является холецистэктомия. Холецистостомия считаем вынужденной операцией у наиболее ослабленных и имеющих тяжелые сопутствующие заболевания больных. Холецистэктомия произведена 192 (71,6%) больным старше 60 лет, холецистэктомия, дополненная холедохотомией - 47 (17,5%). Холецистостомия произведена в 29 (10,9%) наблюдениях. У 26 (55,3%) больных холедохотомия завершена наружным дренированием общего желчного протока, у 13 - глухим швом холедоха, дренажем по Холсте Пиковскому, у 8 - наложением билидигестивного анастомоза. Наиболее тяжелым и нередко встречающимся осложнением острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста является перитонит. В наших наблюдениях частота перитонита составила 23,8%. Перитонит по характеру распространения в 53 наблюдениях был местным, в 11 – разлитым. Предоперационная подготовка (её средняя продолжительность - 2-3 часа), включающая массивную дезинтоксикационную терапию, коррекцию гемодинамических нарушений, водно-электролитных расстройств - необходимый этап в лечении перитонита. Операция должна производиться при полноценном обезболивании и с обязательным тщательным туалетом брюшной полости. Сопутствующий хронический панкреатит был выявлен во время операции у 69 (25,8%) больных. Клинические проявления, особенности тактики при холецистопанкреатите определяются тяжестью заболевания, преимущественным вовлечением в процесс желчевыводящих путей или поджелудочной железы. Среди других осложнений острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста выявлено у 42,5% холедохолитиаз, у 57,5% холангит, желтуха при поступлении была у 18,4% больных, в анамнезе - 6,5% больных. Камней в желчном пузыре обнаружено в 94,3% наблюдений. Послеоперационная летальность при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста из 268 оперированных в возрасте старше 60 умерли 13 (4,9%). Летальные исходы, как правило, зависят от осложнений острого холецистита, прогрессирующих после операции - у 2 больных печеночно-почечной недостаточности - 3, от легочно-сердечной и сосудистой недостаточности - 4, от тромбозомболического синдрома - 2, в 2 наблюдениях причиной смерти явился геморрагический панкреатит, развившийся в послеоперационном периоде.

Выводы: Особенностью острого холецистита у больных старше 60 лет является быстрое развитие деструктивных процессов в стенке желчного пузыря. Если в процессе интенсивного консервативного лечения ближайшие 10-12 часов проявления воспалительного не уменьшаются или нарастают, то необходима срочная операция. Острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста отличается тяжестью и большим числом сопутствующих заболеваний. При лечении больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом необходимым является их ранняя госпитализация в хирургическое отделение и активная хирургическая тактика. Операцией выбора при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста является холецистэктомия, после предоперационной подготовки больных, у ослабленных - холецистостомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко Г.М., Кочиашвили В.И. Острый холецистит у лиц пожиле и старческого возраста Хир., 2004. № 5.С. 2626-28.
2. Беличенко И.А., Васильев Р.Х., Корженявский Т.В. Проблемы хирургии желчных путей - М., 2002. С. 18-19.
3. Воросцова О.В. Оперативное лечение острого холецистита у больн пожилого и старческого возраста // Хир., 2004. - № 4. - С. 41-51.
4. Лубенский Ю.Б., Нахинсон Р.А. Лечение острого холецистита больных пожилого и старческого возраста // Хир., 2003. - № 2. - С. 7-9.
5. Мышкин К.И., Кон Л.М., Дубошина Т.Б. Острый холецистит проблема гериатрической хирургии // Хир., 2005. - № 1. - С.30-32.
6. Родкин С.А., Сурженко И.А., Горховер В.И. Вестн. хир., 2003. - Т. 14. - С. 11-13.
7. Тараненко Л.Д. Острый холецистит у больных пожилого и старческ возраста // Клини. Хир., 2001. № 4. С. 17-19.
8. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А. Проблемы хирургии желчь путей // Хир., 2000. - № 3. - С. 50-52.
9. Шипилов Г.Ф. Острый холецистит у лицпожилого т старческ возраста // Хир., 2002. - № 3. - С. 17-19.
10. Criesenbeck K., Wirarcrzyr B. - Chir, Praxis, 1994. - Bd 26. - S. 395-404.
11. Milleret P., Combe J., Traverse G et al - Chirurgie (Paris). - 1997. – Vol. 103.-P. 973-987.
12. Rosoff L., Robbins I.G. Lbid, P-Surgery Clin, N. Amer., 1993. - Vol. 53. – P. 1071-1073.
13. Vayrer P.G., Jost J.L., Drevilton C. - Chrirurgie (Paris). - 2001. - Vol. 107. - P. 26-33.

ӘОЖ 130.2

ҚАЗАҚ АҚЫН-ЖЫРАУЛАРЫНЫҢ ӘДЕПТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ НОРМАЛАРЫ

Қ.Б. Кемелбеков

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

XV-XVII ғасырларда өмір сүрген қазақ ақын-жырауларының поэзиясынан ғасырлар сырын, халықтың салт-санасын, ой-өрісін, тілек –максатын айқын аңғарамыз. Өйткені, жыраулар толғауларын халықтың небір нәзік сырлары, мұң-мұқтажы, қайғы-қасіреті, қуаныш-сүйеніші, келер ұрпаққа айтар өсиеті, тағылымды ойлары

орын алады. Оны XV ғасырдың орта кезінде өмір сүрген қазақ даласының ұлы ойшылы, халқымыздың қоғамдық-саяси, әлеуметтік ой-пікірлерінің көшбасшысы бола білген Асан қайғы ойларынан байқауға болады. Асан қайғы төңірегіндегі аңыздар негізінен үш жүйеге («Асанның алғаш танылуы», «Қайғы атануы», «Жер ұйықты іздеуі») бөлінеді. Бұлардың ішіндегі ең таңдаулысы Асан қайғының «Жер ұйықты» іздеуі жайлы аңыз. Құтты қоныс, жайлы мекен «Жер ұйыққа» жету, оны тану оңайға түспейді. Асанқайғы толғауларында елдің әлеуметтік хал-ахуалын, рухани жан-дүниесін негізгі арқау етеді.

Асан қайғы желмаясына мініп қазақ даласының төрт бұрышын аралай жүріп, сол кездегі қазақ халқының басына төнер қауіп-қатерді дәл болжап айтқан. Мұны оның мына бір өлең шумақтарынан аңғарамыз:

Мұнан соң қилы-қилы заман болар,
Заман азып-тозып жаман болар,
Қарағайдың басына шортан шығып,
Балалардың дәурені тәмам болар.
Ол күні қарындастан қайыр кетер,
Ханнан күш, қарағайдан шайыр кетер,
Ұлы-қызың орысқа бодан болып

Қайран ел, песім жұртым сонда не етер? [1]. - деп толғанды.

Ел қамын көп ойлап, толғанған қарт жырау өзінің толғауларында не жақсы, не жаман, не ғарып деген көкейкесті ойларға өз болжамымен жауап берген. Асан қайғының дүниетанымының ең басты ұғымы – «құтты жер» философиясы. Ол халқына «құтты жер» – іздеп тыным таппаған жан. «Құт» ұғымы жеке адамның басындағы жай емес, халықтық түсінік, халықтың ел болып, елдік санасын білдіретін философиялық ұғым.

Қазақ халқының поэзиясында жыраулардың орны ерекше бағаланды. Жыр толғауларында қанатты сөздер, ғибратты нақылдар кең орын алды. Өмір мен өлім, қазіргі мен келешек туралы ойды өрбіте келіп, жырау өзінің моральдық-этикалық көзқарастарын жеткізді, өз тұсындағы қоғамға, табиғатқа өзінің көзқарасын білдірді. Жауынгер жыраудың туындылары әдетте шабытты романтизмге, ерлік пен азаматтық пафосқа толы болды. Қазақтың батырлар жырын туғызушы да осы жыраулар еді.

Сол кездегі қазақ поэзиясының аса ірі тұлғалары – Шалкиіз (XV ғ.), Доспамбет (XVI ғ.), Жиёмбет (XVII), т.б. жыраулар. Олар Әбілхайыр хан мен Жәнібек хан заманында өмір сүріп, сол кездегі шиеленіскен саяси күрестің қиын-қыстау кезеңдерін жырға қосып көрсете білген адамдар. Қазақтың батырлар жыры мысалы: Қобыланды, Алпамыс, Ер Тарғын, Ер Сайын, Қамбар дастандары тарих шындығымен қабысып жатқан шығармалар. Қазақтың әлеуметтік – тұрмыстық дастандары да (Қозы Көрпеш-Баян сұлу, Қыз-Жібек т.б.) феодалдық-рулық қоғамның өмірін үлкен шеберлікпен көрсетеді. Қауымшылдық құндылығы тек тікелей отбасылық негіздерге сүйенуден ғана емес, сонымен бірге аталас-руластарымен бір болумен айшықталады. Адамның – ержігіттің тіршілік сәнін келтірер ақ неке, адал жар. Ер жігіттің үш намысы болса, біріншісі иманның қорғау, екіншісі ақ некелі жарын отбасын қорғау, ал үшіншісі Отанын, туған жерін қорғау. Неке иманның жартысы деген сөз бар. Неке иманның жартысы болар, себеп: некедегі адам зинақорлықтан сақтанып нәпсіге тойтарыс беруі, имандылықтың кепілі, сонымен қатар өзінің негізгі дұшпаны ретінде өз нәпсісін танып, ар-ұждан тазалығы үшін күрес ең маңызды – намыс. «Жігіттің алған жары жақсы болса, иманыңнан басқадан жақын деген» жақсы әйелдің ерін құрметтер жақсы қасиеттерімен қатар азаматтың ерлік тұлғасын толықтырар негізгі байлықтың бірі ақ жаулық деген ұғым түсінік халық санасында ғасырлар бойы жасап келеді. Иман адамның бұл дүниеде де ең қымбат қазынасы болса, Адамның ақыретке апарар қазынасы осы. Ал адал жар ақыретте де бірге болар екі дүниелік жолдасың дейді. Ақын жақсы жаман дегенде жақсы әйел, жаман әйел, жақсы жігіт, жаман жігіт деп олардың жақсы жаман сипаттарын ашуда имандылық негізге сүйенеді. Бақ дәулет ұғымын ақын Жаратушының берген ырзық несібесі деп қарайды. «Алғаның жақсы болса қара жердей» дегенде қара жер символдық жүк арқалап тұр, космологиялық ұғымда жер өзінің құнарымен, кішіктігімен, мейірім, қамқорлығымен, жасампаздық пен ізгіліктің тіршілік бастауы ретінде белгілі.

Жақсы қатын сырласың, қорғаның, адамның дәулет құсы.

Әйел алсаң қарап ал ақылдысын,

Ол сенің ақыреттік жақын кісің.

Келген мейманыңды және туғаныңды

Бірдей тәрбиелеп,

Ол және ұмытпасың хақтың ісін [2].

Әйелді ақылына қарай таңдап ал, ол екі дүниелік жолдасың деп жігітке ескерткенмен, бұл жерде әйелге қойылар талаптар айтылады. Әйел мейманға сый-құрмет көрсететін, туғанға қамқорлық жасайтын, мейірбан болуымен қатар хақтың ісін ұмытпайтын тақуа болсын дейді.

Үгіт насихат айтып жақсы істермен ғибрат қалдыруды көздеген ақын сөз өнерінің қадірін біліп, ақиқат жолына жұмсаған, өзгені де осыған үндеген.

Атадан мирас ақылың,

Түзік айтқан мақұлың.

Ләзім болған іспен тең,

Шешен жігіт дүрмен тең [2].

Уайымшыл мен қайғы ойлаған жігіт жалған қауіп пен болымсыз үміт күрсауындағы тәуекелсіз адам.

Бұл дүниеде қонған бақ та баянсыз, сондықтан «Зауалды жалған дүниеде» иеленген атақ мансап, байлық пен дәреже тұрақты емес, ол асып тасуға менмендікке ұрындырмағаны ләзім. Тіптен бұл дүниедегі адамдар арасындағы жаулық пен дұшпандықты да көрге кіргенше ұстануға болмайды. Адамның негізгі жауы адам емес. Анық дұшпанды айқындап, соған қарсы ұрыс сал.

Қарсы жүрген адамың,

Басын исе достық қыл,

Жеңілсе дұшпан достық қыл,

Аяққа салып баспаңдар [2].

Жаудың өзі де адам, қарсы тұрып, қарысып шайқасқанда дұшпан болғанмен жеңіліп мойынсұнған кезден бастап оған да достық мейірбандық көрсету адамдық борышың. Қазақтың дәстүрлі әдебіндегі қауымдық арналардың басымдылығы туралы аз жазылып жүрген жоқ және оған деректерді де біршама келтіруге болады. Осы түсінік туралы біз өз назарымызды даралық пен қауымдылықтың қазақ қоғамындағы тоғысқан ұғым-бейнелеріне аудармақпыз. Бұл кездегі Қазақ хандығының мемлекеттік құрылысы мен халық өмірінің ерекше жағдайларын өзіндік өзгешелігімен қамтитын қоғамдық уклад «билер сөзі», «билер айтысы», «билер дауы», «төрелік айту», «шешендік сөздер» деп аталатын көркемдік мәдениеттің бірегей түрін туғызды. Әдебиеттің бұл түрін шығарушылар негізінен XV-XVIII ғасырларда қазақ қоғамында сот ісін жүргізумен айналысатын билер болатын. Олар тек сот ісін жүргізумен ғана айналысқан жоқ. Билер хан кеңесінің мүшелері болып, мемлекеттік істерге белсене араласты. Сонымен бірге атақты билер тайпалар мен рулардың басшылары болып, ел басқарды, жиындарда солардың атынан сөз сөйлеп, айтыс-тарғыстар кезінде олардың мүдделерін қорғады.

Қазақтың атақты билері поэтикалық таланты зор және суырып салма айту мен шешендік сөз арқылы өзара айтыстың тамаша шеберлері болған. Би-шешендердің әдеби шығармашылығы түрі жөнінде, мазмұны жөнінен де ерекше, прозаны поэзиямен ұштастырып отырған. Олардың поэтикалық туындылар жанры, тақырыбы және жасалу себебі жағынан да алуан түрлі болып келген. Сондай-ақ би-шешендер әдебиетінің тақырыбы да өте кең, ал олар қозғайтын проблемалар қоғамдық жағынан да маңызды орын алды. Олар: әділеттік-озбырлық, достық-жаулық, ізгілік-зұлымдық, ұжымдық-бытыраңқылық, ақылдылық-топастық, батырлық-қорқақтық және тағы басқалары.

XVI-XVIII ғасырлардағы би-шешендер арасында мемлекеттік және қоғамдық қызметінің маңыздылығы, шешендік өнерінің күшімен поэтикалық шеберлігі жағынан Төле би Өлібекұлы (1663-1756), Қазыбек Келдібекұлы (1665-1765) және Әйтеке Байбекұлы (1682-1766) ерекше орын алды. Олар тек Қазақстанда ғана емес, сонымен қатар Ресейде, Хиуада, Жоңғария мен Қытай империясында танымал болған. Бұл кезде қазақ тіліндегі жазба әдебиеттер діни және аңыздық мазмұндағы кітаптар түрінде таралды, сондай-ақ тарихи шығармалар мен рулар тарихы (шежіре) жасалды. Олардың ішінен Заһир-ад-дин Бабырдың «Бабырнамасын», Камалад-дин Бинаидың «Шайбани-намесін», Мұхаммед Хайдар Дулатидың «Тарих-и-Рашидин», Қожамқұл бек Уәлидің «Тарих-Қыпшағын», Қадырғали бектің «Жамих-ат-таварихын» және басқа да шығармаларды арнайы бөліп көрсетуге болады.

«Тарих-и Рашиди» – Орта Азия мен Қазақстанның XIV ғ. II- жартысынан XVI ғ. басына дейінгі тарихы баяндалған шығарма. Бұл шығарма 1541-1546 жылдары жазылған. Оның қолжазбасы екі дәптерден құралған. Бірінші дәптерде Шағатай әулетінің тарихы баяндалады, екіншісінде XV-XVI ғ. Шинжаң өлкесінде, Орталық Азияда, Индия мен Ауғанстанда өткен тарихи оқиғалар баяндалады. Онда қазақ тарихына қатысты құнды деректер бар. XV ғасырдың ортасында батыс Жетісуда қазақ хандығының құрылуы, қазақ-қырғыз, өзбек халықтарының қатынасы, Шығыс Қазақстанның қоғамдық шаруашылық жағдайы берілген. Қазақтың дәстүрлі әдебіндегі индивидуалдық және қауымдық факторлардың арақатынасын қарастырғанда, оларды органикалық тұтастық немесе адамдық ынтымақтасудың көшпелілік тәртібі деп анықтауға болады. Хандық дәуірде бұл тәртіп қазақ қоғамының болмыс бітіміне сәйкес болғанымен, кейінгі трансформацияларда өзінің үйлесімдіруші функцияларынан айырылып қалды. Өйткені XVIII ғасырдан бастап қазақтың әлеуметтік мәдениеті ішкі қисындылықтан гөрі сыртқы әсерлер ықпалымен түбегейлі өзгерістерге ұшырады. Бұл әсерлер (Ресей отаршылдығы, Қытай мен Орта Азия мемлекеттерінің экспансиясы, жоңғар шапқыншылығы) қазақтың әлеуметтік мәдениетін шайқалтып жіберді.

Атамекеннің тарылуы қазақтың кісілік негіздерін шайқалтатын, жаугершілік пен отаршылық әсерінен өрістеген теріс қылықтардың көбеюіне әкелді. Біз бұл жерде бодандық психологиядан тарайтын жасқаншақтық, үрей, жағымпаздық, ұлт мүддесін сату сияқты құбылыстарды айтып отырмыз. Қауымшыл кісінің (ынтымақтастық құндылығы мағынасында) орнын «пысық» пен «масыл» басты. Қазіргі замандағы әдеп пен мәдениеттен тыс пысықтар («крутойлар») мен алыпсатарлық «масыл буржуазиямен» оларды салыстыруға болады. Дәстүрлі әдептен айырылу тек отаршыл әкімшілікпен байланысты «жаңа қазақтарды» ғана емес, оған қоса бұрынғы дәстүрлі тұлғалардың болмысын құлазытып жіберді. Дулат ақыннан тағы бір үзінді келтірейік:

Мынау азған заманда

Қарасы – антқор, ханы – арам;

Батыры көксер бас аман;

Қырсыға туды қыз балаң;

Нары – жалқау, кер табан;

Құсы – күйшіл, ат – шабан;

Жырғалаң жоқ, жобалаң,
Ебі кеткен ел болды [1].

Қазақ мәдениетіндегі қауымдық ынтымақтастықтың шайқалып, кісілік қасиеттер өрістей алмай, теріс қалықтардың көбейгенін тек сыртқы факторлармен түсіндіру біржақтылыққа жатады. Тарихта мынандай бір қағида бар: өзі бодандыққа көнгісі келмеген елді ешкім бағындыра алмайды. Мысалы, палестиналықтарды Израил қаншама қысқанымен, олар ел азаттығы үшін күресін тоқтатқан жоқ. Керісінше, Саддам Хусейіннің авторитарлық билігі уақытында моральдық төмендеген халық, АҚШ сол режимді құлата сала мұражайларды тоңай бастады.

Отарлық қысым жағдайындағы қазақ мәдениетінде тұлғалық пен қауымдық ынтымақтастықты, ел мен ер абыройы және намысын қорғауға бағытталған үдерістер де болды. Тарихшылар атап көрсеткендей, отарлық езгіге қарсы күрес қазақ мәдениеті өрісінде бірнеше дараланған кісілік типтердің қалыптасуына себеп болды. А. Сейдімбек отаршылдарға қарсы 300-ге жуық көтерілістер мен қақтығыстардың болғанын атап өтеді [3]. Құлдықты көтермейтін тәкаппар ерлер мен осы тұйыққа тірелген жағдайдан шығу үшін жол іздеген ел даналарын жаңа мәдени қаһармандар деп қарастыруға болады. Сондай тұлғалардың бірі – Мұрат Мөңкеұлы еді. Ә. Қодар атап өткендей, Дулат пен Шортанбай сияқты Мұрат сатқын қандастарын әшкерелеп, азаттық туын жеке-дара көтеру арқылы желбіретті. Отарлық езгімен бірге келген орыстандыру саясатының халықтың адамгершілік қасиеттерін жұрдай еткендігіне налыған ақын «қоңсыдан туып би болған», «қара кісі хан болған», «асылзада баласының құл болып», «асылсыз баласының ақшасына сүйеніп пұл болғанын» батыл сынады. Оның пікірінше, халықты текті тұқымнан шыққандар ғана басқаруы тиіс, «құлдан туған төрені, ақсүйектер ұлы деп», оған ел тізгінін ұстау «адыра қалғыр заманының белгісіне» жатады. «Діні басқалардың ел билеуін» бар пәленің бастауы деп есептеген Мұрат ақын, бекерден-бекер жылай бермей, «кейінгі туған бала үшін», кейінгі ұрпақтың «сауабы үшін», «күндердің күні болғанда, обалы маған» болмас үшін «дулығалы қара нарларды» атқа қонуға шақырады [4]. Осындай ерлердің арасында Кенесары хан ерекше орын алады. Абылайдың немересі Кене хан ұлт азаттығы үшін күрестің рәміздік тұлғасына айналды.

Қазақтың әдеп жүйелеріне арналған еңбектерде XVII-XVIII ғасырлардың түйіскен шенінде қазақ халқының бірлігі ойдағыдай болмағаны расталады, оның тарихи себептері де жоқ емес. Көшпелі өркениет кезінде қазақ сай-саланы паналады, өзен-көл жағасын жағалады. Жер дауы, жесір дауы, барымта мен қарымта қазақ еліне маза бермеді. Қазақтың саяси ынтымағының әлсіз болғандығының тағы бір себебі рулық, тайпалық өмір кешуінде еді. Көшпелі өркениет кезінде ел билеу жүйесінің рулық, тайпалық болып бөлінгені оны одан әрі заңдандыра түсті. Орта ғасыр кезеңінде қазақтың этно-териториялық бірлестік ретінде қалыптасуы, табиғи географиялық жағынан көшпелі өмір қаракеті, ру-тайпалық қатынастар халқымыздың жан дүниесіне өз әсерін тигізеді деу қателік болар еді [5]. Төле би, Қазыбек би, Әйтеке би, Сырым Датұлы, т.т. сияқты тұлғаларды халық өз дәуірінде елін, жерін шапқыншы жаудан қорғап қалу, халықтың бірлігін, ынтымағын нығайту, адамгершілік, парасаттылық, ата-баба намысын, дәстүр-салтын сақтау жолында зор еңбек сіңірген, әлеуметтік ақыл-кеңес берген билердің биі, көсем би деп қадір тұтады.

Қазақ халқының бұл қадірменді билері ел басында күн туған қиыншылық кездерінде, ел жиналған айт, той тұсында, жер дауы, жесір дауы, барымта дауы көтерілген жерлерде ауыл ақсақалдарымен кеңесіп, ел тағдырын бірге шешісіп келген. Кейде ауыл ақсақалдары, билері бір шешімге келе алмай қалғанда ортадан билік айтып дауды тындырып отырған [5]. Алайда отарлық әлеуметтік құрылымда қазақ биінің қоғамдық қызметі кейін орыс әкімшілігі тарапынан «болыс», «старшина», «ояз», «аудармашы», «писарь» сияқты функционалдермен ығыстырылған. Билік айту мен әкімшілік басқарудың арасында түбегейлі айырмашылықтар бар. Біздің зерттеу тақырыбымызға қатысты мынандай тұжырым айтуға болса: болыс әкімшілдік тұлға болса, онда би – мәдени тұлға. Өйткені бидің билігі сөз (шешендік өнер) қасиеттілігіне жүгінетін ынтымақтастықтың қауымдық тәртібіне негізделгенін мына мақалдардан көруге болады: «Бір ғылымнан басқаның бәрі тұл», «Жұртпен бірге өзінді қоса алдасып, салпылдап сағым қуған бойыңа епті ме?» (Абай). Ұлыс билері көпшілікке бағыну керек деген тәлім айтпаған. Бұл саясат қана, ол ғылыммен үш қайнаса сорпасы қосылмайды. Би төбеде қаралуға тиісті мәселелер қаралып болып, шешілетін мәселелер шешімін тапқан соң дәстүрлі ойын-сауық думаны өткізілетін. Бұл ойындар ақақу-сықақу деп аталатын [6].

Этнографиялық деректер билердің көріпкелдікпен айналысқанын да дәлелдейді. «Мысалы: түс жору, түс – көрінген елес, оның қандай мәнісі бар екенін шамалау – жору делінеді. Жора – халық пікірін жинаушы билер. Би – би төбеге әр рудан сайланған алқалар. Халықтың қақ ортасында жұмыс жүргізушілер. Халық пікірін бас алқаға жеткізушілер. Халықтың қандай ой-пікірі, жағдайы бар, оны ары дамытудың немесе нашар жағдайларды болдырмаудың жолдары, бұрынғы заң ережелердің өмірге сәйкеспейтін, өзгертуге қажетті тұстары талқыланды. Демек, би – би жиынына баратын, онда ру атынан сөз алатын адамға жатады. Мәселе талқылауға қатысып, пікір білдіретін кісі, жиында қабылданған заң-ереже, қағида, жөн-жолдарды қайтып халыққа жеткізуші және соны іске асырып орындаушы. Халыққа басшылық етуші. Халықтың өз ішінен тапқырлығымен, шешендігімен, әділдігімен қатарынан озған, сынақтан өткен адам» [6].

Қазақтың дәстүрлі қауымдық мәдениетіндегі әлеуметтік-мәдени тұлғалар мен құрылымдарды кейінгі өзгерген формалармен теңестіріп, басқа мәдени контекстінде алған дұрыс емес. Мысалы, «барымта» түсінігін алайық. Көшпелілік шаруашылық-мәдени тип күйзеліске ұшыраған жағдайда барымтада деструкциялық мақсаттар басым болған. Дәстүрлі қазақ қоғамындағы оның мәнісі басқа еді. Құқықтық әдебиетте оны әдет

құқығының нормасы ретінде қарастырады: «Барымтаның алуан түрлі себептері бар. Біреудің ақ баталы жесірі яки некелі әйелі кетсе, біреу кісі өлтіріп, кісі өлтірген жағы тиісті құн төлеуден бас тартса, біреудің қорық жерінде малы жайылып, бүлдірсе; қыс қыстауына, жаз жайлауына біреулер рұқсатсыз қонса; ортаға түскен олжадан тиісті сыбаға берілмесе; тойға шақырылмай елеусіз қалдырылса; арнап келіп түскен қонаққа тиісті қонақасы берілмесе т.б. салт-сана, әдет-ғұрып қағидалары бойынша барымталаушы ісі заңды деп саналатын. Әсіресе, кісі өлімі үстінде тиесілі құны мөлшерінде барымталап, мал қуып алса да ерсі болмайтын. Оның әлі де болса шексіз, ретсіз қолданылуына Тәуке бірталай тыйым салды» [6]. Ресей империясы құрамына енгеннен кейін және дәстүрлі әлеуметтік реттеу өзгергеннен соң барымта бастапқы мағынасын жойып, заңсыздық аймағына кетті. Әрине, өзгерген заман жағдайында ескі әлеуметтік құрылымдарды қайтадан қалпына келтіруге шақырудың теріс жақтары айтпаса да түсінікті.

Аталған деректер мен куәліктерді біз қазақтың дәстүрлі әдеп жүйесін оның көрнекті өкілдерінің өмірлік ұстанымдарын талдау мақсатында келтірдік. Қазақтың дәстүрлі мәдениетінде тек әдеп пен құқық емес, сонымен бірге саяси-әлеуметтік құндылықтар да мораль құдіреттілігімен баяндалған. Мысалы, «қарға тамырлы» қазақта отансүйгіштік пен ұлтшылдық басты кісілік қасиеттер болып марапатталған. Қазақ халқының ұлтжандылық дәстүрлері, отансүйгіштік қасиеті сонау көшпелілік заманнан бастау алған. Көшпелі қазақтар қоршаған ортаны, табиғатты өздеріне қарсы қоймаған.

Көшпелілер түсінігінде жер жай ғана қоршаған орта емес, ол — тірі, жанды бейне, «Жер-Ана». Көшпелі өзін сол Жер-Ананың перзентімін деп есептейді. «Туған жер топырағынан жаралдым» дейтін адам табиғатқа қарсы қиянатқа бара алмаған. Сондықтан да туған жерді қорғау анадан қорғау, арыңды, өз өміріңді қорғау деп халық санасында есептеледі. «Ер - туған жеріне, ит - тойған жеріне», «Өзге елде сұлтан болғанша, өз елінде ұлтан бол» дейтін халық мақалдары жоғарыда айтқанды дәлелдеп отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Қазақ хандығы дәуіріндегі әдебиет. Хрестоматия. - Алматы: Ана тілі, 1993. – 276 б.
2. Шал ақын. Өлеңдер. Зерттеу деректер (құр. Қадірәліұлы Ғалым). -Алматы: Арыс, 2003. - 200 б.
3. Сейдімбек А. Қазақ әлемі. – Алматы: Санат, 1997. - 440 б.
4. Қодар А. Очерки по истории казахской литературы. – Алматы: Золотой век, 1999. – 243 с.
5. Косжанов А.С. Сырым бидің құқылық шешімдері. – Қарағанды: ҚарМУ, 1996. - 245 б.
6. Хасенов Ж. Ұлыс еліндегі әкімшілік жүйесінің құрылымы // ҚР Әділет министрлігінің хабаршысы – 1996. — № 4. – 42-50 бб.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ РАЗНЫХ БИОТОПОВ МАТЕРЕЙ <i>Б.Т. Сейтханова, К.О. Шарипов, Н.З.Шапамбаев</i>	3
МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ δ -АМИНОЛЕВУЛИНОВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ <i>К. К. Ибрагимов, Б. К. Жумабаева, К.О. Шарипов</i>	5
КӨМІРСУЛАРДАН КЕЙБІР БИОЛОГИЯЛЫҚ МАҢЫЗДЫ ГЕТЕРОЦИКЛДІ ҚОСЫЛЫСТАРДЫ СИНТЕЗДЕУ ЖӘНЕ ФОСФОРИЛДЕУ <i>А. Юлдашев, З.Ю.Аблаева, А.Б. Ордабекова, К.К. Мамбетқұлова</i>	6
УСТАНОВЛЕНИЕ КАТЕГОРИИ ВЫДЕЛИТЕЛЬСТВА УЛИЦ О (1) ГРУППЫ ПО СЛЮНЕ РЕАКЦИЕЙ АБСОРБЦИИ-ЭЛЮЦИИ <i>Д.Б. Умарова</i>	9
ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ПЕРИФЕРИЯЛЫҚ ҚАНЫНДАҒЫ ЛИМФОЦИТТЕР МЕН ГРАНУЛОЦИТТЕР АПОПТОЗЫ ӨЗГЕРІСТЕРІН КОМПЛЕКСТІ ТЕРАПИЯҒА «ЭНЕРГОЙОД» ЖӘНЕ «ТРАНСФЕР ФАКТОР» ҚОСУ АРҚЫЛЫ ЗЕРТТЕУ <i>С.Е.Абдраимова</i>	11
ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ АЛИМЕНТАРНЫХ ФАКТОРОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТАРПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>С.Е. Абдраимова</i>	12
МИКРОАНАТОМИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ И КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ МЯКОТНЫХ ТЯЖЕЙ БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СОЕДИНЕНИЙ ХРОМА <i>К.Е. Жарилкасинов</i>	13
ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИГЕНА D В ПЯТНАХ КРОВИ <i>Н. В. Малыш</i>	15
РЕГЕНЕРАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНИХ АРТЕРИИ <i>И.З.Какетаева</i>	17
НЕСЕПАҒАР МЕН ҚУЫҚТЫҢ ЛИМФОИДТЫ ТҮЗІЛІСТЕРІ АНАТОМИЯСЫНЫҢ ЖАС ШАМАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ <i>М.К. Жаналиева</i>	18
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЛОДОВО-МЛАДЕНЧЕСКИХ ПОТЕРЬ В ЮКО <i>Р.Т.Глеужан</i>	21
РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ЮКО <i>Р.Т.Глеужан, Н.И.Калдыбекова, А.А.Алипбаева, К.М.Дуйсебаева, К.И.Оспанова</i>	23
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ <i>Е.М. Кожабеков, В. О. Кенбаев</i>	25
СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В ХИМИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА <i>М.А. Булешов, А.М. Оспанова, М.С. Басынбеков, Ж.С. Садыкова</i>	27
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ СЛЕЖЕНИЯ НА КОНЕЦ 2009 ГОДА <i>С.С.Култасова, Г.Н.Пернебаева, А.М.Салыбеков, В.Н. Кастаева, Б.А.Скребцов</i>	29
РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>С.С.Култасова, В.Н.Кастаева, Б.А. Скребцов</i>	30
СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА <i>Е.К. Орманов, Л.Н. Орманова</i>	33
СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА <i>Е.К. Орманов, Л.Н. Орманова</i>	35
ОЦЕНКА СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ И СУТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДА В ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Е.К. Орманов, Р.С.Бектурганов, Л.Н. Орманова</i>	37
АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>В.О. Кенбаев, Е.М. Кожабеков, К.Б. Дюсупов</i>	40
ХИМИЯ ФАРМАЦЕВТИКА ӨНДІРІСІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТОЗАҢ ӘСЕРІНІҢ САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ <i>Сарсенбаева Г.Ж. Джалакенова Д.Э</i>	41

ХИМИЯ ФАРМАЦЕВТИКА ӨНДІРІСІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АУРУШАНДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ӨМІР СҮРУ САЛТЫНЫҢ, ЕҢБЕК ШАРТЫНЫҢ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ЫҚПАЛЫ <i>Г.Ж.Сарсенбаева, Д.Э.Джалакенова</i>	43
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕССОНИЦЕ <i>Н.А.Сарыбаева, Н.Х.Аубакирова</i>	44
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>О.Т.Жузжанов, З.А.Керімбаева</i>	48
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ҮШІН ҚҰЗЫРЕТТІ МАМАНДАРДЫ ДАЯРЛАУДАҒЫ ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІҢ МӘНІ <i>Ж.Қ.Смаилова, Л.Қ.Рахымбеков, Л.Қ.Қаражанова</i>	49
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОФЕССИЙ НА ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И ЗАРАЗНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Г.Б.Нурмагамбетова</i>	52
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>С.И.Мынбаев</i>	54
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ <i>С.Ж.Мамедов</i>	57
КРАСНУХА И БЕРЕМЕННОСТЬ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ, АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ <i>С.Н.Кульбаева, Р.Т.Тлеужан, Г.Б.Сатиева, К.О.Абжаппарова, З.С.Хаджиметова, С.Ф.Зазулин</i>	59
ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Л.О.Кенбаева</i>	63
КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА НА БАЗЕ ОБЛАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА <i>Л.О.Кенбаева, Е.К.Орманов</i>	64
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ Г. ШЫМКЕНТА, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ <i>Л.О.Кенбаева</i>	65
ШУ-САРЫСУ УРАНКЕН ПРОВИНЦИЯ ӨНЕРКӘСІБІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН ГИГИЕНАЛЫҚ ТҮРҒЫДЫН БАҒАЛАУ <i>П.Д.Утепов, Д.П.Утепов, О.И.Исабеков, А.А.Жусип</i>	68
ТАУКЕН МАМАНДЫҒЫН ИГЕРУШІ ОҚУШЫ-ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ӨНДІРІСТІК ТӘЖІРІБЕ БАРЫСЫНДАҒЫ ОРГАНИЗМІНІҢ ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ <i>П.Д.Утепов, Д.П.Утепов, А.К.Короглиев</i>	70
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕРАЗВИВАЮЩИЕСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>С.Н.Кульбаева, Н.И.Калдыбекова, Г.К.Алмаханова, Г.А.Муздыбаева, В.Ю.Цветков, К.М.Халимова</i>	73
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПРОГРАММЕ «БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО» <i>С.Н.Кульбаева, Б.Т.Салимбаева, Э.А.Абдукасымова, К.А.Жандосова, Б.Д.Майсарова, А.К.Коптаева</i>	76
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ИНВАЛИДАМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. <i>Ш.А.Темиркулова</i>	77
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВБИ В ЮКО В 2009 ГОДУ <i>Г.Н.Абуова, А.А.Нурмашева, Ф.А.Бердалиева, Г.А.Тулепова, У.М.Мухаметалина, М.С.Кадырова</i>	79
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Г.Н.Абуова, Ш.Б.Бостанов, Д.С.Алиев, А.О.Байдаулетова, К.Н.Тажыбаева, А.К.Муминов</i>	83
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗАМИ РЕВМАТОЛОГА <i>П.Т.Доскараева</i>	86
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВРЕДНЫХ ВЕЩЕСТВ В ВОЗДУХЕ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ <i>Х.М.Джунусова, Ж.К.Тойшыбекова, Г.Д.Есембекова, К.Ж.Жумбаева, Р.А.Шаймерденова</i>	88
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ПЫЛИ В ВОЗДУХЕ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ <i>Х.М.Джунусова, А.К.Абдиева, Н.А.Торғаутова, Ж.К.Тойшыбекова, С.У.Юсупова, Р.А.Шаймерденова</i>	91
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ <i>А.Д.Айнакулов</i>	93

ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ <i>А. Д. Айнакулов.....</i>	95
ИНФИЛЬТРАТТЫ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИ ЖӘНЕ ОНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКАСЫ <i>А.А. Сеитова, А.О.Сергазина.....</i>	96
К ВОПРОСУ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Р.Т.Глеужан, Г.Д.Конырбаева, М.М.Абдукаримова, Ж.С.Буралкиева, О.Ш.Бимбетова, Г.Т. Альменова.....</i>	97
ВОЗМОЖНОСТИ РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Б.Т.Какиева.....</i>	98
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА <i>С.Н.Кульбаева, Г.Т.Байзакова, А.А.Алипаева, Н.И.Калдыбекова, М.К.Батенова, Р.К. Зинатуллин.....</i>	101
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ ПЕРИНАТОЛОГИИ. <i>Б.С. Малгаждарова, Н.Л. Шатаева, У.А. Орманова, Р.М. Алдамжарова, Н.Х.Корганбаева, С.Б. Аккошкарлова....</i>	103
РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ <i>А.А. Алдешев.....</i>	105
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ <i>Л.Т.Касаева, Ж.У.Таханова, Н.М.Оспанов, А.М.Тулеев, Л.А.Жорабаева, М.С.Калменов</i>	107
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ <i>М.С. Басынбеков.....</i>	109
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ГИНЕКОЛОГИИ <i>Т.И.Варзилов</i>	111
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТАНИЙ ТУБЕРКУЛОЦИДНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ <i>А.К.Сарсенова, К.У.Примкулов, С.М.Сапарова, Г.Г.Сапарова.....</i>	113
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>А.М. Латыпова.....</i>	114
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭКСКРЕЦИИ ГЕКСОЗАМИНОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>С.Б. Бегалиев.....</i>	118
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI <i>Ж.Т.Кайшибаева, Г.А.Муздыбаева, Г.Ж.Кульбаева, Г.К. Сауытбекова</i>	120
ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ <i>С. Р. Юсупова.....</i>	121
МЕТФОРМИНЫ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>С. Р. Юсупова.....</i>	123
СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПОТИРЕОЗ <i>С. Р. Юсупова.....</i>	124
ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Б.О. Жармакина</i>	125
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ <i>Б.О. Жармакина</i>	127
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ <i>С.И. Хашимов.....</i>	129
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО РЕГУРГИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ <i>С. И. Хашимов</i>	130
ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ЗАТРАТЫ, ПРОБЛЕМЫ <i>А.Е. Туртаева, С.С. Имашева.....</i>	131
СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.А.Калкабаева, К.Н.Кузембаева, М.Ж.Казбеков, Л.К.Жанысбаева, Е.С.Мауленов Л.С.Шынгысбаева.....</i>	133
К ВОПРОСУ ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ <i>С.А.Калкабаева, С.Б.Тажибекова, Қ.С.Ысқақ, Б.М.Сарсенбаева, Ф.М.Тантаева, М.Б.Хусанова, Е.Д.Ибрагимов...</i>	135
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>С.А.Калкабаева, С.М.Абдурахманов, А.А.Есеев, Г.М.Недорослева, А.А.Бердияров, Г.Б.Жапбар.....</i>	137

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ <i>С.А.Калкабаева, Г.С.Мамбетмуратова, Г.А.Касимбаева, Ғ.Ғалбият, М.М.Мамадиярова, О.У.Пулатова, Б.А.Калманова.....</i>	139
ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ <i>В.Э.Цай.....</i>	140
ЭКГ – ПРИЗНАКИ, КАК ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ <i>А.А.Нурмашева, Г.Н.Абуова, Ғ.А.Бердалиева, Г.М.Маханова, Л.Б.Байтемирова, К.М.Сугирбекова.....</i>	142
СОСТОЯНИЕ КЛЕТЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИМУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ. <i>Ж.А.Мирзабекова, М.А.Мураталиева, Г.Б. Жалмурзаева, Г.А.Ештаева.....</i>	143
СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>А.К. Карабеков, Е.Т. Бектаев, Н.С. Нарходжаев.....</i>	145
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ <i>Н.С. Нарходжаев.....</i>	148
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА – КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В ЮКО <i>Г.Н.Абуова, К.Н.Тажимаева, Д.Т.Тасбалтаева, Н.О.Кошенова, А.О.Байдаулетова, А.К.Муминов.....</i>	151
РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ <i>Г.Ж. Кульбаева</i>	152
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ <i>Кайшибаева Ж.Т., Сапарова С.Д., Манакбаева Г.Т., Кульбаева Г.Ж., Г.К.Сауытбекова.....</i>	154
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ РЕЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЮКО <i>Л.М. Бегимбекова, А.М. Мырзалиева, А.И. Мухамедгалиева, Н.М. Расымбекова, К.Н. Сарыбекова, Ғ.А.Юлдашева.....</i>	155
ГИПЕРПЛАЗИЯ ИНТИМЫ КАК ПРИЧИНА РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Б.Жанабаев.....</i>	157
ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Б.Жанабаев.....</i>	158
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Б.Т. Сейтханова. Ш.Ж. Курманбекова. М.Н.Бурова, Н.З Шапамбаев.....</i>	163
ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ АДГЕЗИВНОГО ПЕРИКАРДИТА. <i>А. Т. Амиргожин</i>	165
РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОШИЗИСА В 11-12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОМ СКАНИРОВАНИИ <i>Г.Е.Булатова.....</i>	166
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Г.Е.Булатова.....</i>	167
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>С.Б. Бегалиев.....</i>	169
ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АПРИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОРВИ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Г.Н.Абуова, Ғ.А.Бердалиева, А.А.Нурмашева, Б.Н.Рыстаева, А.М.Осербаева, А.М.Рахманов.....</i>	172
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ ФАРМАЦЕВТА С КОЛЛЕГАМИ, РАБОТА В КОМАНДЕ <i>К.Д.Шертаева, Г.Ж.Умурзакова, М.М.Сапакбай, К.Б. Мендибаев.....</i>	175
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЬЦИЙ-Д 3 НИКОМЕД ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. <i>Л.О.Кенбаева, Т.Ж. Момынова, Е.Е.Ерназаров.....</i>	177
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА « ДЮНА-Т» ДЛЯ ФОТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Л.О. Кенбаева.....</i>	178

ОБЗОР	
МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ОБМЕН : МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ,ТЕХНОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА <i>К.О. Шарипов.....</i>	182
МЕМБРАННЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТОЧНОЙ АДАПТАЦИИПРИ ОПЕРАЦИОННОМ СТРЕССЕ (Обзор литературы) <i>А.А. Мусаев.....</i>	186
ТИПТІК СОЗЫЛМАЛЫ МИЕЛОИДТЫ ЛЕЙКОЗ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЗАМАНАУИ ЕМІ (әдеби шолу) <i>К. Т.Байжанова.....</i>	192
ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ СЕЛА КАК СРЕДСТВО СНИЖЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Р.Т.Тлеужан, Д.А.Азимова, Г.А.Абдыханова, Р.К.Зинатуллин, М.К.Батенова, С.Ф. Зазулин.....</i>	197
ОСТЕОАРТРОЗ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ <i>А.Е. Туртаева.....</i>	201
МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА В НОРМЕ И ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗАХ У ДЕТЕЙ (литературный обзор) <i>Б.Т. Сейтханова, Ш.Ж. Курманбекова, Г. М.Лобачевская, Н.З.Шапамбаев.....</i>	203
ХАРАКТЕРИСТИКА ФОСФОЛИПИДНОГО СПЕКТРА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН ПРИ ОПЕРАЦИОННОМ СТРЕССЕ У ДЕТЕЙ <i>А.А. Мусаев.....</i>	208
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В АКУШЕРСТВЕ: ЦЕЛИ И ВОЗМОЖНОСТИ <i>Г.А.Алиева.....</i>	210
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ <i>Ж.Г. Аймамбетова</i>	211
ДИНАМИКА ПЕЙЗАЖА ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ <i>Т.Ю. Пак</i>	213
ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>Б. Жанабаев.....</i>	214
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В КАРДИОЛОГИИ <i>А.А. Сейдахметова, Э.К.Бекмурзаева, С.М. Коспанов, Л.Б.Байтемирова,И.Т.Сулейманова</i>	215
ТЕРАПИЯ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>Э.К.Бекмурзаева, А.А.Сейдахметова, М.А. Бейсеуов,Г.К. Сауытбекова, Н.К.Тартуов.....</i>	217
ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА <i>Н. С. Сахов.....</i>	219
АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА <i>С.М. Аббасов</i>	221
РЕЛАПОРОТОМИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ <i>И.Н. Курбанов.....</i>	224
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПОРОЦЕНТЕЗА И ЛАПОРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ЖИВОТЕ <i>И.Н. Курбанов</i>	226
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>И.Н. Курбанов, А. Ж.Кульчиков.....</i>	228
ҚАЗАҚ АҚЫН-ЖЫРАУЛАРЫНЫҢ ӘДЕПТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ НОРМАЛАРЫ <i>Қ.Б. Кемелбеков.....</i>	230

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>