



Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік
фармацевтика академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№1(70), 2015

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1 (70), 2015

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

«Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Южно-Казхастанская государственная фармацевтическая академия»

Журнал зарегистрирован
Министерством связи и информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№11321-ж от 24.02.2011 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в
Международном центре по
регистрации сериальных изданий
ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция),
присвоен международный номер ISSN
2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в
международной базе данных
Information Service, for Physics,
Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19

Е.-Mail: medacadem@rambler.ru
Тираж 300 экз. Журнал отпечатан в
типографии ОФ «Серпилис»,
г. Шымкент.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор мед. наук., профессор, академик
КазНАЕН

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А., член Союзов журналистов СССР и
Казахстана

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Карабеков А.К., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор, академик
КазНАЕН

Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)
Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе,
Таджикистан)

Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science(г.Колумбия, США)
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Nannette Turner,Phd.MPH(г.Колумбия, США)
Шнитовска М.,Prof.,Phd.,M.Pharm (г.Гданьск,
РеспубликаПольша)

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

Е.С. Мельников

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Российская Федерация, г. Москва

Научный руководитель: проф., д.фарм.н., Г. В. Раменская

evgeniy.melnikov@gmail.com

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЕГО АКТИВНОГО МЕТАБОЛИТА ЭНАЛАПРИЛАТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ МЕТОДОМ ВЭЖХ-МС/МС

АННОТАЦИЯ

Разработана методика одновременного количественного определения эналаприла и эналаприлата в плазме крови человека методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с tandem-масс-спектрометрическим детектированием.

Ключевые слова: эналаприл, эналаприлат, ВЭЖХ-МС/МС.

Введение:

Эналаприл – лекарственное средство из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Препарат входит в список ЖНВЛП, широко применяется для лечения артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности. Эналаприл сам по себе оказывает слабое гипотензивное действие, его активный метаболит – эналаприлат – образуется в организме при гидролизе под действием эстераз печени. Выраженность и длительность гипотензивного действия при приеме эналаприла определяется скоростью его гидролиза до эналаприлата.

Целью работы была разработка методики одновременного количественного определения эналаприла и эналаприлата в плазме крови человека методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с tandem-масс-спектрометрическим детектированием. Данная методика должна обеспечить проведение терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) у больных артериальной гипертензией и их фенотипирование по скорости гидролиза эналаприла для оптимизации фармакотерапии.

Материалы и методы:

Анализ проводили на жидкостном хроматомасс-спектрометре LCMS-8040 фирмы Shimadzu (Япония): система жидкостной хроматографии Nexera с тройным квадрупольным масс-спектрометром, система ионизации DUIS, позволяющая одновременно использовать электроспрей (ESI) и химическую ионизацию при атмосферном давлении (APCI), система градиентного элюирования, термостат колонок СТО-20АС. Разделение осуществляли на колонке Sinergi Polar RP, 4мкм, 250х4.6мм (Phenomenex, США) в градиентном режиме. Элюент А: 1% муравьиной кислоты / деионизованная вода и элюент В: 1% муравьиной кислоты / ацетонитрил. Скорость потока подвижной фазы – 1 мл/мин. Объем ввода пробы – 10 мкл.

Детектирование вели в режиме мониторинга множественных реакций (MRM). Ионы-предшественники: для эналаприла 349,30 m/z, для эналаприлата 377,20 m/z. Фрагментные ионы для эналаприла: 234,20, 160,10, 130,10 и 117,20 m/z, для эналаприлата – 206,10, 160,10, 134,10, 117,10 m/z.

Пробоподготовку плазмы крови осуществляли путём осаждения белков. Для этого к 400 мкл плазмы добавляли 800 мкл ацетонитрила, встряхивали в течение 1 мин на шейкере Vortex, центрифугировали 15 мин со скоростью 15000 об/мин. Надосадочную жидкость переносили в вials и помещали их в автосамплер хроматографа.

Результаты и их обсуждение:

Валидация методики выполнена по следующим характеристикам: селективность, линейность, правильность и прецизионность (внутри цикла и между циклами), предел количественного определения, перенос пробы, стабильность растворов [1-3].

Методика соответствует требованиям руководств по всем валидационным характеристикам. На хроматограмме пробы чистой плазмы не наблюдается пиков, соответствующих по временам удерживанию эналаприлу и эналаприлату (Рис. 1 и 2). Наблюдается линейность в диапазоне 5-100

нг/мл для обоих веществ. Уравнения калибровочных прямых для эналаприла и эналаприлата имеют вид $y = 83568,3x$, $r = 0,99985$, $y = 7125,53x$, $r = 0,99913$, соответственно. Относительное стандартное отклонение среднего результата не превышает 5,67%, относительная ошибка не превышает 9,16%. Подтверждена стабильность стандартных растворов (в течение 14 дней при температуре 2-8°C), кратковременная стабильность (для приготовленных проб в течение 24 ч при анализе на следующий день при температуре 5°C). При последовательном анализе проб с концентрацией эналаприла и эналаприлата 100,00 нг/мл и чистой плазмы на хроматограмме чистой плазмы отсутствовали пики, соответствующие эналаприлу и эналаприлату.

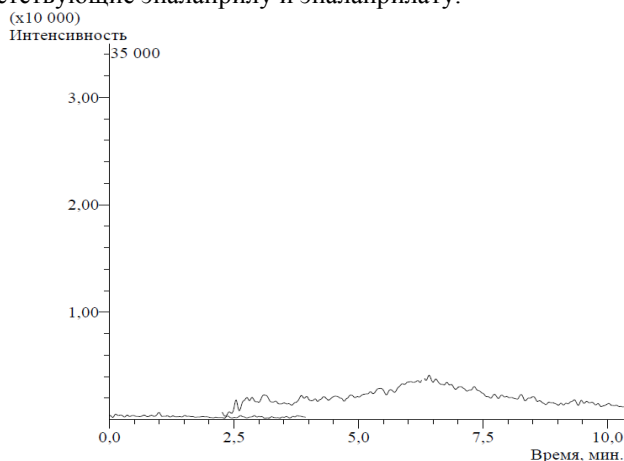


Рисунок 1 - Хроматограмма чистой плазмы.

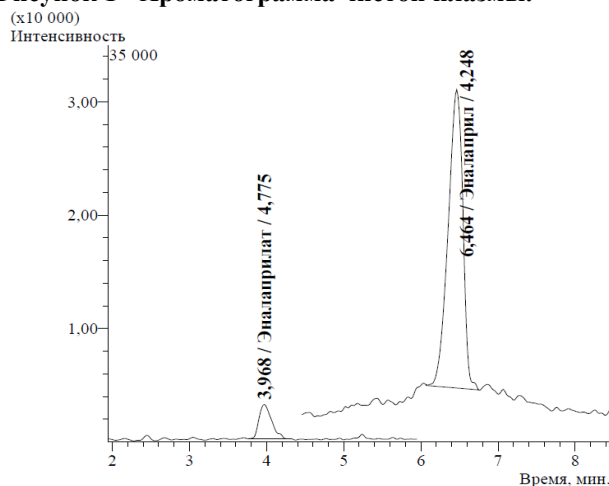


Рисунок 2 - Хроматограмма чистой плазмы с прибавлением стандартного раствора эналаприла и эналаприлата до концентрации 5,00 нг/мл в плазме.

Выводы:

Разработана методика количественного определения эналаприла и эналаприлата в плазме крови человека с помощью метода ВЭЖХ-МС/МС. Проведена валидация методики в соответствии с требованиями современных руководств. Методика может быть применена для проведения ТЛМ и фенотипирования больных по скорости гидролиза эналаприла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по экспертизе лекарственных средств. Под ред. проф. А.Н. Миронова. Том I. - М.: Гриф и К, 2013. - 328 с.
2. Guidance for Industry: Bioanalytical method validation. U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER). U.S. Government Printing Office: Washington, DC, 2001.
3. Guideline on bioanalytical method validation. European Medicines Agency. Committee for medicinal products for human use: London, 2011.

ТҮЙІН

Е.С. Мельников

И. М. Сеченов атындағы Бірінші МММУ Ресей ДСМ, Мәскеу қ., Ресей Федерациясы
Ғылыми жетекшісі: проф., фарм.ғ.д., Г. В. Раменская, evgueniy.melnikov@gmail.com

ЭНАЛАПРИЛ МЕН ОНЫҢ БЕЛСЕНДІ МЕТАБОЛИТІ ЭНАПРИЛАТТЫ ҚАН
САРЫСУЫНДА ЖЭСХ-МС/МС ӘДІСІМЕН АНЫҚТАУ

Адам қан сарысуындағы эналаприл мен эналаприлатты жоғары эффективты сұйықтық
хроматография тандемды масс-спектрометриялық детектрлеу арқылы анықтау әдістемесі жасалды.

Кілт сөздер: эналаприл, эналаприлат, ЖЭСХ-МС/МС.

SUMMARY

E. Melnikov

Sechenov First Moscow State Medical University

Scientific adviser: professor, PhD G. Ramenskaya, evgueniy.melnikov@gmail.com

DETERMINATION OF ENALAPRIL AND ITS ACTIVE METABOLITE ENALAPRILAT IN
BLOOD PLASMA BY HPLC-MS/MS

The method of simultaneous quantitative determination of enalapril and enalaprilat in human blood
plasma by high performance liquid chromatography – mass spectrometry has been developed.

Key words: enalapril, enalaprilat, HPLC-MS/MS.

УДК 616-056.83:613.816

Рябухин К.В., заведующий отделением № 7 КУ «Одесский областной медицинский центр психичес-
кого здоровья», врач-психиатр, нарколог, ассистент кафедры социальной помощи, общей и
медицинской психологии

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

РЕЗЮМЕ

В данной статье автор описывает комплекс фармакологических и психотерапевтических
мероприятий, направленных на лечение алкогольной зависимости у женщин. Предложена этапная
фармакотерапия (детоксикация, купирование алкогольного психоза, аверсивная и поддерживаю-
щая терапия) и комплексная психотерапия, а именно: кратковременная стационарная мотивационная
терапия, групповая поведенческая психотерапия, многомерная семейная психотерапия.

Ключевые слова: алкогольная зависимость у женщин, фармакотерапия, мотивационная психотерапия, семейная психотерапия.

Актуальность темы. Проблема борьбы с женским алкоголизмом остается одной из важнейших социальных проблем в большинстве стран мира [2,4,6]. Алкогольная зависимость у женщин имеет высокопрогредиентное течение, приводит к более серьезным социальным последствиям [3,6]. Женский алкоголизм подлежит лечению, однако это весьма длительный и трудоемкий процесс, для того, чтобы побороть этот недуг, необходимо комплексное лечение: психологическое и фармакологическое, быстрые методы в данном случае не предоставят необходимого действия на организм - только длительное употребление фармакологических мероприятий и психотерапии могут обеспечить плодотворный результат [1,2,3,4].

Изложение материала. Под нашим наблюдением находилась 281 женщина с алкогольной зависимостью в возрасте от 26 до 68 лет (ОГ). В качестве группы сравнения была обследована группа мужчин соответствующего возраста, имеющих алкогольную зависимость, в количестве 42 человека (ГП).

Медико-психологическая помощь включала в себя фармакотерапию, психотерапию, психологическое сопровождение больного и его семьи [5]. Объем и вид помощи зависел от соматического и психического состояния больного, стадии основного заболевания, наличия сопутствующих патологий. Фармакотерапия соответствовала клиническим протоколам оказания медицинской помощи больным с определенной нозологией, которые отмечают, что в практической работе необходимо стремиться к обеспечению безопасного и эффективного лечения по возможности в условиях наименее ограничительного режима, и включала следующие этапы: дезинтоксикационная фармакотерапия, купирование алкогольного психоза, аверсивная и поддерживающая терапия [2].

Дезинтоксикационная фармакотерапия начиналась с первого дня пребывания больных в стационаре и заключалась в проведении комплекса лечебных мероприятий, главной целью которых было снятие последствий употребления алкоголя (токсические, обострение соматических заболеваний и др.). Для реализации заданной цели мы использовали реосорбилакт, аспаркам, милдронат, тиосульфат натрия, магния сульфат, витаминные комплексы (группы В,С, РР), эссенциале. Продолжительность терапии составляла 2-3 недели. На этапе купирования алкогольного психоза в исследуемых женщин мы использовали следующие препараты: зопиклон, галоперидол и карбамазепин. Компонентом аверсивной терапии алкогольной зависимости был препарат Колме (цианамид). Для поддерживающего лечения данной категории больных применялся антидепрессант Мелитор (агомелантин).

Вследствии эффективности проведения комплексного психофармакотерапевтического вмешательства нами было отмечено редуцирование признаков послеинтоксикационного синдрома. Значительно снизились вегетативные проявления: бледность (в ОГ1 на 55,56%; в ОГ2 - на 60,00%; в ОГ3 - на 62,50%; в ОГ4 - на 75%), гиперемия (в ОГ1 на 45,45%; в ОГ2 - на 44,45%; в ОГ3 - на 50,00%; в ОГ4 - на 40%), сухость во рту (в ОГ1 на 75%; в ОГ2 - на 75%; в ОГ3 - на 66,67%; в ОГ4 - на 66,67%), повышенное слюноотделение (в ОГ1 на 83,34%; в ОГ2 - на 100,00%; в ОГ3 - на 75,00%; в ОГ4 - на 100,00%), чрезмерная потливость (в ОГ1 на 50,00%; в ОГ2 - на 44,44%; в ОГ3 - на 45,45%; в ОГ4 - на 33,33%).

Отмечалась редуцирование патологической симптоматики со стороны сердечно-сосудистой системы: одышка (в ОГ1 на 57,14%; в ОГ2 - на 60,00%; в ОГ3 - на 50,00%; в ОГ4 - на 50,00%), боли в области сердца (в ОГ1 на 57,14%; в ОГ2 - на 62,50%; в ОГ3 - на 61,54%; в ОГ4 - на 60,00%), сердцебиение (в ОГ1 на 42,86%; в ОГ2 - на 40,00%; в ОГ3 - на 44,00%; в ОГ4 - на 33,33%), перебоев в работе сердца (в ОГ1 на 100,00%; в ОГ2 - на 100,00%; в ОГ3 - на 66,67%; в ОГ4 - на 100,00%); в результате улучшения гемодинамики частично уменьшились отеки на лице (в ОГ1 на 38,89%; в ОГ2 - на 35,71%; в ОГ3 - на 33,33%; в ОГ4 - на 33,33%) и на ногах (в ОГ1 на 28,00%; в ОГ2 - на 27,78%; в ОГ3 - на 36,36%; в ОГ4 - на 28,57%).

Нарушение со стороны гепатолиенальной и пищеварительной систем в виде желтушности кожных покровов (в ОГ1 на 34,78%; в ОГ2 - на 35,71%; в ОГ3 - на 45,00%; в ОГ4 - на 36,36%), сыпи на коже (в ОГ1 на 42,86%; в ОГ2 - на 20,00%; в ОГ3 - на 57,14%; в ОГ4 - на 50,00%), тошноты и рвоты (в ОГ1 на 77,78%; в ОГ2 - на 83,33%; в ОГ3 - на 85,71%; в ОГ4 - на 100,00%) после лечения наблюдались в меньшей степени. У части больных нормализовалось аппетит (ОГ1 в 38,89%; ОГ2 - 30,77%; ОГ3 - 42,86%; в ОГ4 - 60,00%) и в большинстве - стул (ОГ1 в 64,10%; ОГ2 - 64,29%; в ОГ3 - 67,65%; в ОГ4 - 43,75%).

Полностью исчезли единичные случаи кровой рвоты. Почти вдвое снизились неврологические проявления, а именно: головная боль (в ОГ1 на 47,82%; в ОГ2 - на 46,67%; в ОГ3 -

на 45,00%; в ОГ4 - на 45,45%), головокружение (в ОГ1 на 37,50%; в ОГ2 - на 40,00%; в ОГ3 - на 50,00%; в ОГ4 - на 75,00%), носовые кровотечения (в ОГ1 на 62,50%; в ОГ2 - на 50,00%; в ОГ3 - на 57,14%; в ОГ4 - на 80%), гипо- и гиперестезии (в ОГ1 на 35,00%; в ОГ2 - на 36,36%; в ОГ3 - на 33,33%; в ОГ4 - на 50,00%), утомляемость (в ОГ1 на 40,91%; в ОГ2 - на 40,00%; в ОГ3 - на 42,11%; в ОГ4 - на 36,36%), нервное напряжение (проявление уменьшился в ОГ1 на 52,94%; в ОГ2 - на 44,44%; в ОГ3 - на 46,15%; в ОГ4 - на 44,44%), беспокойство и возбуждение (в ОГ1 на 53,85%; в ОГ2 - на 62,50%; в ОГ3 - на 63,64%; в ОГ4 - на 60,00%), мнестические расстройства (проявление уменьшился в ОГ1 на 67,65%; в ОГ2 - на 68,18%; в ОГ3 - на 67,74%; в ОГ4 - на 66,67%). После терапевтического вмешательства синкопальные состояния наблюдались в единичных случаях (ОГ1 - 33,33%; ОГ2 - 50,00%; в ОГ3 - 25,00%; в ОГ4 - не было). Со стороны эндокринной системы нами отмечалось снижение следующих патологических симптомов: чрезмерной жажды (симптом уменьшился в ОГ1 на 71,43%; в ОГ2 - на 63,64%; в ОГ3 - на 58,33%; в ОГ4 - на 60,00%) и нарушение полового влечения (в ОГ1 на 48,15%; в ОГ2 - на 47,37%; в ОГ3 - на 45,45%; в ОГ4 - на 37,50%).

На этапах аверсивной и поддерживающей терапии испытуемым проводилась кратковременная стационарная мотивационная терапия, основные принципы и этапы которой базировались на основе поведенческой. Задачами первого этапа психокоррекции алкогольной зависимости у женщин мы считали преодоление анозогностичного отношение к болезни, выработку установки на лечение, осознание бесперспективности выбранного ими образа жизни и определения валидных путей выхода из деструктивной ситуации.

Второй этап психокоррекции заключался в формировании устойчивой мотивации отказа от приема алкоголя, осознанной критики своего прошлого, реконструкции утраченного чувства собственного достоинства и осознание необходимости овладения новыми ролевыми позициями в обществе. С этой целью мы применяли групповую поведенческую психотерапию в закрытых психотерапевтических группах.

Многомерная семейная психотерапия была стратегически ориентирована на поведение, когда употребление женщиной алкоголя рассматривается с учетом влияния макро- и микросоциальных факторов (индивид, члены семьи, ровесники и сообщество). Изменения поведения достигались различными путями, в различных контекстах и с помощью различных механизмов.

После проведенного комплексного лечения алкогольной зависимости у женщин значительно изменились психоэмоциональные особенности больных, а именно уровень невротизации (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение исследованных лиц по уровню невротизации до и после терапии (%)

| Проявление | До/после терапии | Группы исследования | | | |
|------------------------------|------------------|---------------------|------------------|----------------|------------------|
| | | ОГ1 (n=93) | ОГ2 (n=59) | ОГ3 (n=81) | ОГ4 (n=48) |
| Высокий уровень невротизации | до | 76 (81,72) ** | 50 (84,75) ** | 67 (82,72)*/** | 29 (60,42) ** |
| | после | 32 (34,41) | 23 (38,98) | 39 (48,15)* | 21 (43,75) |
| Низкий уровень невротизации | до | 17 (18,28) | 9 (15,25) | 14 (17,28) | 19 (39,58)** |
| | после | 61 (65,59) ** | 36 (61,02) ** | 42 (51,85)** | 27 (56,25)** |

Примечания. * - Разница достоверна при сравнении групп между собой;

** - Разница достоверна при сравнении результатов до и после терапии.

До проведения терапии у большинства исследованных всех групп отмечался высокий уровень невротизации: ОГ1 - 81,72%; ОГ2 - 84,75%; ОГ3 - 82,72%; ОГ4 - 60,42%. После проведения психофармакотерапии уровень невротизации среди женщин всех групп исследования значительно уменьшился и равен показателю низкого уровня невротизации у большинства больных: ОГ1 - 65,59%; ОГ2 - 61,02%; ОГ3 - 51,85%; ОГ4 - 56,25%.

Система психофармакотерапии привела к позитивным изменениям в уровне социальной приспособленности женщин. Разработка и внедрение комплексной программы фармакотерапии и психотерапии, которая является патогенетически обусловленной и эффективной для данного контингента пациенток, имеет большое значение для клинической практики.

ВЫВОДЫ.

1. Психофармакотерапия была направлена на нивелирование признаков алкогольной интоксикации, психических проявлений болезни, гармонизацию психоэмоционального состояния, коррекцию дезадаптивных личностных особенностей, формирования адаптивных черт.

2. Предложенное медикаментозное лечение данной категории больных являло собой схему этапной терапии: дезинтоксикация, купирование алкогольного психоза, аверсивная и поддерживающая терапия.
3. Психокоррекционные мероприятия разрабатывались с учетом личностных особенностей пациенток, мотивации аддиктивного поведения и мотивов приема алкоголя.
4. Предложенная система комплексной психофармакотерапии алкогольной зависимости у женщин позволила значительно улучшить эмоциональное состояние женщин, снизить уровень невротизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаров О. Ю. Социально-психологические особенности больных с алкогольной зависимостью и их влияние на характер социализации / О. Ю. Назаров // Проблемы психологии и эргономики. - 2000. - №4. - С.57-63.
2. Гофман А. Г. Алкоголизм у женщин / А. Г. Гофман // Клиническая наркология. - М.: Миклош, 2003. - С.54-58.
3. Дмитриева Т. Б. Социальные факторы и психические расстройства у женщин : [руководство по социальной психиатрии] / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева ; под ред. Т. Б. Дмитриевой // Медицина. - 2001. - С.162-167.
4. Кирпиченко А. А. Концепція якості життя та її особливості у жінок з алкогольною залежністю / А. А. Кирпиченко // Білоруський медичний журнал. – 2003. - № 1. – С. 51 -54.
5. Когнитивная психотерапия расстройств личности: под редакцией А. Бека, А. Фримена. - СПб.: Питер, 2002. - 544 с.
6. Шайдукова Л. К. Проблемы женского алкоголизма / Л. К. Шайдукова. - М. : Прогрессивные Биомедицинские Технологии, 2002. – 329 с.

ТҮЙІН

Рябухин К.В., № 7 "ММ Одесса облыстық медициналық орталығы" психикалық денсаулық, дәрігер-психиатр, нарколог, ассистент, әлеуметтік көмек, жалпы және медициналық психология кафедрасының бөлімінің меңгерушісі
Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса, Украина

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В данной статье автор описывает комплекс фармакологических и психотерапевтических мероприятий, направленных на лечение алкогольной зависимости у женщин. Предложена этапная фармакотерапия (дезинтоксикация, купирование алкогольного психоза, аверсивная и поддерживающая терапия) и комплексная психотерапия, а именно: кратковременная стационарная мотивационная терапия, групповая поведенческая психотерапия, многомерная семейная психотерапия.

Ключевые слова: алкогольная зависимость у женщин, фармакотерапия, мотивационная психотерапия, семейная психотерапия.

SUMMARY

Ryabukhin K.V.

head office No. 7 KU "Odessa regional medical center mental health, psychiatrist, narcologist, assistant
Professor of social care, General and medical psychology
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

INTEGRATED PHARMACOTHERAPY IN WOMEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

In this article, the author describes the complex pharmacological and psychotherapeutic interventions aimed at the treatment of alcohol dependence in women. It is offered stages of pharmacotherapy (detoxification, alcoholic psychosis treatment, the aversive and supportive therapy), complex therapy, such as short-term fixed motivational therapy, group behavioral therapy, multidimensional family therapy.

Key words: alcohol dependence in women, pharmacotherapy, motivational therapy, family therapy.

УДК 616.89-008:616.517

Чернышев О.В., врач-психиатр

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

РЕЗЮМЕ

Автор приводит описание психофармакотерапии болевого синдрома подростков с непсихотическими психическими расстройствами, которые представляют собой лечение психического заболевания антидепрессантами, анксиолитиками и психотерапию, а именно: психоэдукативные мероприятия, психотерапевтические техники когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии.

Ключевые слова: болевой синдром, когнитивно-поведенческая терапия, системная семейная психотерапия, подростковый возраст.

Актуальность темы. В связи с многообразием клинических проявлений, патогенетических механизмов развития болезни, нарушений в психосоциальном статусе пациента, проблема терапии болевого синдрома при непсихотических психических расстройствах в подростковом возрасте является достаточно сложной. Лечение нередко сопряжено со значительными трудностями из-за стойких физических симптомов, с нежеланием больных признать психологическую обусловленность возникновения этих симптомов [1,2,3,4, 7].

На сегодняшний день не существует стандартной терапии для лечения подобного рода расстройств.

Изложение материала. Комплексное исследование было проведено в группе подростков: 174 девушки и 130 юношей в возрасте 16-17 лет, которые имели двойной диагноз согласно критериям включения в исследование: соматоформные расстройства (F 45.0), соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (F 45.30), соматоформная вегетативная дисфункция верхних отделов желудочно-кишечного тракта (F 45.31) - группа Г1; тревожно-фобические расстройства (F 40), другие тревожные расстройства (F 41), паническое расстройство (F 41.0) - группа Г2; легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F 32.01) - группа Г3. У каждого испытуемого вместе с основным психическим расстройством присутствовал дополнительный диагноз, который зависел от локализации боли (цефалгия, абдоминалгия, кардиалгия, миалгия и арталгия).

На этапе вмешательства для каждой группы больных были разработаны программы фармакологического вмешательства и психотерапии с учетом ведущего диагноза, интенсивности и места локализации боли, а также дисгармоничных индивидуально-психологических особенностей пациентов [9, 10]. Пациентам всех групп препаратами первого ряда были антидепрессант и анальгетик.

Препаратами выбора для купирования болевого синдрома были следующие: все подростки получали мелоксикам; при цефалгии применяли препарат но-шпа; при кардиалгии применяли седативный препарат корвалол; при абдоминальных болях больные получали препарат гастроцепин; при миалгии применялся местноанестезирующий препарат меновазин.

На фоне психофармакотерапии был проведен комплекс индивидуальных и групповых психотерапевтических мероприятий для подростков и их родителей (психоэдукативные меры, КПТ, ССТ и социально-психологический тренинг).

Дисгармоничные, социально-демографические и патопсихологические характеристики исследованных подростков стали мишенями интегративной психотерапии, которая проводилась индивидуально и в группах с использованием психоэдукативных мероприятий, психотерапевтических техник когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и системной семейной терапии (ССТ).

Все обследованные проходили индивидуальную краткосрочную психотерапию. Ее направленность - это восстановление произвольной регуляции психических функций, оптимизации когнитивной деятельности и сохранение навыков адекватного социального поведения [2, 3, 5, 6].

Целью проведения индивидуальной психотерапии было осознание больным генеза, патопсихологической причины психического расстройства, активация ресурсов личности.

Индивидуальные психологические консультации для подростков проводились 2 раза в неделю в течение 2 месяцев. Основной целью индивидуальной психотерапевтической работы было уменьшение или нивелирования патопсихологических характеристик исследованных, как невротические черты личности, депрессивные тенденции.

В дальнейшем проводились меры групповой семейной психотерапии, в которых принимали участие как сами подростки, так и их родители.

Всем родителям обследованных подростков было предложено краткосрочную семейную психотерапию (СП) [2, 6, 8], в которую включались родители больного и сам пациент. Целью СП было прояснение семейных взаимоотношений, а также коррекция дезадаптивных отношений в семье пациента [5].

Мы наблюдали достоверное снижения соматических проявлений болезни у подростков. Так, субъективное ощущение сердцебиения достоверно уменьшилось в девушек Г1, Г2. Потливость уменьшилась у юношей с Г1 и Г2. Аналогичные изменения отмечались у девушек с Г1 и Г2. Сухость во рту уменьшилась у юношей с Г1, Г2 и у девушек с Г1 и Г2. Покраснение лица уменьшилось у юношей с Г1, Г2 и у девушек с Г1, Г2 и Г3. Психомоторная заторможенность или ажитация достоверно изменилась только в Г3.

Нами изучались изменения патопсихологических характеристик подростков в результате проведения терапевтического комплекса (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение исследованных лиц по средним баллам теста «Невротические черты личности» (значение в баллах после терапии)

| Шкалы | Пол | Средний балл | | |
|---|---------|--------------|---------|---------|
| | | Г1 | Г2 | Г3 |
| Неуверенность в себе | юноши | 39,21 | 61,87*↑ | 52,83*↑ |
| | девушки | 41,85 | 63,62*↑ | 54,34↑ |
| Познавательная и социальная пассивность | юноши | 76,21↑ | 65,78 | 72,17↑ |
| | девушки | 78,35*↑ | 67,52 | 74,09↑ |
| Невротический гиперконтроль личности | юноши | 34,15↑ | 37,89↑ | 32,74↑ |
| | девушки | 35,46↑ | 39,03↑ | 30,41 |
| Аффективная неустойчивость | юноши | 17,25 | 26,97↑ | 22,45 |
| | девушки | 18,76 | 27,41↑ | 24,72 |
| Интровертированность личности | юноши | 18,34↑ | 20,01↑ | 22,06↑ |
| | девушки | 17,45↑ | 20,63↑ | 24,17↑ |
| Ипохондричность | юноши | 36,15 | 46,98*↑ | 26,03 |
| | девушки | 38,67 | 44,53*↑ | 28,12 |
| Социальная неадаптивность | юноши | 10,23 | 16,51 | 21,65 |
| | девушки | 11,46 | 17,97 | 23,51* |

Примечания: * P < 0,05, при сравнении результатов до и после терапии в подгруппах;
 ↑ - высокий или повышенный уровень.

При анализе результатов теста «Невротические черты личности» после проведения комплекса психофармакотерапии общим для всех трех групп было укрепление уверенности в себе, снижение познавательной и социальной пассивности, снижения уровня ипохондричности, отсутствие выраженных признаков социальной дезадаптации.

По показателю «Неуверенность в себе» отмечалась тенденция к снижению неуверенности в себе у подростков с Г1, Г2, Г3. Однако в Г2 и Г3 отмечалось значительное снижение уровня неуверенности (Г2 у юношей с 70,06 баллов до 61,87 баллов, у девушек с 72,12 баллов до 63,62 баллов; Г3 у юношей с 62,18 баллов до 52,83 баллов, у девушек с 64,28 баллов до 54,34 баллов) по

отношению к Г1 (юноши с 47,23 баллов до 39,21 баллов, девушки с 49,54 баллов до 41,85 баллов), $p < 0,05$ (разница достоверна).

В Г2 по показателю «Познавательная и социальная пассивность» отмечалась нормализация значений, как у юношей так и у девушек (соответственно 65,78 баллов и 67,52 баллов). В Г1 и Г3 показатели соответствовали повышенному уровню, но отмечалась тенденция к снижению.

После проведения терапии у девушек с Г3 наблюдался умеренный степень ответственности, обязательности, а также пластичности, что подтверждалось снижением показателя «Невротический гиперконтроль поведения» с 38,54 баллов до 30,41 балла. Показатели юношей с Г3 также снизились с 37,71 балла в 32,74 баллов, но продолжали находиться в пределах повышенного уровня ($p > 0,05$).

По показателю «Аффективная неустойчивость» после проведения терапии отмечалось снижение показателей в средних значений у юношей и девушек с Г1 и Г3, соответственно 17,25 баллов и 22,45 баллов у юношей, 18,76 баллов и 24,72 баллов у девушек.

Исследование по показателю «Ипохондричность» выявило достоверно значимое снижение уровня ипохондричности у подростков с Г1 и Г3, которое достигло среднего уровня по отношению к Г2 $p < 0,05$ (разница достоверна). В Г2 проведенная терапия привела к снижению уровня показателей у мальчиков с 53,12 баллов до 46,98 баллов, у девушек с 54,76 баллов до 44,53 баллов, данные показатели соответствовали повышенному уровню ипохондричности.

Проведенная система психофармакотерапии привела к позитивным изменениям в уровне социальной приспособленности подростков. Разработка и внедрение комплексной программы фармакотерапии и психотерапии, которая является патогенетически обусловленной и эффективной для подросткового контингента больных непсихотическими психическими расстройствами с болевым синдромом, имеет большое значение для клинической практики.

ВЫВОДЫ.

1. Психофармакотерапия была направлена на нивелирование психических проявлений болезни, на купирование болевого синдрома с учетом ведущего диагноза, интенсивности и места локализации боли, а также дисгармоничных индивидуально-психологических особенностей пациентов.

2. Предложенная фармакотерапия данной категории больных представляла собой комплекс, состоящий из препаратов первого (антидепрессант и анальгетик) и второго ряда (анксиолитик, спазмолитик, седативный, М-холинолитик, местноанестезирующее средство).

3. Психоздьюктивные мероприятия, психотерапевтические техники КПТ, ССТ были направлены на восстановление произвольной регуляции психических функций, оптимизацию когнитивной деятельности и сохранение навыков адекватного социального поведения.

4. Предложенная система комплексной психофармакотерапии болевого синдрома у подростков с непсихотическими психическими расстройствами позволила нивелировать невротические черты личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабин С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Бабин Сергей Михайлович; СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – 526 с.
2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / Бурно М. Е. – М., Академический проект, ОППЛ, 2000. – 719 с.
3. Кискер К. П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Пер. с нем. / Кискер К. П., Фрайберггер Г., Розе Г. К. – М.: Алетей, 1999. – С. 117–133.
4. Кириллина Н. К. Детско–подростковая и семейная психотерапия / Н. К. Кириллина // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – № 2 (11). – С. 138–141.
5. Кожина Г. М. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів / Г. М. Кожина, К. О. Зеленский // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т.21. – № 4. – С. 90–94.
6. Попова Н. М. Распространенность пограничных нервно–психических расстройств среди учащейся системы начального профессионального образования / Н. М. Попова, И. А. Пальянова // Охрана психического здоровья подрастающего поколения. – 2004. – С. 35–68.
7. Игумнов С. А. Дифференцированная краткосрочная психотерапия в комплексном лечении расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня / С. А. Игумнов, В. А. Жебентяев // Психотерапия. – 2012. – № 12. С. 14–19.
8. Медична психологія: навч. посіб. / [Пшук Н. Г., Маркова М. В., Кондратюк А. І., Стукан Л. В.]. – Вінниця: [Горбачук І. П.], 2010. – 135 с. Бабин С. М. Психотерапия в системе лечения и

- реабилитации психически больных: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Бабин Сергей Михайлович; СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – 526 с.
9. Михайлов Б. В. Соматоформные расстройства // Здоров'я України. – апрель, 2007. – № 6/1. – С. 54-55.
10. Морозова О. Г. Вегетативные дисфункции в общесоматической практике // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 51-52.

ТҮЙІН

Чернышев О.В., дәрігер-психиатр

Әлеуметтік және сот психиатрия және наркология Украина ғылыми-зерттеудің институті

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ПСИХОТИЯЛЫҚ ЕМЕС ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫҢ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМЫ

Автор әкеледі сипаттамасы психофармакотерапии синдромын жасөспірімдер непсихотическими психикасының бұзылуынан білдіретін емдеу психикалық ауру антидепрессанттармен, анксиолитиками және психотерапия, атап айтқанда: психоэдукативные іс-шаралар, психотерапевтік техниканың когнитивтік-мінез-құлық және жүйелі отбасылық психотерапия.

Кілт сөздер: ауырсыну синдромы, танымдық-мінез-терапия, жүйелі отбасылық психотерапия, жасөспірімдер жасы.

SUMMARY

O.V. Chernyshev

Ukrainian Research Institute Social and Forensic Psychiatry and Addiction

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF PAIN AMONG ADOLESCENTS WITH NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

The article describes a psychopharmacotherapy of pain syndrome in adolescents with non-psychotic mental disorders, which provides treatment of mental illness with using antidepressant, anxiolytic treatment and psychotherapy consisted of psychoeducative activities psychotherapeutic techniques of cognitive-behavioral and system family therapy.

Key words: pain syndrome, cognitive-behavioral therapy, system family therapy, adolescence.

УДК 618.36 – 06 : 616.155.194] – 056.7 – 07 – 08

В.Н.Запорожан, д.мед.н., проф., академик НАМНУ, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, rector@odmu.edu.ua

И.А.Анчева, к.мед.н. Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина, irina.an-va@rambler.ru

КОМПЛЕКСНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

АННОТАЦИЯ

Целью исследования была оценка клинической эффективности комплексного лечения эндотелиальной дисфункции на фоне железодефицитной анемии с применением мероприятий направленных на восстановление депо железа и уменьшения риска манифестированного железодефицита во время беременности у пациенток группы риска. Разработанный комплекс профилактических, диагностических и лечебных мероприятий с включением донатора NO при фармакокоррекции эндотелиальной дисфункции на фоне железодефицитной анемии позволил снизить частоту проявлений гипоксии плода при беременности и при родах, а также уменьшить количество перинатальных осложнений.

Ключевые слова: эндотелиальная дисфункция, дисфункция плаценты, железодефицитная анемия, беременность, лечение.

По данным литературы, одним из проявлений эндотелиальной дисфункции у беременных может быть дисфункция плаценты (ДП) - клинический синдром, обусловленный морфофункциональные изменения в плаценте и нарушением ее компенсаторно-приспособительных возможностей [1, 4, 9, 11-14]. Согласно современным представлениям о генез ДП на фоне ЖДА, основную роль в возникновении нарушений играет развитие явлений эндотелиоцитоза с дефицитом синтеза оксида азота на фоне хронической гипоксии [9, 10]. При этом основной акцент при выборе средств медикаментозной терапии делают на восстановлении нормальной гемодинамики в системе «плацента-плод». Однако до сих пор унифицированной схемы фармакокоррекции эндотелиальной дисфункции, возникшей на фоне ЖДА, не предложено.

Целью исследования была оценка клинической эффективности комплексного лечения проявлений эндотелиальной дисфункции на фоне железодефицитной анемии.

Материал и методы.

Исследование было проведено на базе родильного дома №2 г. Одессы. Обследовано 150 беременных во II-III триместре беременности с проявлениями анемии в соответствии с приказами Минздрава №782 от 29.12.2005 «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи» и Минздрава № 624 от 03.11.2008 [5, 6].

Общая выборка беременных с ЖДА была распределена следующим образом:

I группа - содержала 50 беременных с сидеропеничным синдромом (без проявлений эндотелиальной дисфункции)

II группа - содержала 50 беременных с ЖДА, осложненной эндотелиальной дисфункцией

III группы - содержала 50 беременных с ЖДА, получавших комплексное лечение в течение беременности по усовершенствованному протоколу.

Возраст женщин, во время беременности страдавших ЖДА, колебался от 20 до 35 лет (в среднем $25,2 \pm 1,2$ лет).

В качестве контроля обследовано 30 беременных женщин с физиологическим течением беременности. Возраст беременных, отнесенных к контрольной группе, колебался от 20 до 35 лет (в среднем $27,3 \pm 1,4$ лет).

Системную эндотелиальную дисфункцию оценивали с помощью дуплексного сканирования а. brachialis с определением реакции эндотелий-зависимой вазодилатации [8, 13]. Транспортное железо определялось по методике Henry [3]. ЖССС определяли с помощью набора реагентов «Вектор-Бест» (Россия). Диагностику дисфункции плаценты проводили на основании клинических наблюдений за течением беременности, ультразвуковой фетоплацентометрии, доплерометрии [5-8].

Лечение пациенток проводили в соответствии с клиническими протоколами утвержденных приказами Минздрава №782 от 29.12.2005 и №900 от 27.12.06 [5, 7]. Все беременные с верифицированной железодефицитной анемией получали заместительную антианемическую терапию с применением препаратов двухвалентного железа (сорбифер и актиферин) по 1 таблетке 2 раза в сутки. Лечение проводили под контролем уровня железа в крови. При восстановлении уровня железа и уровня гемоглобина продолжали лечение еще в течение 2 месяцев, для формирования запасов железа в депо.

Во второй подгруппе пациентки получали актовегин внутривенно без учета степени эндотелиальной дисфункции и выраженности гемодинамических нарушений в структурах фетоплацентарного комплекса.

Беременным III группы с эндотелиальной дисфункцией на фоне ЖДА назначали L-аргинин (тивортин). Тивортин назначали женщинам с верифицированным гестационным эндотелиоцитозом и системной эндотелиальной дисфункцией внутривенно капельно по 100 мл 4,2% раствора в течение недели, в виде сиропа внутрь по 15 мл три раза в день в течение двух недель.

Статистическую обработку проводили с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., США) [14].

Результаты исследования и их обсуждение.

После проведенного лечения во всех группах наблюдения нормализовались показатели гемограммы и значительно возросла обеспеченность организма железом. При этом уровень гемоглобина у беременных составил в среднем $119,6 \pm 1,4$ г / л, что достоверно выше исходных значений. Концентрация ферритина выросла с $12,2 \pm 1,2$ до $16,1 \pm 1,1$ нг / мл, что является сопоставимым со значениями полученными в контрольной группе ($15,9 \pm 1,4$ нг / мл), а содержание трансферрина - с $2,0 \pm 0,1$ до $2,2 \pm 0,1$ мкг / мл (в контроле - $2,4 \pm 0,2$ мкг / мл). Содержание сывороточного железа соответственно выросло с $11,3 \pm 0$, до $15,2 \pm 0,4$ мкг / мл (в контроле - $20,3 \pm 0,7$ мкг / мл). Описанные изменения были статистически значимыми ($p < 0,05$).

После проведенного лечения у 20% пациенток II группы были обнаружены признаки нарушений кровотока в маточных артериях в виде умеренного снижения диастолического компонента (индекс резистентности в группе составил $0,682 \pm 0,007$, достоверно ($p < 0,05$) превышало 95-й процентиль контрольных значений индекса резистентности для данного срока беременности ($0,627 \pm 0,003$) и соответствовало IА степени гемодинамических нарушений.

При изучении зависимости течения родового акта от наличия сопутствующей анемии и дисфункции плаценты, обусловленной эндотелиальной дисфункцией, было обнаружено, что большинство осложненных течения родового акта во II группе наблюдалась значительно чаще (ОШ = 1,6 (ДИ 95% 1,1-2,1). Наиболее часто у женщин с ЖДА регистрировалась первичная слабость родовых сил (25 случаев или 50,0%), которой как правило предшествовал патологический прелиминарный период. Значительно реже наблюдалось обвитие пуповиной (21 случай или 42,0%). В одном случае в I группе возник дистресс-плода в первом периоде родов, в то время как частота данного осложнения во II группе была достоверно выше (7 или 14,0%). Кроме того, во II группе возникло 4 (8,0%) случая дистресса плода во II периоде родов заставило прибегнуть к использованию вакуум-экстракции плода.

При оценке состояния новорожденных установлено, что у детей, рожденных от матерей с ДП, возникшей на фоне ЖДА, оценка по шкале Апгар в среднем составляла $8,1 \pm 0,1$ баллов, дети находились на совместном пребывании с матерями. Средняя масса новорожденных составила 3540 ± 50 г.

Все пациентки I группы рожали при доношенных сроках. При этом через естественные половые пути родили 96,0% женщин, а оперативное родоразрешение было применено только в 2 (4,0%) беременных.

Пациентки II группы также рожали при доношенных сроках беременности, 22 (44,0%) из которых - путем операции кесарева сечения. У 11 (22,0%) рожениц показанием к операции был дистресс плода в I периоде родов. Другими состояниями, которые были показаниями к оперативному родоразрешению были рубец на матке и отказ от вагинальных родов - 7 (14,0%) случаи, несостоятельность рубца (10,0%), сочетание ПРПО и ножного предлежания - 8,0%, смешанное ягодичное предлежание - у 2 (4,0%) случаев. Незрелость шейки матки была показанием для кесарева сечения у 2 (4,0%) случаев, рубцовая деформация шейки матки - в 1 (2%) случае. Еще в одном случае отмечалось краевое предлежание плаценты.

Угроза прерывания беременности возникла в течение периода наблюдения у 15 (10%) пациенток, угроза преждевременных родов - у 12 (8,0%) случаев. В отдельных случаях встречались ножное и ягодичное предлежание. Обвитие пуповины установлено в 4 (2,8%) случаях.

Зато пациентки III группы также рожали при доношенных сроках беременности, однако шестеро (12,0%) из них были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Следует отметить, что на фоне комплексной терапии риск развития интранатального дистресса плода существенно снижался, данное патологическое состояние наблюдалось лишь в трех случаях. Причиной дистресс-плода в одном случае был настоящий узел пуповины, еще в одном - тугое портупейное обвитие пуповиной.

Все новорожденные данной группы родились в удовлетворительном состоянии (со средней оценкой по шкале Апгар $8,0 \pm 0,1$ баллов). Средняя масса новорожденных составила 3080 ± 60 г.

У всех пациенток применялась перидуральная анестезия. Новорожденные после операции кесарева сечения по общему состоянию соответствовали оценке по шкале Апгар - в среднем $7,2 \pm 0,3$ баллов, остальные новорожденных имели лучшее общее состояние - в среднем $8,1 \pm 0,2$ баллов по Апгар. Средняя масса новорожденных составила 3250 ± 55 г.

Проявления ЗВУР отмечались у 5 (10,0%) случаях. Относительно частым осложнением было маловодие (16 или 32,0% случаев) и многоводие (9 случаев или 18,0%). ПРПО было зарегистрировано у 18 (36,0%) рожениц, причем подавляющее число (22,0%) из них принадлежали к III группе. В 5 (10,0%) из них роды завершились кесаревым сечением.

Следует отметить, что в контрольной группе средний вес новорожденных была более высокой (3760 ± 45 г), а оценка по шкале Апгар составляла $8,2 \pm 0,2$ баллов. Абсолютное большинство беременных контрольной группы рожали через естественные половые пути. Однако, 2 (6,7%) женщин контрольной группы были родоразрешены путем операции кесарева сечения в связи с рекомендациями смежных специалистов по исключению второго периода родов.

При анализе клинических последствий примененного у пациенток, отнесенных к различным клиническим группам, установлено, что после курса комплексного лечения с применением введения тивортина ДП Iа степени регистрировалась только у двух (5,0%) обследованных. При применении других средств воздействия на реологические свойства крови количество беременных с дисфункцией плаценты IB степени составила 3 (7,5%) человека, а с менее выраженной дисфункцией (IA) - 7 (17,5%). Описанные различия являются статистически значимыми ($\chi^2 = 6,1$ df = 1, p < 0,05).

Выводы:

1. Применяемая схема медикаментозной коррекции железодефицита была эффективной во всех группах сравнения, в результате чего были достигнуты целевые значения параметров феррокинетики.

2. На этапе планирования беременности целесообразно применение мер направленных на восстановление депо железа и уменьшения риска усугубления железодефицита во время беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барина, И. В. Сравнительные аспекты патогенеза фетоплацентарной недостаточности с антенатальной гибелью плода и с рождением живого новорожденного / И. В. Барина, Ю. Б. Котов. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013, N 4 - С.22-26

2. Боровиков В. П. Statistica. Искусство анализа данных на компьютере. / В. П. Боровиков СПб., Питер, 2003 - 688 с.

3. Кишкун, А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики / А.А. Кишкун – М., ГЭОТАР-Медиа, 2007 – 798 с.

4. Липатов И. С. Прогнозирование и диагностика плацентарной недостаточности на основе маркеров эндотелиальной дисфункции, децидуализации, апоптоза и клеточной пролиферации / И. С. Липатов, Ю. В. Тезиков // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 52–59.

5. Наказ МОЗУ № 782 від 29.12.2005 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua

6. Наказ МОЗУ №624 від 03.11.2008 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги", наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua

7. Наказ МОЗУ №900 від 27.12.2006 Про затвердження клінічного протоколу акушерської допомоги "Дистрес плода при вагітності та під час пологів". Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua

8. Пат. №77984 МПК (2013) А61В 10/00 Спосіб неінвазивної діагностики функціонального стану ендотелію при вагітності. Винахідники: Запорожан В.М., Коньков Д.Г., Галич С.Р., Луцкер О.Л.

Правовласник: Вінницький національний медичний університетім. М.І. Пірогова Заявка № 2012 07436, заявл. 19.06.2012 Опубл. 11.03.2013 Бюл. 5

9. Эндотелиальная дисфункция: гомоцистеин и оксид азота у беременных групп высокого риска, современные подходы к терапии. Роль фолиевой кислоты. / Э.М. Джобави, Л.А. Аминтаева, Д.Н. Алиева [и др.] // Проблемы репродукции. - 2010. - № 6. - С. 98-103.

10. Ignarro L.J. Nitric Oxide: Biology and Pathobiology / Louis J. Ignarro NY., Academic Press; 2 ed. – 2009. – 845 p.

11. Placental vascular dysfunction, fetal and childhood growth, and cardiovascular development: The generation R study. / Gaillard R, Steegers EA, Tiemeier H [et al.] // Circulation. - 2013 – Vol. 128(20) – P. 2202-2210

12. Saarelainen H. Endothelial Function and Regulation of Vascular Tone in Normal and Complicated Pregnancies. / HeliSaarelainen Kuopio. 2012 – 52 p.

13. Test-retest reliability of pulse amplitude tonometry measures of vascular endothelial function: implications for clinical trial design. / McCrea CE, Skulas-Ray AC, Chow M, West SG. // Vasc Med. - 2012 – Vol. 17(1) – P. 29-36.

14. The pathophysiology of endothelial function in pregnancy and the usefulness of endothelial markers. / Slavik L, Prochazkova J, Prochazka M [et al.] // Biomed Pap Med FacUnivPalacky Olomouc Czech Repub. - 2011 – Vol. 155(4) – P. 333-337.

ТҮЙІН

В.Н.Запорожан, м.ғ.д., проф., академик ҰАМҒУ, Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса қ., Украина, rector@odmu.edu.ua

И.А.Анчева, м.ғ.к., Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса қ., Украина, irina.an-va@rambler.ru

ТЕМІРТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯ ЖҮКТІЛІК ӘЕЛДЕРДЕГІ КЕШЕНДІ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЫҚ ДИСФУНКЦИЯСЫ ТҮЫНДАҒАН ФОНЫНДА

Зерттеу мақсаты бағалау және клиникалық тиімділігін кешенді емдеу эндотелиалық дисфункциясы фонында анемияның қолдана отырып, бағытталған іс-шаралар қалпына келтіру темірдің депосы және азайту тәуекел манифествалық теміртапшылықты жүктілік кезінде пациенттердегі. Әзірленген кешенді алдын-алу, диагностикалық және емдеу іс-шараларын енгізе отырып, донатора NO кезінде фармакокоррекция эндотелиальной дисфункциясы фонында анемияның мүмкіндік берді жиілігін төмендетуге көріністерін гипоксия ұрықтың жүктілік кезінде және босану кезінде, сондай-ақ перинаталдық асқинулардың санын азайту.

Кілт сөздер: эндотелиалық дисфункциясы, плацентаның дисфункциясы, теміртапшылықты анемия, жүктілік, емі.

RESUME

V.N. Zaporozhan, MD, PhD, academician of NMAU, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

I.A. Ancheva, MD, PhD, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

COMPLEX PHARMACOTHERAPY OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION OCCURRED ON THE BACKGROUND OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONGST PREGNANT FEMALES.

The aim of this study was to evaluate the clinical efficacy of combined treatment of endothelial dysfunction on the background of iron deficiency anemia. We discuss the feasibility of measures aimed at restoring iron stores and reduce the risk of the manifested iron deficiency during pregnancy in patients at risk.

The development of preventive, diagnostic and therapeutic measures to include NO donor in the treatment of the endothelial dysfunction on occurred during comorbid iron-deficiency anemia could reduce the incidence of manifestations of fetal hypoxia during pregnancy and childbirth, as well as reduce the number of perinatal complications.

Key words: endothelial dysfunction, placental dysfunction, iron deficiency anemia, pregnancy, treatment

УДК 577.114

Алтынбекова А.Ж.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,
Республика Казахстан, г Шымкент.

Научные руководители: и.о. профессора **Асылбекова А.Д.**, asilbekova@mail.ru,
магистр **Каракулова А.Ш.**, ayzhan2015@bkmail.ru

ИЗУЧЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО СОСТАВА ОТХОДОВ ПЕРЕРАБОТКИ ХИМИКО- ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ

АННОТАЦИЯ

Проведено определение моносахаридов различного состава в отходах растительного лекарственного сырья химико-фармацевтического производства.

Ключевые слова: полисахариды, моносахариды, гидролизат

Введение. Для Южно-Казахстанского региона практически неиспользованной является углеводная часть растительного сырья. Ресурсы пищевого углеводсодержащего сырья – полисахаридов, содержащиеся в отходах обработки растительного сырья составляют сотни миллионов тонн и ежегодно возобновляются, в отличие от традиционного химического сырья. К числу таких растений, широко используемых в фармацевтической практике для получения настоек, относятся лекарственная валериана. Однако отходы данного производства остаются невостребованными. Решение проблемы использования подобного сырья в виде отходов фармацевтического производства для получения биологически активных соединений сдерживается отсутствием исследований по химическому составу. В этой связи, химическое изучение компонентов шрота – корневищ с корнями валерианы является актуальной проблемой для фармацевтической науки, поскольку создаёт предпосылки для рационального использования лекарственного растительного сырья и создания безотходного производства, основанного на более полном использовании природных биологически активных соединений растительного происхождения [1-2].

Цель и задачи исследований. Целью настоящей работы является изучение углеводного состава отходов переработки корневищ с корнями валерианы лекарственной.

Материалы и методы исследования. Для изучения качественного состава полисахаридов использовали измельченный шрот корневищ с корнями валерианы лекарственной, предоставленный АО «SANTO Member of Polfarma Group» (г.Шымкент). В работе для идентификации использованы растворители и реактивы категории «х.ч.» и «ч.д.а.», комплект приборов для тонкослойной хроматографии: хроматографические пластинки «Сорбфил ПТСХ-УФ» (ЗАО «Сорбфил», Россия); УФ-хроматоскоп, микрокапилляры объемом 2 мкл (Россия), исследуемый и стандартный (10 мкг в пробе) растворы углеводов (глюкозы, ксилозы, арабиноза, фруктозы, сахарозы), смесь растворителей - смесь бутанола-ацетона-воды (4:5:1).

Результаты и их обсуждение. С целью изучения возможности расширения ассортимента растительного сырья и для установления качественного состава фракций полисахаридов использовали кислотный гидролиз с последующим хроматографическим анализом гидролизатов в присутствии образцов моносахаридов.

В кислотном гидролизе в качестве гидролизатора использовали 2%-ной раствор серной кислоты. Для нейтрализации остатков кислоты серной гидролизат обрабатывали раствором бария гидроокиси. Гидролизат нагревали для осветления с активированным углем при 50°C в течение 40 минут. Уголь отфильтровывали, фильтрат доводили до нейтральной реакции добавлением небольших порций карбоната бария.

Гидролиз полисахаридов – это процесс их взаимодействия с водой, при котором сложные молекулы полисахаридов распадаются с присоединением воды и образованием простых сахаров. Гидролиз полисахаридов водой протекает очень медленно, поэтому для ускорения этого процесса применяли катализаторы-кислоты. При одинаковых условиях проведения гидролиза полисахаридов растительной ткани скорость процесса зависит от применяемой кислоты. Нами использован 2%-ной раствор кислоты серной, так как ее легко удалить из реакционной смеси осаждением в виде сульфата бария и она вызывает наименьшую деструкцию моносахаридов. Образующиеся в процессе гидролиза моносахариды могут реагировать с веществами неуглеводной природы (например, с

аминокислотами), поэтому нами проведен анализ моносахаридного состава полисахаридов в мягких условиях.

После нейтрализации гидролизат анализировали хроматографически, используя восходящую ТСХ в системах различных растворителей в присутствии стандартных образцов моносахаридов. Наиболее оптимальным явилась подвижная фаза состава бутанол-ацетон-вода (4:5:1).

Таким образом, при кислотном гидролизе с последующим хроматографическим анализом гидролизатов найдены три вещества с R_f 0,33; 0,41, 0,58, соответствующие глюкозе, ксилозе и арабинозе. При расщеплении гемицеллюлозы А образуется только одно вещество с R_f 0,41, соответствующее ксилозе, а гемицеллюлозы Б – три вещества с R_f 0,29; 0,41; 0,50, соответствующие глюкозе, ксилозе и арабинозе.

Выводы. Изучен углеводный состав отходов переработки корневища с корнями валерианы. В результате нами обнаружено присутствие моносахаридов: глюкозы, ксилозы и арабинозы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние различных фракций боярышника на некоторые показатели системной гемодинамики // Человек и лекарство: тез. докл. X Рос. нац. конгр. 7-11 апр. 2003 г. – М., 2003. – С. 632. (Соавт.: Матершов С.В., Ивашев М.Н., Масликова Г.В., Оганесян Э.Т.).
2. Химико-фармакологическое изучение дикорастущей флоры и отходов фармацевтического производства // Человек и лекарство: тез. докл. X Рос. нац. конгр. 7-11 апр. 2003 г. – М., 2003. – С. 645. (Соавт.: Пархоменко А.Ю., Шаренко О.М., Терехов А.Ю., Карпов А.А., Оганесян Э.Т., Андреева О.А., Доркина Е.Г., Ивашев М.Н., Постникова Н.В.).

ТҮЙІН

Алтынбекова А.Ж.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы,
Шымкент қ.

Ғылыми жетекшілері: профессор м.а. Асылбекова А.Д., asilbekova@mail.ru,
магистр, аға оқытушы Қарақұлова А.Ш., ayzhan2015@bkmail.ru

ХИМИЯ-ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНДІРІС ҚАЛДЫҚТАРЫНДАҒЫ КӨМІРСУЛАР ҚҰРАМЫН ЗЕРТТЕУ

Химия-фармацевтикалық өндірістегі дәрілік өсімдік шикізаты қалдықтарындағы әртүрлі құрамды моносахаридтерді анықтау сынамалары жүргізілді.

Кілт сөздер: полисахаридтер, моносахаридтер, гидролизат

SUMMARY

Altynbekova A.Zh.

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan.

Scientific adviser: **Assilbekova A.D.**, ass. professor, SKSPhA, e.mail: asilbekova@mail.ru,
Karakulova A.Sh., master, SKSPhA, Shymkent, Kazakhstan, ayzhan2015@bkmail.ru.

STUDYING OF CARBOHYDRATE STRUCTURE OF WASTE OF PROCESSING OF CHEMICAL AND PHARMACEUTICAL PRODUCTIONS

There was made the determination of the monosaccharide composition of different wastes of herbal raw material origin of chemical and pharmaceutical industries.

Key words: polysaccharides, monosaccharides, hydrolyzate

УДК 546 (075.8)

Әшім А.

Ғылыми жетекшілері: аға оқытушы **Аманбаева Қ.Б.**, amanbaeva@mail.ru
профессор м.а. **Асылбекова А.Д.**, asilbekova@mail.ru

М.Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, Қазақстан Республикасы,
Шымкент қ.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.

ТАНТАЛДЫҢ ӨНЕРКӘСІПТЕ ПАЙДАЛАНЫЛУЫ

ТҮЙІН

Бұл жұмыста танталды Қазақстан өнеркәсібінде пайдалану жөніндегі дерек келтірілді.

Кілт сөздер: тантал, өнеркәсіп, элемент.

Тантал (лат. Tantalum)-элементтердің Менделеевтің периодтық жүйесінің VB тобындағы элемент, атомдық массасы 180,948, тығыздығы 16,6г/см³, балқу температурасы 2014⁰С, қайнау температурасы 5500⁰ С, ауыр, балқуы қиын, ашық, көкшіл түсті сұр металл, табиғатта ол ниобиймен бірге кездеседі [1-3].

Элемент 1802ж., Финляндия мен Швейцариядан табылған, екі минерал құрамынан табылған, оны ашқан швед ғалымы А. Экеберг. Танталдың атауы оның бөлінуінің қиындығына байланысты ежелгі грек аңызының кейіпкерінің атынан аталған. Танталды таза иілгіш металл түрінде алғаш алған неміс ғалымы Болтон(1903ж). Негізгі кеніш орындары Финляндияда, Скандинавияда, Солтүстік Америка, Бразилия, Австралия, Франция, Қытай елдерінде орналасқан.

Танталдың бірқатар құнды физикалық қасиеттері: иілгіш, төзімді, пісірлгіш, тот баспайтын, отқа төзімді, қатты. Химиялық қасиеттерінің ішіндегі негізгісі – химиялық тұрақтылығы, ол тұз, күкірт, азот, фосфор және органикалық қышқылдардың барлық шоғырында 150 градусқа дейін төзімді. Элемент өзінің химиялық төзімділігі жағынан шыныға ұқсайды, себебі, ол патша арағында еритін қышқылдар мен қоспаларда да ерімейді. Тантал тек балқытқыш қышқыл HF мен азот қышқылының қоспасында ғана ериді.

Танталды өндіру технологиясы өте күрделі және үш сатыдан тұрады.

1. Жару немесе ыдырату;
2. Танталды Ниобийден бөліп, таза химиялық қосылыстарын алу;
3. Танталды тотықсыздандыру және шақпақтау;

№73-ші Тантал элементі медицинада, электроникада, машина жасау және металлургия өнеркәсіптерінде кеңінен қолданылады. Танталдың негізгі тұтынушысы – металлургия болып табылады. Ол оның 45 % астамын пайдаланады. Бұл металл болаттың арнайы түрлерін (аса төзімді, тот баспайтын, отқа төзімді) легирлеуші элемент есебінде кеңінен қолданылады. Оны кәдімгі хромды болатқа қосу, төзімділігін жоғарылатып, сынғыштығын төмендетеді. Отқа төзімді құймалар-зымыран және ғарыш техникасы үшін нағыз қажеттілік, сондай-ақ мұндай болаттардан жоғары температуралы вакуум пештеріндегі бұлғағыштарға қыздырғыштар жасайды.

Танталмен легирленген болаттар химия саласының машиналарын жасауда кеңінен қолданылады. Тантал жабдықтарын көптеген қышқылдарды, бром, хлор, сутегінің асқын тотығын өндіруде қолданады. Одан химиялық жабдықтардың басым көпшілік қосалқы бөлшектерін де, кейде жабдықты түгелдей жасайды.

Соңғы жылдары танталды ҚР-ның өнеркәсіп орындары да кеңінен пайдалана бастады, атап айтқанда Өскемен машина жасау зауытында, құрамында танталы бар бұйымдар шығарыла бастаған, оларға танталдың ұнтағын қосу бұйымның физико-химиялық қасиеттерін едәуір жақсартатыны белгілі болған.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Зуев М. Г. Танталовые рентгеноконтрастные вещества. - Екатеринбург: УрО РАН, 2002.
2. Палатников М. Н. Сегнетоэлектрические твердые растворы на основе оксидных соединений ниобия и тантала. - СПб.: Наука, 2001.

3. Ниобий, тантал и цирконий в минералах. - М.: Ин-т минералогии, геохимии и кристаллохимии ред. элементов, 1999.

АННОТАЦИЯ

Ашим А.

Научные руководители: старший преподаватель **Аманбаева Қ.Б.**, amanhaeva@mail/ru,
а.с. профессор **Асылбекова А.Д.**, asilbekova@mail/ru
Южно-Казахстанский государственный университет им. М.Ауэзова, г.Шымкент, Республика
Казахстан,
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНТАЛА В ПРОМЫШЛЕННОСТИ

В настоящей работе приведены данные по использованию тантала в промышленности Казахстана.

Ключевые слова: использование, тантал, промышленность.

SUMMARY

Ashim A.

Scientific adviser: senior teacher **Amanbaeva K.B.**, amanhaeva@mail/ru
docent **Asilbekova A.D.**, asilbekova@mail/ru
South Kazakhstan State University named after M.Auezov, Shymkent, Kazakhstan,
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan, asilbekova@mail/ru

USE TANTALUM BY INDUSTRY

In this article are listed on use tantalum by industry of Kazakhstan.

Key words: use, tantalum, industry.

УДК 665.112.04.557.161.3.

Ақтау Л.Ө.

Ғылыми жетекшілері: аға оқытушы **Джаксылыкова Р.Б.**, roza@mail/ru
профессор м.а. **Асылбекова А.Д.**, asilbekova@mail/ru
М.Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, Қазақстан Республикасы,
Шымкент қ.,
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.

КҮРІШ КЕБЕГІНЕН БАЛАУЫЗ АЛУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

ТҮЙІН

Бұл жұмыста күріш майынан күріш балауызын тұндыру технологиясы құрылып, алынған нәтижелер кестеде келтірілді.

Кілт сөздері: тұндыру технологиясы, күріш майы, күріш балауызы.

Кіріспе. Күріш өндіру зауыттарының өндіріс қалдығы ретінде күріш кебегі қалады, оның көлемі % құрайды. Күріш кебегінің майлылығы шамамен 10-18 % аралығында, сондай-ақ оның

құрамында 9 %-дай балауыз болады. Сондықтан, осы қалдықтан күріш майын және күріш балауызын алуға талпыныс жасау мәселесі туындайды /1/.

Күріш кебегінен бір мезгілде маймен қатар, балауыз алуға да болады. Екінші жағынан балауызды алдын-ала бөліп алу, майдың тазалануын едәуір жақсартады. Күріш кебегінен алынатын балауыз (воск) қасиеттері жағынан танымал, әрі сапалы карнауб балауызынан кем түспейтіндігі дәлелденген.

Балауыз-косметикалық опа-далаптардың және медициналық жақпа майлардың құрамына кіреді, сондай-ақ ол шыныға жазатын қарындаштың 10%-н құрайды. Балауыз – парафинді және стеаринді алмастыра алады.

Зерттеу мақсаты мен міндеттері. Күріш кебегінен балауыз алу технологиясын құру және менгеру.

Күріш кебегінен алынған күріш майын бөлме температурасына дейін суытқанда, май күңгірттеніп, ары қарай тұрған сайын екі фазаға бөлінеді; жоғарғысы – мөлдір сұйық май, төменгісі – жартылай қатты – жақпа май тәрізді – құрамы балауыз, фосфатидтер, т.б. заттары /1-2/.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Құрамында балауызы бар осы фракциядан балауызды бөліп алу мақсатымен үш түрлі еріткіш- гексан, ацетон және техникалық этил спирті пайдаланылды. Балауызды тұндыру үрдісі-аталған реагенттерді белгілі бір қатынаста және уақыт аралығында суыққа ұстап, ары қарай тұндыру немесе сүзіп алу операцияларын жүргізу болып табылады. Аталған еріткіштердің ішіндегі оңтайлысы этил спирті болды, себебі гександа – балауыз қаттылау, ацетонда оның түсі өте қоңырқай. **Нәтижелер және оларды талқылау.** Төменде алынған нәтижелер келтірілген.

Кесте 1- Күріш балауызын тұндыру.

| № | Фракция: экстрагент (май тұнбасы - этил спирті) қатынасы | Суықта ұстау уақыты, тәулік | Алынған балауыздың массасы 2 | %-бен фракциядан | Ескерту |
|---|--|-----------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------------|
| 1 | 1:1 | 2,5 | 14,49 | 5-6 | $t^{\circ} = 0-5^{\circ} \text{C}$ |
| 2 | 1:1,5 | 1 | 8,42 | 4,0 | |
| 3 | 1:2 | 1 | 13,40 | 5-6 | |
| 4 | 1:2,5 | 2,5 | 18,40 | 9-10 | |

Кестеден көрініп тұрғандай, экстрагенттің мөлшері артқан сайын өнімнің шығымы да артады, нәтижелерге сүйеніп, балауызды этил спиртімен тұндыру технологиясының оңтайлы параметрлері 1:2 фракция-экстрагент қатынасы, суыққа ұстау уақыты-60 сағ (2,5 тәулік).

ҚОРЫТЫНДЫ:

1. Күріш майынан балауыз тұндырудың зертханалық технологиясы ұсынылды.
2. Оптималды параметрлері анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Джаксылыкова Р.Б., Аманбаева К.Б., Омашова К.К. Оптимизация процессов экстракции пшеничных зародышей и рисовой мучки. Труды МНПК «Ауэзовские чтения-12», ЮКГУ, г. Шымкент, 2014г., т.1, с.19-20.
2. Асильбекова А.А., Джаксылыкова Р.Б., Каракулова А.Ш., Баймаханова Г.М., Аманбаева К.Б., «Комплексная переработка отходов рисового производства». Труды МНП конференции посвященной 35-летию ЮКМФА, журнал «Вестник ЮКГФА», г. Шымкент, 2014, т.3, с.40

АННОТАЦИЯ

Ақтау Л.О.

Научные руководители: старший преподаватель **Джаксылыкова Р.Б.**, roza@mail.ru,
а.с. профессор **Асильбекова А.Д.**, asilbekova@mail.ru
Южно-Казахстанский государственный университет им. М.Ауэзова, г.Шымкент, Республика
Казахстан

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВОСКА ИЗ РИСОВОЙ ЛУЗГИ

В настоящей работе разработана технология осаждения рисового воска из рисового масла, полученные результаты представлены в таблице.

Ключевые слова: технология осаждения, рисовое масло, рисовый воск.

SUMMARY

Aktau L.O.

Scientific adviser: senior teacher **Dshaksilikova R.B.**, roza@mail/ru,
docent **Asilbekova A.D.**, asilbekova@mail/ru

South Kazakhstan State University named after M.Auezov, Shymkent, Kazakhstan,
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan, asilbekova@mail/ru

TECHNOLOGY OF DEPOSITION RISE'S WAX FROM RISE'S OIL

In this work showed technology of deposition rise's wax from rise's oil. The results are listed in the table.

Key words: technology of deposition, rise oil, rise wax.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УДК 615.03: 547.459.5: 641.528

Бондарев Е.В. - к.фарм.н., Национальный фармацевтический университет
г. Харьков, Украина, jck.bond@gmail.com

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИНА ГИДРОХЛОРИДА И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ У КРЫС

АННОТАЦИЯ

Ежегодно в мирное время инвалидизация от холодовых травм в мирное время составляет от 1 до 10 % потерпевших, а летальность – 40-50%. Снижение температуры тела и синдром гипоксии приводит к значительным нарушениям метаболических процессов в организме, которые проявляются изменениями со стороны углеводного обмена, активацией гликогенолиза и гликолиза, в результате чего в организме развивается метаболический ацидоз. Существует прямая зависимость между уровнем внутренней температуры тела и тяжестью патофизиологических проявлений гипотермии. Эта зависимость дает ключ к первичной клинической оценке состояния больного и выбору правильной тактики лечения.

Цель работы - выявить характер изменений показателей углеводного обмена у крыс, получавших глюкозамина гидрохлорид и препарат сравнения ацетилсалициловую кислоту, в условиях острой холодовой травмы. Острая холодовая травма приводит к значительному снижению ректальной температуры тела и выраженным изменениям углеводного обмена в группе контрольной патологии, которые проявляются увеличением уровня глюкозы в сыворотке крови, увеличением содержания лактата и пирувата и снижению гликогена в печени. Под действием ацетилсалициловой кислоты наблюдалась тенденция к восстановлению ректальной температуры и нормализация исследуемых биохимических показателей в сыворотке и гомогенате печени. При использовании глюкозамина гидрохлорида наблюдалась более выраженная нормализация как ректальной температуры у животных, так и углеводного обмена.

Ключевые слова: углеводный обмен, холодовая травма, глюкозамина гидрохлорид, ацетилсалициловая кислота.

Вступление. Повреждения организма низкими температурами встречаются практически во всех частях нашей планеты. Переохлаждения имеет огромное медико-социальное значение для регионов Крайнего Севера, Сибири, центральной части Европы и Украины. Ежегодно в мирное время инвалидизация от холодовых травм в структуре мирного времени составляет от 1 до 10 % потерпевших, а летальность пострадавших – 40-50% [3, 4, 12, 16, 21].

В патогенезе холодовой травмы основное место занимает гипоксия головного мозга и других органов и тканей. Снижение температуры тела и синдром гипоксии приводит к значительным нарушениям метаболических процессов в организме, которые проявляются изменениями со стороны углеводного обмена, активацией гликогенолиза и гликолиза, в результате чего в организме накапливается большое количество недоокисленных продуктов обмена веществ и развивается метаболический ацидоз [3,10, 13, 15].

При многих патологических воздействиях на организм в условиях тканевой гипоксии имеет место накопление лактата и пирувата в крови и тканях. Ряд авторов считает уровень лактата маркером «неблагополучия».

Так, на фоне холодовых воздействий уровень лактата в крови может увеличиваться по сравнению с нормой, отражая напряженность процессов углеводного обмена и нарушая течение гликолиза и многих сопряженных с ним реакций обмена веществ. Увеличение дефицита оснований и снижение системного рН способствуют полиорганной недостаточности и увеличению смертности [6, 17-20].

Существует прямая зависимость между температурой тела и патофизиологическими проявлениями гипотермии. Не являясь абсолютной, эта зависимость дает ключ к первичной клинической оценке состояния больного и выбору правильной тактики лечения. При гипотермии нарушается деятельность всех органов и систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, наблюдаются сдвиги в энергетическом обеспечении тканей, состоянии жидкостного баланса, кислотно-щелочного равновесия, коагуляционной системе крови [8].

В предыдущих исследованиях нами установлено, что глюкозамина гидрохлорид (Г г/х) на экспериментальной модели острого общего охлаждения улучшает показатели выживания животных, двигательную активность, тонус мышц, координацию движений и физическую выносливость, нормализует функциональное состояние почек в восстановительном периоде [1, 2]. При этом Г г/х превосходит по эффективности ацетилсалициловую кислоту (АСК), которая благодаря антиоксидантным свойствам является признанным фригопротектором [9]. Остается неизвестным влияние Г г/х на показатели углеводного обмена при острой холодовой травме. Такая информация важна для понимания метаболических аспектов механизма фригопротекторного действия Г г/х.

Исходя из этого, цель работы – выяснить характер изменений показателей углеводного обмена у крыс, получавших Г г/х и препарат сравнения АСК, в условиях острой холодовой травмы.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования проведены на крысах массой 190-220 г. Животных содержали в стандартных условиях вивария при температуре + 24- 25⁰ С и постоянной влажности на стандартном пищевом рационе при свободном доступе к воде. Протокол исследования согласуется с общепринятыми биоэтическими нормами (протокол №1 комиссии по биоэтике НФаУ от 15.01.2014 г.) и соответствуют «Общим этическим принципам экспериментам на животных» и положениям «Европейской конвенции защиты позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986) [11].

Модель острого охлаждения воспроизводили на белых крысах самцах по методике [14]. Животных помещали в индивидуальные пластиковые пеналы размером 8*8*15 см, которые не ограничивают доступ воздуха. Животных в пеналах на 2 часа помещали в морозильную камеру «Nord Inter-300» при – 18⁰С. Ректальную температуру у животных определяли цифровым термометром WSD-10 перед охлаждением и через 10 мин после холодовой травмы (в течение 2 часов). Исследуемые препараты Г г/х и АСК вводили в виде водного раствора внутривентриально (в/в) в профилактическом режиме за 30 мин до холодовой травмы.

Животные были разделены на группы в соответствии с препаратом, который они получали. Группа 1 – интактный контроль (n=7); группа 2 – контрольная патология - холодовая травма (n=7); группа 3 – Г г/х (50 мг/кг) + холодовая травма (n=8); группа 4 – АСК (50 мг/кг) + холодовая травма (n=8). Доза каждого препарата обеспечивает максимальный защитный эффект по критерию выживаемости [1].

После эксперимента животных помещали в сухие клетки при комнатной температуре без дополнительного согревания. Критерием эффективности фригопротекторного действия после острого общего охлаждения было изменение ректальной температуры до и через 10 минут после эксперимента. Состояние углеводного обмена оценивали по содержанию глюкозы в сыворотке крови (глюкозооксидазным методом), а также гликогена, лактата, пирувата, коэффициент лактат/пируват в гомогенате печени у крыс [5, 7].

Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия Стьюдента для межгрупповых различий и парного критерия Вилкоксона – для внутригрупповых.

Результаты и обсуждение.

При анализе показателей ректальной температуры у крыс через 2 часа после холодового воздействия отмечена выраженная гипотермия. Так, в группе контрольной патологии ректальная температура снижалась на 17,2%, в группе Г г/х - на 13,2%, в группе АСК – на 15,6%, что отражает тяжесть состояния животных (табл. 1). При этом в группе, получавшей Г г/х, температура была достоверно выше по отношению к показателям групп контрольной патологии и АСК. Очевидно, различная степень гипотермии могла оказать влияние на состояние углеводного обмена, что нашло свое подтверждение на следующем этапе исследования.

Таблица 1- Показатели ректальной температуры (t° C) у крыс до и после острой холодовой травмы

| Период наблюдения | Группы животных | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| | Интактный контроль (n=7) | Контрольная патология (n=7) | Г г/х, 50 мг/кг (n=8) | АСК, 50 мг/кг (n=8) |
| 1. До переохлаждения | 38,0±0,21 | 37,9±0,11 | 37,8±0,11 | 37,8±0,14 |
| 2. Через 10 мин после охлаждения | - | 31,4±0,09* | 32,8±0,34 */**/*** | 31,9±0,20 */** |

Примечание: * - достоверно по отношению к интактному контролю, $p < 0,05$. ** - достоверно по отношению к контрольной патологии «холодовая травма», $p < 0,05$. *** - достоверно по отношению к группе «АСК + холодовая травма», $p < 0,05$.

Исследование содержания глюкозы в сыворотке крови (таблица 2) показало, что под действием холода оно увеличилось по отношению к интактному контролю: в группе контрольной патологии на 30,4%, в группе, получавшей Г г/х, на 18,8% и АСК – на 20,3%. Это можно рассматривать как компенсаторную реакцию организма на действие холода.

Таблица 2- Влияние острой холодовой травмы на содержание глюкозы в сыворотке крови у крыс

| Группа животных | Количество животных в группе (n) | Глюкоза, ммоль/л |
|---|----------------------------------|------------------|
| 1. Интактный контроль | 7 | 5,71±0,13 |
| 2. Контрольная патология (холодовая травма) | 7 | 8,21±0,19* |
| 3. Г г/х, 50 мг/кг + холодовая травма | 8 | 7,03±0,17 */** |
| 4. АСК, 50 мг/кг + холодовая травма | 8 | 7,16±0,12 */** |

Примечание: * - достоверно по отношению к интактному контролю, $p < 0,05$. ** - достоверно по отношению к контрольной патологии «холодовая травма», $p < 0,05$.

При анализе содержания гликогена в гомогенате печени (таблица 3) отмечено уменьшение данного показателя по отношению к интактному контролю: в группе контрольной патологии - на 47,6% ($p < 0,05$), в группе, получавшей Г г/х - на 22,3% ($p < 0,05$) и АСК - на 50,4% ($p < 0,05$).

В условиях холодового воздействия усиление продукции тепла осуществляется за счет интенсификации распада глюкозы как основного запаса источника энергии, что в дальнейшем приводит к истощению гликогена в печени.

Таблица 3 - Влияние холодовой травмы на показатели углеводного обмена в гомогенате печени у крыс

| Группа животных | Кол-во животных в группе (n) | Гликоген, ммоль/мг | Лактат, ммоль/мг | Пируват, ммоль/мг | Лактат/пируват |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|----------------|
| 1. Интактный контроль | 8 | 38,90±0,32 | 2,04±0,12 | 0,242±0,130 | 8,42 |
| 2. Контрольная патология | 8 | 20,40±0,42* | 2,90±0,10* | 0,255±0,130 | 11,37 |
| 3. Г г/х, 50 мг/кг + холодовая травма | 8 | 30,20±0,32 */**/*** | 1,72±0,05 */**/*** | 0,113±0,002 *** | 15,22 |
| 4. АСК, 50 мг/кг + холодовая травма | 8 | 19,30±0,30 */** | 2,60±0,10* | 0,130±0,002 | 20,00 |

Примечание: * - достоверно по отношению к интактному контролю, $p < 0,05$. *** - достоверно по отношению к группе «АСК + холодовая травма», $p < 0,05$.

Повышение уровня лактата в гомогенате печени у животных контрольной патологии в сравнении с интактным контролем составило 29,6 %. Это отражает преобладание анаэробной

продукции лактата и снижение его клиренса. В группе, получавшей АСК, данный показатель достоверно снижался по отношению к интактному контролю - на 21,5%, в то время как под влиянием Г г/х наблюдалось его достоверное снижение по отношению к интактному контролю на 15,7% и контрольной патологии на 40,7%. Выявленное увеличение содержание лактата в условиях холодовой травмы свидетельствует об активации гликолиза в условиях гипоксии.

Анализ содержания пирувата в экспериментальных группах показал, что в гомогенате печени у крыс в группе контрольной патологии этот показатель имел тенденцию к увеличению на 5%, в то время как под действием исследуемых препаратов Г г/х и АСК имелась четкая тенденция к снижению этого показателя соответственно на 53,3 и 46,3%. При анализе отношения лактат/пируват установлено, что в группе контрольной патологии этот показатель увеличился в 1,4 раза в сравнении с интактным контролем, при введении Г г/х в 1,8 раза, под действием АСК - в 2,4 раза. Это свидетельствует о выраженной гипоксии при острой холодовой травме в группе контрольной патологии. Более значимое уменьшение пирувата в группах Г г/х и АСК, по-видимому отражает интенсивное включение этого интермедиата в энергетический обмен, прежде всего в цикл трикарбоновых кислот. Косвенным подтверждением такого предположения является достоверно менее выраженная гипотермия, что указывает на большее обеспечение организма энергией.

При изучении корреляций по Спирмену в исследуемых группах были выявлены следующие изменения (рис. 1). В группе контрольной патологии присущая интактным животным обратная связь средней силы между температурой тела и уровнем глюкозы в крови ($r = 0,506$) трансформировалась в прямую связь ($r = 0,639$). АСК не повлияла на эту измененную зависимость ($r = 0,647$), а Г г/х нормализовал ее ($r = -0,570$). Связь между температурой тела и содержанием лактата и пирувата в печени у интактных животных прямая: слабая в случае лактата ($r = 0,301$) и сильная – в случае пирувата ($r = 0,758$).

Холодовая травма изменила направление этой связи в группе контрольной патологии в случае лактата ($r = -0,253$) и ослабила ее в случае пирувата ($r = 0,398$). АСК нормализовала связь в паре «температура – лактат» ($r = 0,275$), но не в паре «температура – пируват» ($r = 0,301$), тогда как на фоне Г г/х связь в обеих парах максимально приближалась к наблюдающейся у здоровых животных (соответственно $r = 0,364$ и $r = 0,451$). Анализ зависимости между температурой тела и содержанием гликогена в группе интактного контроля в печени показал, что в норме эта связь обратная средней силы ($r = -0,398$), но в условиях холодовой травмы она резко нарушается, становясь слабо-положительной ($r = 0,096$), как и на фоне применения АСК ($r = 0,036$). Однако Г г/х полностью нормализовал эту корреляцию ($r = -0,348$).

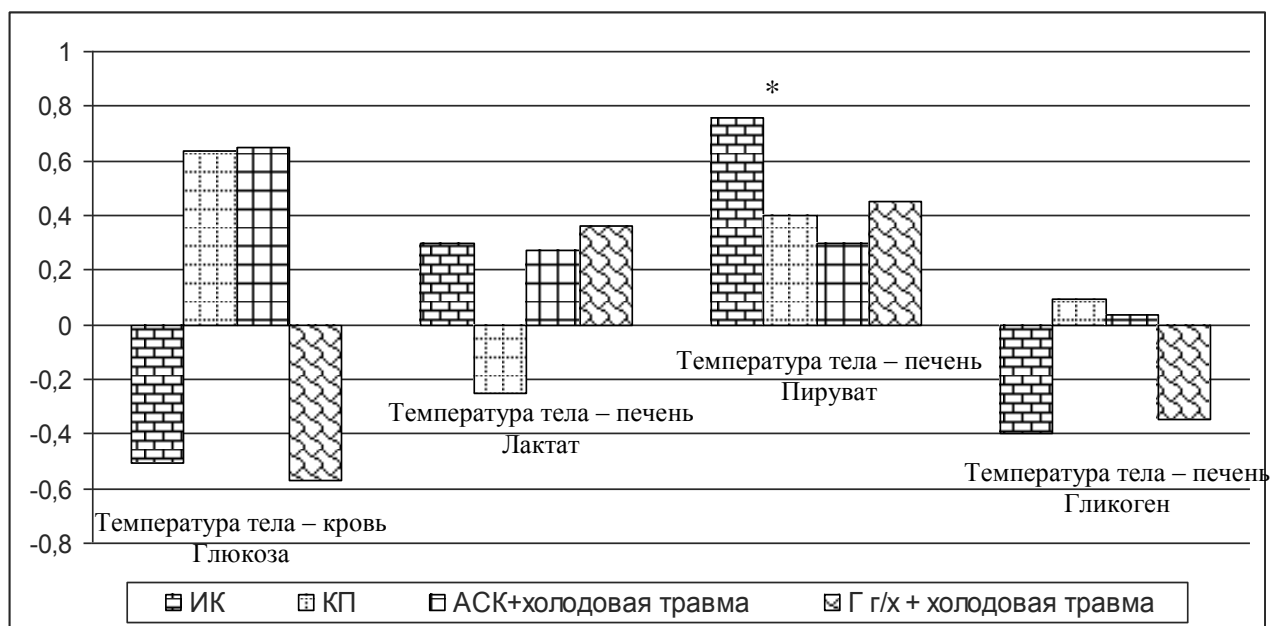


Рисунок 1 - Корреляционный анализ исследуемых показателей углеводного обмена при острой холодовой травме (по Спирмену)

Выявленные нами изменения углеводного обмена при острой холодовой травме свидетельствуют о нарушении энергетического метаболизма, которое связано с усилением продукции тепла в организме, истощением гликогена в печени и компенсаторной гипергликемией, развитием лактат - ацидоза.

ВЫВОДЫ.

1. Острая холодовая травма приводит к резкому снижению ректальной температуры, изменениям углеводного обмена, которые проявляются увеличением уровня глюкозы в сыворотке крови, увеличением содержания лактата и снижением уровня гликогена в гомогенате печени.
2. Под действием АСК наблюдалась тенденция к восстановлению ректальной температуры и нормализации исследуемых показателей углеводного обмена.
3. При использовании Г г/х наблюдалась более выраженная нормализация ректальной температуры, показателей углеводного обмена, а также функциональной связи между ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев Є.В. Скринінгове дослідження глюкозаміну гідрохлориду в якості засобу фрігопротекторної дії / Є.В. Бондарев, С.Ю. Штриголь // Клінічна фармація. -2010.-Т.14. -№4. - С. 47-49.
2. Бондарев Є.В. Нефропротекторні властивості глюкозамінц гідрохлориду на тлі гострого загального охолодження /Є.В. Бондарев // Науково-практична конференція з міжнародною участю та школою молодих вчених «Фармакологія, фізіологія і патологія нирок, сечовивідних шляхів та водно-сольового обміну». 1-3 жовтня 2014 р. Харків. – С.8-10.
3. Григорьева Т.Г. Холодовая травма. Отморожения// Междунар. мед. журн. – 2001. – №2. – С. 42–48.
4. Дмитриев А. Холодовые и тепловые травмы / А. Дмитриев // Гражданская защита. - 2012. - № 3. - С. 56-58.
5. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В. С. Камышников. – 3-е изд. – М.: МЕД прессинформ, 2009. – 896 с.
6. Ковалев В.В., Сизоненко В.А. Взаимосвязь между восстановлением температуры тела и уровнем глюкозы в крови пациентов с острой общей холодовой травмой // Вестник Якут. гос. унга. – 2007. – Т. 4, № 4. – С. 91-93.
7. Методы биохимических исследований/ Под ред. Проф. М.И.Прохоровой // Ленинград. Издательство ЛГУ. – 1982. – С.190-194; С.212-217.
8. Мищук Н.Е. Холодовая болезнь (гипотермия) / Н.Е. Мищук // Журнал «Медицина неотложных состояний». – 2006. – 4 (5).
9. Назаренко Н.А. Эффективность нестероидных противовоспалительных средств для профилактики и лечения холодовой травмы. //Автореферат на соискание уч. степени д.м.н. – Архангельск, 2001.-38 с.
10. Олійник Г.А. Патолофізіологія холодового шоку / Г.А.Олійник // Медицина неотложных состояний. -2013. -№8(55). Интернет издание «Новости медицины и фармации».
11. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / [под ред. Р.У. Хабриева]. – М. : Медицина, 2005. – С. 832.
12. Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х. Отморожения в современной боевой патологии // Военно-медицинский журнал: Теорет. и науч.-практ. журн. М-во обороны Российской Федерации. – М. – 2002. – № 1. – С. 23-27.
13. Трифонов С.В., Авхименко М.М.,Трифорова С.С. Холодовая травма: патогенез, неотложная медицинская помощь, профилактические меры //Медицинская помощь. – 2007. – № 1. – С. 28-32.
14. Увеличение продолжительности жизни мышей при остром охлаждении под воздействием препарата, выделенного из *Laminaria sacchara* / Ю.В. Дрозд, С.В. Бондаренко, В.В. Яснецов и др. // Биол.эксперим.биол. и мед. - 1991. - Е.111, №4. -С.383-384.
15. Шигеев В.Б., Шигеев С.В., Клударова Е.М. Холодовая смерть. – М.: Новости, 2004. – 183 с.
16. Cochrane, D. (2001). Hypothermia: A cold influence on trauma. Int J Trauma Nurs, 7(1), 8.
17. Kellum JA lactate and pH: Our continued search for markers of tissue distress. Crit Care Med 1998; 26(11): 1783-1784.
18. Kost GJ, Nguyen TH, Tang Z. Whole-Blood Glucose and Lactate. Arch pathol lab Med 2000; 124: 1128-1134.

19. Mallet M.L. Pathophysiology of accidental hypothermia // Q. J. Med. – 2002. – Vol. 95. – P. 775-785.
20. Roumen RMH, Redl HR, Schlag G et al. Scoring systems and blood lactate concentration in relation to the development of adult respiratory distress syndrome and multiple organ failure in severely traumatized patients. J Trauma 1993; 35: 349-55.
21. Frederic Lapostolle, Jean Luc Sebbah, James Couvreur, Francois X Koch, Dominique Savary, Karim Tazarourte, Gerald Egman, Lynda Mzabi, Michel Galinski and Frederic Adnet. Risk factors for onset of hypothermia in trauma victims: The HypoTraum study. Critical Care, 2012.

ТҮЙІН

Бондарев Е.В. - k.farm.n., ІPKSF дәріхана
Харьков қ., Украина, jck.bond@gmail.com

ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫ ӨТКІР СУЫҚ ЖАРАҚАТ КӨМІРСУЛАР АЛМАСУЫНЫҢ ТУРАЛЫ ГЛЮКОЗАМИНЫ ГИДРОХЛОРИДІ ЖӘНЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛ ҚЫШҚЫЛЫ ӘСЕРІ

Жыл сайын бейбіт уақытта мүгедектік бейбіт уақытта суық жарақат 1-ден 10 құрбандарын% және өлім-жітім–40-50% болып табылады. Дене температурасы мен гипоксия синдромы төмендету көмірсулар алмасуының өзгеруіне сипатталады ағзадағы зат алмасу процестерін, елеулі бұзылуына әкеледі, метаболикалық ацидоз нәтижесінде организмде glycogenolysis және гликолиза жандандыру дамытады. Гипотермия патофизиологиялық көріністерін негізгі дене температурасы деңгейі мен ауырлық арасында тікелей байланыс бар. Бұл қарым-қатынас, науқастың емдеу және дұрыс таңдау бастапқы клиникалық бағалау кілті болып табылады. Мақсаты - өткір суық жарақат глюкозамини гидрохлорид және компаратор есірткі ацетилсалицил қышқылымен өңделген егеуқұйрықтарды, көмірсулар алмасуының өзгерістердің сипаты білуге. Жедел суық жарақат органның ректалды температура айтарлықтай төмендеуіне әкеледі және бауыр гликоген жылы лактатық және пируват және төмендеуі арттыру, қан сарысуындағы глюкоза өсті деңгейде өздерін таныту патологиясын бақылау тобында көмірсулар алмасуының өзгерістер белгіленген. Ацетилсалицил қышқылы әсерінен ауыз температурасын қалпына келтіру үрдісі көрсетті және биохимиялық көрсеткіштер сарысуында және бауыр гомогената зерттелген нормалау. Кезде неғұрлым айқын қалыпқа жануарлар ректалды температура және көмірсулар алмасуының ретінде глюкозамини гидрохлорид пайдалана байқалды.

Кілт сөздер: Көмірсулар алмасуы, суық жарақат, глюкозамини гидрохлорид, ацетилсалицил қышқылы

RESUME

Bondarev E.V. - PhD., National University of Pharmacy
Kharkov, Ukraine, jck.bond@gmail.com

EFFECT OF GLUCOSAMINE HYDROCHLORIDE AND ACETYLSALICYLIC ACID ON CARBOHYDRATE METABOLISM IN ACUTE COLD INJURY

Annually in peacetime disability from cold injury in the structure of peacetime is from 1 to 10% of the victims, and the mortality rate–40-50%. Lowering the temperature of the body and hypoxia syndrome leads to significant disturbance of metabolic processes in the body which are manifested by changes in carbohydrate metabolism, activation of glycogenolysis and glycolysis in the body resulting in metabolic acidosis develops. There is a direct correlation between the level of core body temperature and severity of pathophysiological manifestations of hypothermia. This relationship is the key to initial clinical evaluation of the patient and the correct choice of treatment. The purpose of work - to find out the nature of the changes of carbohydrate metabolism in rats treated with glucosamine hydrochloride and comparator drug acetylsalicylic acid in acute cold injury. Acute cold injury leads to a significant reduction in the rectal temperature of the body and marked changes in carbohydrate metabolism in a control group of pathologies which manifest themselves in increased levels of serum glucose, increasing lactate and pyruvate and decrease in liver glycogen. Under the action of acetylsalicylic acid showed a tendency to restore the rectal temperature and biochemical indices normalization investigated in serum and liver homogenate. When observed using glucosamine hydrochloride as a more pronounced normalizing animal rectal temperature and carbohydrate metabolism.

Key words: carbohydrate metabolism, cold injury, glucosamine hydrochloride, acetylsalicylic acid

УДК: 616.33-002.44-084

Т.Н.Муратова, доцент, В.А.Полясный, профессор
Одесский национальный медицинский университет, Украина

ПРОТИВОТРЕВОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПАЛЕОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ КОРЫ МОЗЖЕЧКА У КРЫС С КОРАЗОЛОВЫМ КИНДЛИНГОМ

АННОТАЦИЯ

Повторные введения коразола (25,0 мг/кг, в/бр, всего 21 инъекция), осуществляемые крысам-самцам линии Вистар, имеющим исходно высокую тревожность, сопровождались формированием генерализованных судорожных реакций. У животных с развившимся киндлингом отмечались увеличения тревожности в тестах открытого поля, приподнятого крестообразного лабиринта. Электрические стимуляции (100-300 Гц, 0,25 мс, 50 мкА, 2,5 с) палеоцеребеллярной коры (V-VII доли) снижала выраженность тревожности у киндлинговых крыс.

Ключевые слова: киндлинг, мозжечок, электрическая стимуляция, тревожность.

Ранее было установлено усиление противосудорожного действия диазепазема под влиянием электрических стимуляций (ЭС) структур мозжечка [1]. Причем, усиление противосудорожного действия диазепазема отмечалось на фоне предварительного серийного раздражения палеоцеребеллярной коры, что позволяет предположить активацию системы продукции бензодиазепиновых рецепторов в условиях подобных стимуляций [1]. Причастность структур мозжечка к развитию тревожности показана в работе [4], которые установили наличие обратной зависимости выраженности тревожности от объема мозжечка.

Поэтому целью настоящего исследования было изучение выраженности анксиолитических эффектов ЭС палеоцеребеллярной коры мозжечка у крыс с исходно высокой тревожностью, подвергнутых коразоловому киндлингу.

Материал и методы исследования. Наблюдения проведены в условиях острого эксперимента на крысах самцах линии Вистар массой тела 180- 250 г. Крысам под кетаминным (100,0 мг/кг, в/бр) наркозом и в условиях фиксации в стереотаксическом аппарате СЭЖ-5 экспонировали кору мозжечка в зоне V-VII долек, в зоне которых располагали стимулирующий биполярный электрод (изолированная кроме кончика нихромовая проволока диаметром 0,15 мм и межэлектродным расстоянием 0,5 мм). Электроды крепили к поверхности черепа с помощью быстротвердеющей зубооральной пластмассы «Норакрил».

Киндлинг у крыс вызывали через 7-10 суток с момента оперативного вмешательства с помощью ежедневных введений коразола в подпороговой (25,0 мг/кг, в/бр) дозе. Всего проводилось 21 введение эпилептогена. Тестирование поведенческих реакций проводили в 9.00 – 12.00 ч, через 24 ч с момента последней киндлинговой инъекции коразола.

Исследование поведения в открытом поле проводили на протяжении 3 минут [6, 7]. Определяли число пересеченных квадратов и число пересеченных центральных квадратов, число вертикальных стоек с опорой и без нее, число заглядываний в отверстия пола, число эпизодов груминга, урикации и дефикации. По результатам тестирования формировали 2 группы животных с близкими этологическими показателями в зависимости от их эмоционального состояния в тесте «открытое поле» и «норковый рефлекс», которые условно разделили на высокоустойчивых и низкоустойчивых [7]. Воспроизведение киндлинга и последующие наблюдения проводили в группе НУ крыс (45 животных – самцов линии Вистар).

В тесте «приподнятый крестообразный лабиринт» (ПКЛ) оценивали анксиолитическую активность препаратов. Крысу помещали в центр установки, которая состояла из крестообразно расходящихся от центральной площадки под прямым углом 4-х рукавов: два противоположных, открытых, без стенок и два закрытых, темных. Высота над полом 1 м. Эксперименты проводили при обычном освещении в течение 5 минут. Определяли время, проведенное животными в открытых и закрытых рукавах, число заходов в открытые и закрытые рукава [6].

Электрические стимуляции (ЭС) осуществляли с помощью электростимулятора универсального ЭСУ-2 частотой импульсов 100-300 Гц, длительностью импульса 0,25 мс, интенсивностью 50 мкА и длительностью ЭС 2,5 с. Стимуляции повторяли через 10 мин. Всего

осуществляли 10 и 20 ЭС в основной группе. Группой контроля служили киндлинговые животные с живленными электродами, которым проводили ложные ЭС.

По окончании эксперимента проводили гистологический контроль расположения электродов, для чего осуществляли электрокоагуляцию в зоне их расположения, используя постоянный ток силой в 5 мА в течение 30 с, используя электроды в качестве анода. Статистическую обработку результатов исследований проводили с применением метода one-way ANOVA и критерия Newman-Keuls.

Результаты исследований и их обсуждение. Повторные введения коразола в первоначально субконвульсивной дозе сопровождались развитием судорожных проявлений – подергиваний и клонусов отдельных групп мышц после 3-5 введений коразола, а после 7-15 введений отмечалось формирование генерализованных судорожных реакций с падением животных на бок и послесудорожной депрессией. Последующие введения коразола сопровождались генерализованными судорожными приступами.

Число пересеченных квадратов киндлинговыми животными в открытом поле было меньшим, чем у интактных животных на 35,5 % ($P < 0,05$), в то время как число пересеченных центральных квадратов было меньшим в 4,3 раза (Рис. 1, I и II). 20 ЭС палеоцереbellарной коры вызывали увеличение исследуемых показателей, которые не отличались от таковых в группе интактных крыс и превышали исходные значения соответственно на 29,6 и в 3,1 раза ($P < 0,05$). Причем, 10 ЭС также вызывали достоверное в сравнении с исходными значениями увеличение числа пересеченных центральных квадратов – в 3,0 раза ($P < 0,05$) (Рис. 1, IV). Число вертикальных стоек киндлинговых крыс было меньшим в сравнении с показателями у интактных животных – совершаемых с опорой на стенки камеры – а 2,4 раза и без опоры – в 6,3 раза ($P < 0,05$) (Рис. 1, III, IV). Под влиянием 20 ЭС палеоцереbellарной коры исследуемый показатель возрастал в сравнении с исходным значением соответственно в два и в 4,6 раз ($P < 0,05$) и при этом не отличался от показателей у интактных крыс ($P > 0,05$).

Киндлинговые животные демонстрировали увеличение числа уринаций и дефекаций, превосходившие соответствующие показатели в группе контроля в 1,96 и в 2,1 раза ($P < 0,05$) (Рис. 1, VII, VIII). После 20 ЭС палеоцереbellарной коры исследуемые показатели не отличались от соответствующих показателей у интактных животных и число дефекаций достоверно (на 47,1%) уменьшалось в сравнении с исходным значением показателя ($P < 0,05$) (Рис. 1).

Киндлинговые животные проводили в открытой части лабиринта в 2,9 раза меньше времени в сравнении с интактными крысами ($P < 0,05$) (Рис. 2, А). При этом также достоверно в сравнении с группой контроля возросло время пребывания в темной части лабиринта (на 27,3 %, $P < 0,05$). В группе интактных крыс 10 ЭС коры мозжечка сопровождались некоторым уменьшением (на 8,5%) времени пребывания крыс в открытой части лабиринта, в то время как в группе киндлинговых крыс данный показатель был выше, чем до начала ЭС в 1,57 раза ($P > 0,05$) и оставался меньше такового в группе интактных животных, которым осуществляли 10 ЭС коры мозжечка на 34,6 % ($P < 0,05$) (Рис. 2, А).

После 20 ЭС длительность пребывания киндлинговых животных в открытой части лабиринта увеличивалась в сравнении с исходным значением в 2,4 раза и не отличалась от таковой в группе контроля ($P > 0,05$) (Рис. 2, А). Число заходов киндлинговых крыс в закрытую часть лабиринта превышало таковое в группе интактных животных в 1,92 раза ($P < 0,05$) (Рис. 2, Б). Данный показатель оставался более высоким после 10 ЭС коры мозжечка и превышал соответствующий показатель в группе интактных крыс с аналогичным числом ЭС в 1,6 раза ($P < 0,05$). После 20 ЭС число заходов в закрытые рукава киндлинговых крыс лабиринта было меньшим, чем до начала ЭС на 27,3% ($P < 0,05$) и не отличалось от соответствующего показателя в группе контроля ($P > 0,05$) (Рис. 2, Б).

Таким образом, представленные результаты показали, что крысы, с исходно высоким уровнем тревожности, определяемые как «низкоустойчивые» к действию стрессорных раздражителей [7], у которых был вызван киндлинг- синдром применением коразола в подпороговой дозе, демонстрируют в интериктальном периоде, по завершении формирования киндлинга высокую тревожность. Так, в условиях сформированного киндлинга у животных отмечалось сокращение времени пребывания в открытых рукавах лабиринта и уменьшение числа заходов в них по сравнению с контролем. Также у животных отмечалось увеличение числа уринаций и дефекаций в открытом поле, что также свидетельствует соответственно об анксиогенном компоненте патогенеза киндлингового синдрома.

Следует подчеркнуть, что животные с исходной высокой степенью тревожности демонстрируют быстрое развитие киндлинга [7]. Вместе с тем, электростимуляционный амигдаларный киндлинг может оказывать анксиолитические эффекты [2]. Подобные различия коразолового и ЭС-

киндлинга могут объясняться взаимодействием коразола с бензодиазепиновыми рецепторами [3], обеспечивая снижение их активности.

Выявленные в настоящем исследовании эффекты увеличения времени пребывания и числа заходов киндлинговых животных в открытые рукава лабиринта, отмечаемые после ЭС, следует рассматривать в качестве анксиолитического эффекта активации палеоцереbellлярной коры. Также анксиолитическим действием ЭС палеоцереbellлярной коры обладало в отношении компонентов тревожности, выявляемых в тесте открытого поля, увеличивая двигательную активность животных.

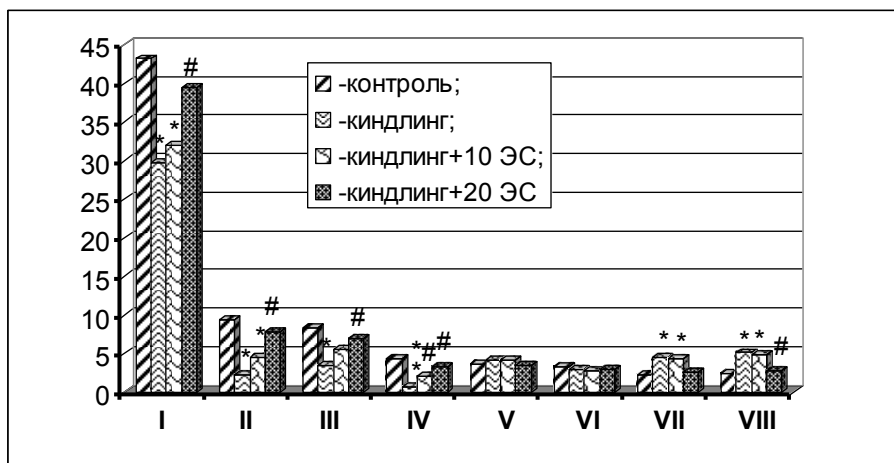
Возможно, что эффективность ЭС палеоцереbellлярной коры в отношении подавления киндлинг-провоцированного синдрома тревоги объясняется увеличением функционального состояния бензодиазепин-ГАМК-рецепторного комплекса, обеспечивая повышение связывания эндогенных лигандов бензодиазепиновых рецепторов и развитие анксиолитического действия [5].

ВЫВОДЫ.

Электрическая стимуляция палеоцереbellлярной коры вызывает снижение тревожности у крыс с коразоловым киндлингом.

ЛИТЕРАТУРА

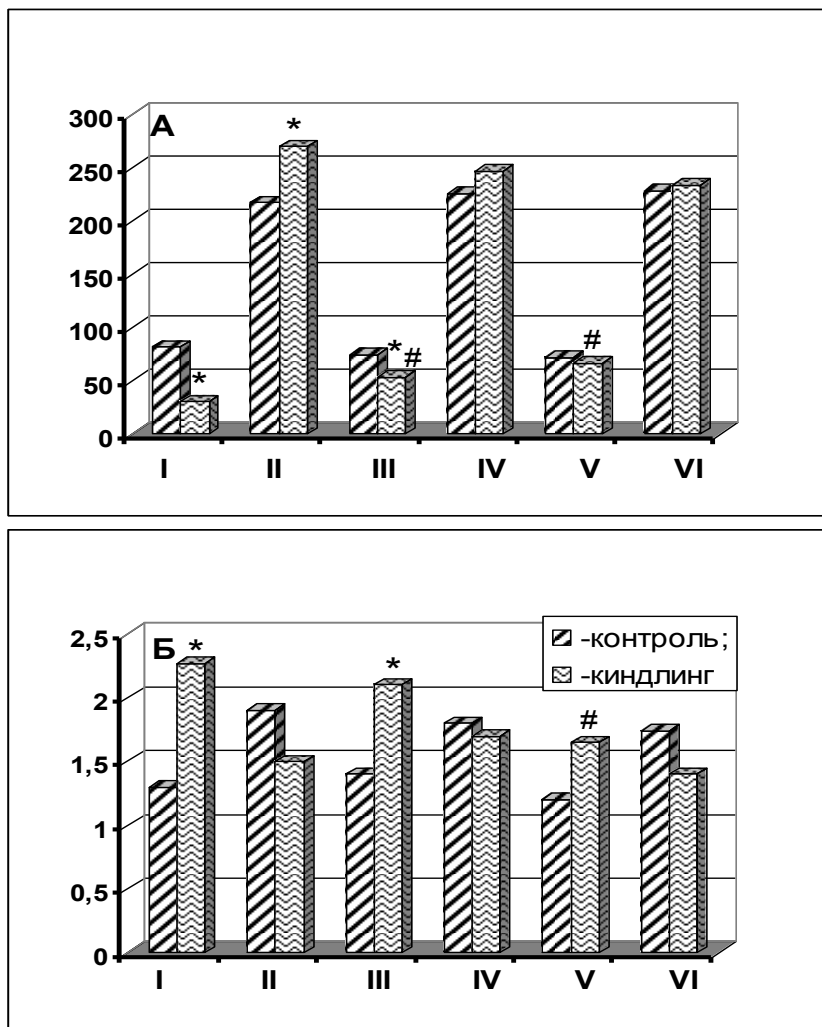
1. Годлевский Л.С., Коболев Е.В., Мустяца В.Ф., Дроздова Г.А. Моделирование и механизмы подавления экспериментального эпилептического синдрома // Одесса: КП ОГТ.- 2010.- 350 с.
2. Adamec R, Shallow T, Burton P (2005). Anxiolytic and anxiogenic effects of kindling--role of baseline anxiety and anatomical location of the kindling electrode in response to kindling of the right and left basolateral amygdale. Behav Brain Res.- 2005.- Vol. 159.-P. 73-88
3. Bazyan A.S., Zhulin V.V., Karpova M.N., Klishina N.Y., Glebov R.N. Long term reduction of benzodiazepine receptor density in the rat cerebellum by acute seizures and kindling and its recovery 6 months later by a pentylenetetrazol challenge. Brain Res.- 2001.- Vol.888.- P. 212-220.
4. Chung S.C., Choi M.H., Lee S.J. et al. Correlation between psychological factors and the cerebellar volume of normal young adults. Int J Clin Heal Psychol.- 2010.- Vol. 10.-P. 75-88.
5. Godlevsky L.S., Muratova T.N., Kresyun N.V. et al. Anxiolytic and antidepressive effects of electric stimulation of the paleocerebellar cortex in pentylenetetrazol kindled rats // Acta Neurobiol Exp.- 2014.- Vol.74.-P. 456-464
6. Lapin I.P. Mouse anxiety models: evaluation in an experiment and methodology critique. Exp Clin Pharmacol.- 2000.- Vol. 63.-P. 58-62.
7. Markel A.L. To evaluation of the main characteristics of rats behavior in the "open field" test. J High Nerv Act.- 1981.- Vol. 31.-P. 301-307.



Обозначения: по оси абсцисс – I- число пересеченных квадратов; II- число пересеченных центральных квадратов; III- вертикальные стопки с опорой; IV- вертикальные стойки без опоры; V- заглядывания в отверстия пола; VI- груминг; VII- уринации; VIII – число болюсов. По оси ординат – абсолютные значения исследуемого показателя.

*- $P < 0,05$ – в сравнении с показателем в группе интактных животных; #- $P < 0,05$ в сравнении с показателем до начала ЭС.

Рисунок 1 - Показатели поведения интактных и киндлинговых крыс в тесте «открытое поле».



Обозначения: фрагмент А – длительность пребывания в открытой (I, III, V) и закрытой (II, IV, VI) частях лабиринта. По оси ординат - секунды; фрагмент Б – число заходов в закрытые (I, III, V) и открытые (II, IV, VI) рукава лабиринта. По оси ординат - исследуемый показатель.
На обоих фрагментах – III и IV – эффекты 10 и V, VI – 20 ЭС палеocerebellарной коры
*-P<0,05 – в сравнении с показателем в группе интактных животных; #-P<0,05 в сравнении с показателем до начала ЭС.

Рисунок 2 - Влияние ЭС палеocerebellарной коры на поведение интактных и киндлинговых крыс в «приподнятом крестообразном лабиринте».

ТУЙІН

Муратова Т.Н., доцент, Полясный В.А., профессор
Одесский национальный медицинский университет, Украина

ПРОТИВОТРЕВОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПАЛЕОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ КОРЫ МОЗЖЕЧКА У КРЫС С КОРАЗОЛОВЫМ КИНДЛИНГОМ

Повторные введения коразола (25,0 мг/кг, в/бр, всего 21 инъекция) сопровождались формированием генерализованных судорожных реакций у крыс-самцов линии Вистар с исходно высокой тревожностью. У животных с развившимся киндлингом отмечалась высокая тревожность в тестах открытого поля, приподнятого крестообразного лабиринта. Электрические стимуляции (100-

300 Гц, 0,25 мс, 50 мкА, 2,5 с) палеocerebellarной коры (V-VII дольки) снижала выраженность тревожности у киндлинговых животных.

Ключевые слова: киндлинг, мозжечок, электрическая стимуляция, тревожность.

SUMMARY

Muratova T.N., Polyasny V.A.
Odessa National Medical University, Ukraine

ANTANXIOLOITIC EFFECTS OF PALEOCEREBELLAR ELECTRICAL STIMULATIONS IN CORAZOL-KINDLED RATS

Repeated corazol administrations (25,0 mg/kg, i.p., 21 injections) was followed by generalized seizure reactions development in male Wistar rats with initially high level of anxiety. The increased level of anxiety was determined both in open field and elevated plus maze in kindled rats. Electrical stimulations (100-300 Hz, 0,25 мс, 50 мкА, 2,5 s) of paleocerebellar cortex (V-VII lobules) decreased the kindling-induced anxiety.

Key words: corazol kindling, cerebellum, electrical stimulation, anxiety.

УДК: 619.93

Жумашов С.Н., д.м.н., профессор, Ишигов И.А., д.м.н. профессор, Жумашов Б.С., к.м.н., Нарымбетова Т.М., Жумабекова Р.Б., Махамбетова Г.С., Молдалиева Р. С.
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г. Туркестан, Республика Казахстан

ВЛИЯНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ НА МОРФОСТРУКТУРУ ТИМУСА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

АННОТАЦИЯ

Установлено, что в тимусе у подопытных крыс, подвергшихся интоксикации фосфорорганическими соединениями наблюдается нарушение гематотимусного барьера, характеризующееся появлением лимфоцитов и плазматических клеток в ее корковом веществе.

Ключевые слова: фосфорорганические пестициды, тимус, лимфоциты, плазматические клетки.

В настоящее время в мировом сельскохозяйственном производстве сохраняется тенденция увеличения объемов применения пестицидов, при этом их качество постоянно совершенствуется. Синтезируются препараты с коротким периодом распада в объектах окружающей среды и полным разложением их в растениях (1,2,3,4).

Поступая в организм, пестициды и их соединения изменяют ход метаболических процессов, приводя к нарушению его морфофункционального состояния(5,6).

Следует подчеркнуть, что изучение кроветворения и иммунного статуса приобретает первостепенное значение, так как многие патологические процессы у человека могут быть как следствием, так и причиной различных нарушений работы системы иммунитета, особенно при вторичных иммунодефицитных состояниях (7, 8,9). Структурные изменения тимуса у животных в эксперименте с хронической интоксикацией фосфорорганическими пестицидами изучены недостаточно.

Цель исследования - изучение морфологических изменений в тимусе у подопытных животных, подвергшихся воздействию фосфорорганических пестицидов.

Материал и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами объектами исследования послужили 36 белых лабораторных крыс-самцов с исходной массой 80-120 г

находившихся в обычных условиях вивария. Подопытные животные содержались в отдельных клетках в комнатной температуре, естественном освещении, вентиляции. Питание было смешанным, сбалансированным.

Все подопытные животные были разделены на две группы. В первую группу были включены 12 интактных крыс-самцов, которым внутривентриально вводили фосфорорганические пестициды в количестве 1,0 мл на 100 г массы в фосфат-цитратном буфера из расчета 11 мг/100 г массы тела. Во вторую группу были включены 24 половозрелых крыс-самцов, у которых было изучено влияние острого воздействия фосфорорганических пестицидов.

Для световой микроскопии брали ткань тимуса, из которой готовили образцы после фиксации в 10-12% растворе формалина в фосфатном буфере (по Лили). Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Для трансмиссионной электронной микроскопии фрагменты ткани тимуса объемом 1-2 мм фиксировали 2,5% раствором глутарового альдегида на 0,1 М фосфатном буфере (pH-7,4), затем дофиксировали 1-2% раствором четырехокси осмия (1 час). После дегидратации в растворах этанола и ацетона в возрастающей концентрации, блоки заключали в эпоно-аралдитовую смесь. Ультратонкие срезы готовили на ультратомах "LKB-4880" "Ultracut" (Reichert-Jung). Полутоновые срезы (1 мкм) также получали на ультратомах "LKB-4880" "Ultracut" (Reichert-Jung) и окрашивали 1% раствором метиленового синего-фуксина. Ультратонкие срезы после двойного контрастирования в уранилацетате и цитрате свинца (микропроцессор "Ultrastainer", LKB) просматривали и фотографировали в ТЭМ "Hitachi H-600".

Для сканирующей фотографии образцы ткани тимуса фиксировали в 2,5% глутаровом альдегиде на фосфатном буфере (pH-7,4). После дегидратации в растворах спирта-ацетона в возрастающей концентрации, срезы высушивали способом перехода через критическую точку закиси азота в аппарате "HCP-2" (Hitachi).

Образцы вмонтировали в алюминиевые подложки электропроводящим клеем. После ионного напыления золотом в аппарате "ЮЗ" ("Eiko", Japan) клетки просматривали и фотографировали в СЭМ "HitachiS-40SA". Затем препараты исследовали в электронном микроскопе "S-405 (Hitachi, Япония). Фотографирование осуществляли на цветной плёнке «KodakProfessionalProFoto100» или «Fujicolorsupergia100». Микрофотографии сканировали на сканере "ScanPrisa640" (Acer). Полученные данные подвергали компьютерной обработке на компьютере "ComputerPentiumIIIWindows2000".

Результаты и обсуждение. Через 7 суток после интоксикации фосфорорганическими пестицидами, корковое вещество долек тимуса было представлено плотно прилегающими друг к другу лимфоцитов с круглыми ядрами, содержащими крупные глыбкигетерохроматина и тонким ободком малодифференцированной цитоплазмы с единичными митохондриями. Т-лимфоциты плотно прилежали друг к другу, контактируя своими плазмолеммами. Иногда среди них встречались плазматические клетки, типичным признаком которых являются многочисленные узкие концентрически расположенные цистерны гранулярной эндоплазматической сети (рис.1).

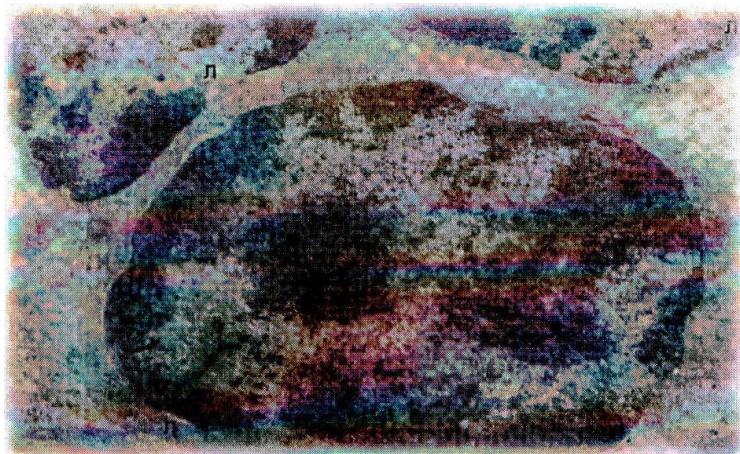


Рисунок 1 - Лимфоциты коркового вещества тимуса после 7 суток интоксикации, ТЭМ. х 1150.

Как известно, в норме в тимусе плазматические клетки не встречаются, и выявленный признак свидетельствует о нарушении проницаемости гематотимусного барьера, в состав которого входят эндотелиоциты стенки кровеносных капилляров, его непрерывная базальная мембрана

периваскулярного пространства, базальная мембрана эпителиоретикулоцита и его цитоплазма (10). Ультраструктура ретикулоэпителиальных клеток характеризовалась удлинёнными ядрами с фестончатыми контурами, содержащими преимущественно гетерохроматин. В их цитоплазме умеренно были развиты комплекс Гольджи и эндоплазматический ретикулум.

Вместе с тем особенно в мозговом веществе долек тимуса были обнаружены эпителиальные клетки со стромой с очень хорошо развитым комплексом Гольджи, которые располагались в околядерной зоне и были представлены несколькими диктиосомами, лизосомами и множеством пузырьков. В таких клетках находились крупные, расширенные цистерны гранулярного эндоплазматического ретикулума с хлопьевидным содержимым в просвете, а также обнаруживались специфические для ретикулоэпителиоцитов вакуоли.

Эти данные свидетельствуют о том, что ультраструктура лимфоцитов тимуса и ретикулоэпителиальных клеток на данном сроке исследования не характеризуется какой-либо патологией и наиболее заметным изменением при этом является наличие в паренхиме органа плазматиков, как следствие нарушения проницаемости гематотимусного барьера, что согласуется с данными литературой (11).

Через месяц после интоксикации фосфорорганическими пестицидами корковое вещество долек тимуса было представлено скоплениями лимфоцитов в петлях, образованных ретикулоэпителиальной стромой. Лимфоциты характеризовались округлым гетерохроматиновым ядром и тонким ободком цитоплазмы, в некоторых лимфоцитах тимуса были обнаружены изменения в виде расширения перинуклеарных цистерн и признаков апоптоза (рис.2).

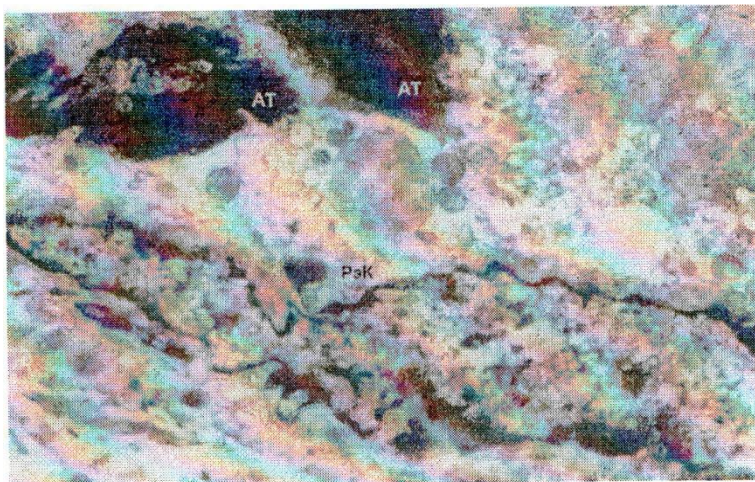


Рисунок 2 - Корковое вещество тимуса после 30 суток интоксикации, апоптотические тела ретикулоэпителиальной клетки, ТЭМ. х 13250.

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что в тимусе деструктивные изменения, в первую очередь, отмечаются в паренхиматозных и стромальных элементах органа, располагающихся в непосредственной близости к стенке кровеносных капилляров. Учитывая что, при интоксикации фосфорорганическими пестицидами в плазме крови обнаруживаются токсины, можно предположить, что эти изменения являются, по-видимому, проявлениями прямого цитотоксического, повреждающего эффекта пестицидов.

Выводы.

1. Под влиянием фосфорорганических пестицидов деструктивные изменения в тимусе отмечаются в паренхиматозных и стромальных элементах органа, располагающиеся в непосредственной близости к стенке кровеносных капилляров.

2. Выявленные изменения обусловлены, по-видимому, прямым цитотоксическим эффектом фосфорорганических пестицидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельников Н.Н., Мельникова Б.М. Мировое потребление пестицидов.-Ташкент.-1997.-26 с.
2. Искандарова Г.Т. Меры профилактики при применении нового пестицида ХС-2. //Бюлл.ассоц. врачей Узбекистана. – Ташкент.-2000. - №1. - С.56-58.

3. Каримов Х.Я., Дадажанов Ш.Н., Гильдиева М.С. Репродуктивные клетки крыс как биологические индикаторы влияния факторов окружающей среды. //Морфология. - 2003. -№1-С. 56-58.
4. Ибраев С.А. Токсическая миокардиодистрофия при хронической интоксикации промышленными ядами (фосфор и его неорганические соединения) //Тез.докл.ІІІ-съезда терапевтов Казахстана. - Караганда. - 1990. - С.146-148.
5. Шарманов Т.Ш., Мамырбаев А.А. Токсикология фосфора и их неорганических соединений. - Алма-Ата. -1992.- С.141.
6. Кулкибаев Г.А. Общие механизмы токсического действия промышленных ядов в зависимости от характера питания. //Алма-Ата. - 1992. - С.86.
7. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные представления о защите организма от инфекции. // Иммунология.- 2000. - №1. - С.61-64.
8. Ковалев И.С. Иммуитет как функция системы организма, инактивирующего чужеродные химические соединения. //Хим.-фарм.журнал.-1997.-№21.- С.3-14.
9. Искандаров Т.И., Элинская О.Л. Гигиенические особенности безопасного применения пестицидов для сельскохозяйственных пищевых культур./Гигиенические аспекты охраны окружающей среды, укрепление здоровья и благополучие населения - приоритетные направления здравоохранения Узбекистана. Научно-практ.конф. с междунар. участием. - Ташкент. -2014. - С-47- 49.
10. Жунисова М.Б. Современное состояние проблемы изучения токсического поражения печени при интоксикации соединениями фосфора. //А.Ясауиатындағы халықаралық қазақ-түрік университетінің Хабаршысы. - 2010. - №6 (72) - 258-261 бб.
11. Бобова Л.П., Кузнецов С.Л., Сапрыкин В.П. Гистофизиология крови и органов кроветворения и иммуногенеза - М.: «Новая волна». -2003.

ТҮЙІН

Жумашов С.Н., м.ғ.д. профессор, Ишигов И.А., м.ғ.д., профессор, Жумашов Б.С., м.ғ.к., Нарымбетова Т.М., Жумабекова Р.Б. Махамбетова Г.С., Молдалиева Р. С.
Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

ФОСФОРОРГАНИКАЛЫҚ ПЕСТИЦИДТЕРДІҢ ЭКСПЕРИМЕНТТІК ЕГЕУКҰЙРЫҚТАР АЙЫРША БЕЗІНІҢ МОРФОҚҰРЫЛЫМЫНА ӘСЕРІ

Фосфорорганикалық қосындылармен уландырылған тәжірибелік егеуқұйрықтардың айырша безінің қыртыс затында лимфоциттер және плазматикалық жасушалардың пайда болуымен сипатталатын гематотимустық тосқауылдың бұзылуы байқалады.

Кілт сөздер: фосфорорганикалық пестицидтер, айырша безі, лимфоциттер, плазматикалық жасушалар.

SUMMARY

Zhumashov S.N., Doctor of Medical Sciences, Professor Ishigov I.A., Doctor of Medical Sciences, Professor, Zhumashov B.S., Candidate of Medical Sciences Narymbetova T.M., Zhumabekova R.B., Makhambetova G.S., Moldaliev R.S.

Khoja Ahmet Yassawi kazakh-turkish international university, Turkestan

EFFECT OF ORGANOPHOSPHORUS PESTICIDES MORPHOSTRUCTURE THYMUS IN EXPERIMENTAL ANIMALS

It was established that in the thymus in experimental rats exposed to organophosphorus pesticide intoxication observed violation gematothimus barrier, characterized by the appearance of lymphocytes and plasmatic cells in the cortex it.

Key words: organophosphoruspesticides, thymus, lymphocytes, plasmatic cells.

УДК: 619. 93

Жумашов С.Н., д.м.н., профессор, **Ишигов И.А.**, д.м.н., профессор, **Мырзагали-улы О.М.**, к.м.н. доц., **Жумашов Б.С.**, к.м.н., **Сагинбаев К.Т.**, **Махамбетова Г.С.**, **Молдалиева Р. С.**
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г.Туркестан

ВЛИЯНИЕ КОБАВИТА НА ИММУННЫЙ ОТВЕТ К ЭРИТРОЦИТАМ БАРАНА И У КРЫС С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОСФОРНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

АННОТАЦИЯ

Установлено, что при хронической фосфорной интоксикации у подопытных крыс происходит угнетение иммунологической реактивности, а использование кобавита в качестве иммуностимулятора приводит к значительной коррекции иммунного ответа у экспериментальных животных.

Ключевые слова: желтый фосфор, иммунный ответ, кобавит, селезенка.

Интенсивная добыча, производство фосфора и его соединений в хлопкосеющих районах Южного Казахстана проводятся на фоне ультрафиолетовой инсоляции и перегревания организма, что усугубляет патогенное действие на организм даже самых малых концентраций этого токсического вещества и способствует возникновению скрытых, малосимптомных форм хронической интоксикации, что делает особенно необходимым поиск новых методов диагностики и лечения (1,2,3,4)

В настоящее время изучение кроветворения и иммунного статуса приобретает первостепенное значение, так как многие патологические процессы у человека могут быть как следствием, так и причиной различных нарушений работы системы иммунитета, особенно при иммунодефицитных состояниях (5,6,7,8,9). Вместе с тем иммунная реакция – сложный и многоэтапный процесс, включающий в себе распознавание антигена, пролиферацию, дифференцировку, миграцию и кооперацию разных типов клеток, а также образование эффективных иммуноцитов.

Цель исследования - изучить функциональное состояние иммунопоэза при хронической фосфорной интоксикации у экспериментальных животных.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на 18 половозрелых беспородных белых крысах с начальной массой 120-140 г. Животных содержали в условиях вивария на обычном пищевом рационе и перед началом опытов их выдерживали в карантине 12-14 дней. Взвешивание крыс проводили один раз в неделю, желтый фосфор в хлопковом масле вводили крысам в желудок ежедневно с помощью зонда, в дозе 0,3 мг/кг массы тела в течение 6 месяцев. Животных разделили на 3 группы: 1-я группа - контрольная (интактная); 2-я группа - отравленные желтым фосфором; 3-я группа - отравленные желтым фосфором, получавшие кобавит per os в дозе 0,05 мг/кг массы тела подопытных животных в течение 10 дней.

Иммунный ответ на эритроциты барана определяли по количеству антителообразующих клеток (АОК) прямым методом локального гемолиза (10). Принцип метода основан на способности антиэритроцитарных антител, секретируемых антителообразующими клетками иммунизированных животных лизировать в присутствии комплемента эритроцитов барана, помещенных вместе с клетками в агарозный гель. Для постановки АОК использовали 350 мг сахарозы, которую разводили в 100 мл раствора Хенкса и помещали в водяную баню до полного просветления раствора, затем его pH доводили до 7,2 раствором едкого натрия; горячую сахарозу разливали по 2,8 мл в большие стеклянные чашки Петри.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у подопытных крыс через месяц после хронической фосфорной интоксикации (ХФИ) угнеталась иммунологическая реактивность организма. Так, если у контрольных крыс на 5-е сутки после иммунизации эритроцитами барана (ЭБ) формируется 2210±123,9 АОК в селезенке, то у животных с ХФИ антителообразование угнетается в 2,9 раза (770±46,4 АОК). Аналогичные результаты были получены при расчете АОК на 1 млн. клеток селезенки: в контроле - 3,9±0,2 АОК, в опытной группе - 1,8±0,1 АОК, т.е. в 2,2 раза меньше, по сравнению с контролем. При ХФИ в 1,4 раза достоверно уменьшалось число ядросодержащих клеток селезенки (ЯСКС). Эти данные свидетельствуют о том, что уже через месяц после ХФИ угнетается не только иммунный ответ к ЭБ, но и общая клеточность селезенки иммунизированных подопытных крыс.

Вторичный иммунодефицит сохранялся и через 2 месяца после ХФИ. Так, число АОК у крыс с ХФИ было в 2,7 раза меньше, чем у соответствующего контролю расчета на всю селезенку, и в 2,3 раза меньше при расчете на 1 млн. спленоцитов. При этом число ЯСКС, также было достоверно ниже, чем в контроле. Выраженный иммунодефицит сохранялся и на 3-м и 4-м месяцах после ХФИ. Число АОК в селезенке было соответственно меньше в 2,5 и 2,1 раза, чем в контроле. Такая же

картина наблюдалась при расчете АОК на 1 млн. клеток селезенки (показатели в 2,1 и 1,7 раза ниже, чем в контроле). Общая клеточность селезенки в эти сроки оставалась достоверно ниже нормативных значений. На 5-м месяце после ХФИ вторичный иммунодефицит также сохранялся, хотя глубина его была не столь выражена, как в первые месяцы. Так, число АОК на 1 млн. АОК антителообразование угнетался в 1,5 раза. Спустя 6 месяцев с момента моделирования ХФИ сохранялась достоверная разница между опытной и контрольной группами: число АОК в селезенке снижалось в 1,5 раза, а на 1 млн. спленоцитов – в 1,3 раза.

Следует отметить, что во все сроки исследований число ЯСКС у подопытных крыс было достоверно низким, чем в контроле. На основании полученных данных можно предположить, что ХФИ приводит к формированию вторичного иммунодефицитного состояния, которое сохраняется вплоть до шести месяцев. Как видно из таблицы, уже через месяц после ХИФ в селезенке образовалось 720,0+46,4 АОК. При проведении курса лечения с использованием кобавита число АОК повысилось до 1800+110,7, что в 2,5 раза больше, чем при ХФИ.

Таблица - Влияние кобавита на иммуногенез у подопытных животных при ХФИ (M+m)

| Группы животных* | Число ядер, содержащееся в клетках селезенки | | | Кол-во АОК на всю селезенку | | Кол-во АОК на 10 клеток селезенки | |
|----------------------------------|--|---|-------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|
| | M+m | n | ИС | M+m | ИС | M+m | ИС |
| Контроль ХФИ 3. Кобавит | 864+23 | 5 | - | 2210,0+123,9 | - | 3,9+0,2 | - |
| | 415,0+7,6 | 5 | - | 720,0+46,4 | - | 1,8+0,1 | - |
| | 428,7+10,6 | 5 | +1,03 | 1800,0+110,7 | +2,3 | 4,2+0,2 | +2,3 |
| | P2-1>0,05 P3-1<0,01 P3-2>0,05 | | | P2-1<0,01 P3-1<0,01 P3-2<0,01 | | P2-1<0,01 P3-1<0,05 P3-2<0,01 | |
| 4. Контроль ХФИ 3. Кобавит | 544,1+14,3 | 5 | - | 2480+136,6 | - | 4,6+0,2 | - |
| | 473,9+12,5 | 5 | - | 880,0+53,9 | - | 1,9+0,1 | - |
| | 489,5+13,5 | 5 | +1,03 | 2020,0+125,1 | +2,3 | 4,1+0,3 | +2,2 |
| | P2-1<0,05 P3-1<0,05 P3-2<0,05 | | | P2-1<0,01 P3-1>0,05 P3-2<0,01 | | P2-1<0,01 P3-1<0,05 P3-2<0,01 | |
| Контроль ХФИ 3. Кобавит | 552,6+14,2 | 5 | - | 2600,0+70,7 | - | 4,7+0,1 | |
| | 459,6+10,8 | 5 | - | 950,0+36,4 | - | 2,1+0,1 | |
| | 470,2+9,7 | 5 | +1,02 | 1880,0+75,2 | +2,3 | 4,0+0,2 | |
| | P2-1<0,05 P3-1<0,05 P3-2<0,05 | | | P2-1<0,01 P3-1<0,05 P3-2<0,01 | | P2-1<0,01 P3-1>0,05 P3-2<0,01 | |
| Контроль ХФИ 3. Кобавит | 517,7+13,5 | 5 | - | 2300,0+114,0 | - | 4,5+0,2 | |
| | 417,0+11,3 | 5 | - | 1050,0+57,0 | - | 2,5+0,1 | |
| | 426,0+11,8 | 5 | +1,02 | 1580,0+81,5 | +2,3 | 3,7+0,2 | |
| | P2-1>0,05 P3-1<0,05 P3-2>0,05 | | | P2-1<0,01 P3-1>0,05 P3-2<0,01 | | P2-1<0,01 P3-1<0,05 P3-2<0,01 | |
| Контроль ХФИ 3. Кобавит | 496,9+15,1 | 5 | - | 2200,0+66,0 | - | 4,5+0,3 | |
| | 395,4+10,2 | 5 | - | 1160,0+53,0 | - | 2,9+0,1 | |
| | 406,3+10,0 | 5 | +1,03 | 1610,0+57,9 | +2,3 | 4,0+0,1 | |
| | P2-1>0,05 P3-1<0,05 P3-2>0,05 | | | P2-1<0,01 P3-1<0,05 P3-2<0,01 | | P2-1<0,01 P3-1>0,05 P3-2<0,01 | |
| Контроль ХФИ 3. Кобавит | 501,4+17,6 | 5 | - | 1890,0+78,1 | - | 3,8+0,2 | |
| | 424,4+12,2 | 5 | - | 1210,0+53,4 | - | 2,9+0,1 | |
| | 436,7+13,5 | 5 | +1,03 | 1450,0+61,2 | +2,3 | 3,4+0,2 | |
| | P2-1>0,05 P3-1<0,05 P3-2>0,05 | | | P2-1<0,05 P3-1>0,05 P3-2<0,01 | | P2-1<0,05 P3-1<0,05 P3-2<0,01 | |

*Примечание. n- число крыс, ИС – индекс соотношения к контролю, P – степень достоверности

При расчете АОК на 1 млн. клеток селезенки под действием кобавита показатель этот повысился в 2,3 раза. Иммуностимулирующий эффект кобавита проявился и через 2 месяца: число АОК в селезенке повысилось в 2,3 раза, а при расчете на 1 млн. спленоцитов – в 2,2 раза.

Начиная с 3-го месяца, иммуностимулирующая активность кобавита несколько ослабевала, при этом число АОК на селезенку повысилось в 2 раза, а на 1 миллион клеток – в 1,9 раза. Возможно, это связано с постепенным восстановлением иммунологической реактивности с первого по третий месяцы у крыс полсе ХФИ. В 4-м 5-м месяцах ХФИ кобавит способствовал повышению антителиобразования в селезенке в 1,5 и 1,4 раза соответственно.

Следует отметить, что даже спустя 6 месяцев после ХФИ наблюдалась достоверная (в 1,2 раза) стимуляция антителиобразования. Во все сроки исследования введение кобавита не привело к существенным изменениям со стороны общей клеточности селезенки. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что кобавит обладает свойством корректировать угнетенный иммунный ответ у крыс с ХФИ.

ВЫВОДЫ.

1. У подопытных животных с хронической фосфорной интоксикацией наблюдается угнетение иммунологической реактивности, что проявляется снижением антителиобразования в селезенке.

2. У подопытных животных с хронической фосфорной интоксикацией кобавит оказывает иммунокорректирующий эффект, о чем свидетельствует усиление антителиобразования в селезенке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоскурская Г.И., Бердыходжин М.Т., Айтбембетов Б.Н. К вопросу о клинике профессиональной хронической фосфорной интоксикации //Гигиена труда и профессиональной фосфорной интоксикации. - Чимкент. – 1985. - С.19.
2. Белоскурская Г.И., Бердыходжин М.Т., Айтбембетов Б.Н. Клиника, диагностика и экспертиза трудоспособности при хронической фосфорной интоксикации. /Методические указания. – Алма-Ата. -1980. -17 с.
3. Даулетбакова М.И., Орманов Н.Ж., Бердыходжин М.Т. и др. Хроническая интоксикация соединениями фосфора: вопросы патогенеза, клиники, диагностики и экспертизы трудоспособности. //Методические рекомендации. -Алма-Ата. -1991. -22 с.
4. Беклемишев Н. Д., Цой И.Г. Иммунопатогенез в инфекционном процессе. - Алма-Ата. – 1992. -352 с.
5. Калашников А.А., Ахметов Ж.Б., Дауреханов А.М. Результаты морфологических перестроек силистой оболочки желудка на воздействие вредных факторов фосфорного производства //Вестник ЮКГМА – Шымкент. – 2000. -№3. – С. 22-23.
6. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные представления о защите организма от инфекции. //Иммунология. – 2001. – С. 61-64.
7. Дмитриев Д.А., Румянцева Е.Г. Современные методы изучения влияния загрязнения окружающей среды на иммунную систему //Гигиена и санитария. - 2002. - №3. - С.68-71.
8. Каримов Х.Я., Дадажанов Ш.Н., Гильдиева М.С. Репродуктивные клетки крыс как биологические индикаторы влияния факторов окружающей среды //Морфология. -2003. - №1.-С. 69-72.
9. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммуномодуляторы: механизм действия и клиническое применение. //Иммунология. - 2003.- №4.- С.196-203.
10. Jerne N.K.,Nordin A.A. Plaque formation in Agar by single antibody production cells. //Science. – 1963. – 140. – 3565. – Р. – 405-406.

ТҮЙІН

Жумашов С.Н., , м.ғ.д. профессор, **Ишигов И.А.,** м.ғ.д. профессор, **Мырзагали-улы О.М.,** м.ғ.к. доц., **Жумашов Б.С.,** м.ғ.к., **Сагинбаев К.Т.,** **Махамбетова Г.С.,** **Молдалиева Р. С.**
Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ.

КОБАВИТТІҢ ҚОЙ ЭРИТРОСИТТЕРІНЕ ЖӘНЕ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ФОСФОРЛЫ УЛАНУЫНДАҒЫ ИММУНДЫҚ ЖАУАПҚА ӘСЕРІ

Тәжірибедегі егеуқұйрықтардың созылмалы фосфорлы улануы кезінде иммунологиялық реактивтіліктің тежелуі байқалады, ал кобавитті иммуностимулятор ретінде қолдану жануарларда иммундық жауаптың едәуір коррекциялануына әкеліп соқтырады.

Кілт сөздер: сары фосфор, иммундық жауап, кобавит, көк бауыр.

SUMMARY

Zhumashov S.N., doctor of Medical Sciences, professor, **Ishigov I.A.**, doctor of medical sciences, Professor, **Myrzagali-uly O.M.**, candidate of medical sciences, associate professor, **Zhumashov B.S.**, Candidate of Medical Sciences, **Saginbayev K.T**, **Makhambetova G.S.**, **Moldaliev R.S.**
International Kazakh-Turkish University named. X.A.Yasavi, Twrkestan

THE INFLUENCE OF COBAVIT ON THE IMMUNE RESPONSE TO SHEEP AND RATS ERYTHROCYTES WITH CHRONIC PHOSPHORIC INTOXICATION

It has been established that chronic phosphoric intoxication at experimental rats occurs oppression immune responsiveness and use cobavit as immunostimulant leads to a significant correction of the immune response at experimental animals.

Key words: immune responsive, cobavit, spleen.

УДК 614.23.07:611:617-089.11

Б.С. Бегалиев, к.м.н., М.А. Шегебаев, А.К. Мырзалиев

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Туркестан, Республика Казахстан

НОВОЕ В КОНЦЕПЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

АННОТАЦИЯ

Данная статья вкратце описывает текущие состояния современных анатомических кафедр – проблему несоответствия качества имеющихся наглядных материалов современным требованиям медицинского образования, ограниченность в доступе качественных анатомических материалов, оторванность иллюстраций в атласах от показа истинных структур человеческого тела. Базируясь на вышесказанном и принимая во внимание отсутствие натуральных учебных анатомических препаратов, в ней предлагаются в качестве дополнения (наглядного пособия) к преподаванию анатомии человека использовать цветные фотографии натуральных анатомических препаратов.

Ключевые слова: анатомические структуры, препараты, атласы, иллюстрации, фотографические атласы, человеческое тело.

В последние десятилетия обеспечение многих анатомических кафедр анатомическими препаратами дошло до нуля. На некоторых кафедрах еще остались анатомические препараты десятилетнего (и более далекого) прошлого, но они по внешнему виду, консистенции и цвету больше напоминают мумии, чем учебные анатомические препараты. В большинстве медицинских ВУЗ-ов «захоронили» даже препараты анатомических музеев. Как осваивать азы анатомии человеческого тела?

Молодые анатомы, которым в настоящее время 30 лет, не умеют препарировать – им не на чем было учиться этому, ведь с 1999 года были прекращены поставки бесхозных трупов. Как тогда обучать студентов? В настоящее время нет недостатка в анатомических учебниках и атласах, являющихся необходимой составляющей образовательного процесса, особенно, если рисунки многоцветные, с красными артериями, синими венами и желтыми нервами. Но ведь эти структуры внутри человеческого тела так не выглядят, и очень часто они выглядят совершенно по-другому, не так, как на красочных картинках в атласах. Атласы имеют высокое полиграфическое качество, но они не демонстрируют истинных структур человеческого тела. Студенты и молодые врачи не узнают на мониторах при эндоскопических исследованиях тела человека анатомические структуры, они их не видели при изучении анатомии, они видели только рисунки.

В истории анатомического изображения можно выделить несколько важных этапов. Древняя Греция и Рим известны своими анатомическими школами, но в те времена научные сведения передавались от учителя к ученику, от профессионала к новичку, записи появились столетиями позже. Известны только две знаменитые работы греческого врача Галена, сведения о которых сохранились в Александрии.

Революционный этап в развитии анатомического изображения связан с именем Андрея Везалия, который впервые в XVI столетии опубликовал анатомические рисунки, отличающиеся реализмом, последний подтверждается и сегодня. Дальнейшим шагом в эволюции этого направления было развитие печатного дела, возникшее в конце XVIII столетия, а в XIX веке началась эра цветных печатных рисунков. В XX-м веке в анатомических атласах появились фотографии и изображения анатомических структур, полученных при помощи рентгеновского метода исследования тела человека, компьютерной и магниторезонансной томографии, изображений эндоскопического исследования тела живого человека.

Просмотр новых изданий анатомических учебников, атласов с конца XX столетия показывает, что они полны «облегченных», «до минимума упрощенных», взятых из ранее опубликованных изданий, зачастую без указания источника, красочных цветных иллюстраций. Цена таких увесистых изданий изрядно подскочила, так что молодым коллегам анатомам и клиницистам они «не по карману».

Многие анатомические издания круто повернули в сторону клиники, физиологии, украсив их красочными графическими и цветными рисунками, уйдя в сторону от показа истинных структур человеческого тела. Иные анатомические атласы пестрят клиническими терминами, понятиями, которые еще малопонятны студентам не только первого, но и второго года обучения в медицинском ВУЗе. В некоторых атласах страницы «забиты» терминами на русском, латинском и английском языках, иногда их число доходит до 30 на странице. Конечно, такой атлас дорогой, ведь это еще и учебник английского языка, да и вес одного тома превышает три килограмма.

Надежда на снабжение анатомических кафедр учебными анатомическими препаратами в ближайшие 5–6 лет была далека от истины. Анатомы старой школы ушли или уходят на пенсию, а молодым преподавателям необходимо еще учиться работать с анатомическим материалом и то, при условии, если они его получают. Исходя из этого, разработка учебного анатомического материала снова находится в центре внимания анатомов-профессионалов, и интерес к этому никогда не был так высок, как в настоящее время. К этому подключают, как компьютерные технологии, вплоть до «виртуальных трехмерных изображений» (хотя они и имеют вид пластмассовых роботов), так и профессиональных художников.

Известно, что практические навыки врачей при проведении лечебных манипуляций, исследованиях базируются первично на распознавании анатомических структур тела, а вторично - на приобретенных анатомических знаниях формы, топографии структур в определенной анатомической области. Поэтому очень важно, чтобы будущий врач, как можно раньше начал свое профессиональное образование с реальных изображений реальных анатомических структур, чтобы они стали ему привычными и знакомыми по форме, положению.

В настоящее время медицинское образование в целом не соответствует этому, так как, практически, из обучения исчезли анатомические препараты, а имеющиеся анатомические атласы пестрят красочными картинками анатомических структур тела человека, которых в теле живого человека не увидишь. Без высококачественной истинной цветопередачи анатомических структур тела человека с сохранением их формы, положения невозможно изучать человеческое тело.

Базируясь на вышесказанном и принимая во внимание отсутствие натуральных учебных анатомических препаратов, мы предлагаем новую концепцию преподавания анатомии человека с использованием цветных фотографий натуральных анатомических препаратов. Прежде всего, необходимо подготовить к изданию анатомические атласы нового типа – фотографические атласы анатомических препаратов, далее - на всевозможных цифровых носителях создать банки этих фотографий и использовать их для демонстраций на мониторах в учебных анатомических комнатах. Задача состоит не в написании нового учебника анатомии (их написано достаточно), не в замене, а в дополнении их наглядным пособием нового типа.

Надеемся, что этим можно закрыть анатомическую брешь между имеющимися анатомическими атласами и практической действительностью в условиях отсутствия учебных анатомических препаратов. Глаз, как настоящий фиксатор, способен запомнить форму, размеры, цвет и положение анатомических структур. Студент изучает анатомию или хирург оперирует, или врач осматривает больного, всегда они имеют дело только с одной небольшой областью, и это все можно

представить на фотографиях натуральных препаратов, где анатомические структуры выглядят как на человеческом теле.

ТҮЙІН

Бегалиев Б.С., м.ғ.к., Шегебаев М.А., Мырзалиев А.Қ.

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан Республикасы

АДАМ АНАТОМИЯСЫ ПӘНІН ОҚЫТУДЫҢ ЖАҢА КОНЦЕПЦИЯСЫ

Мақалада соңғы он жылда адам анатомиясы пәнін оқытуда оқу-көрнекі препараттардың тапшылығы жайлы, осы жағдайында табиғи анатомиялық препараттардың суреттерін қолданып (фотографиялық анатомия) оқыту әдістері туралы айтылады.

Кілт сөздер: анатомиялық құрылымдар, есірткі, атластар, иллюстрациялар, адам денесінің фотографиялық атластар.

SUMMARY

Candidate of Medical Sciences Begaliyev B.S., Shegebayev M.A., Myrzaliev A.K.

Khoja Ahmet Yassawi kazakh-turkish international university, Turkestan

THE NEWS CONCEPT OF HUMAN ANATOMY

This article describes the current state of modern anatomy departments, limited access to high-quality anatomical materials. Based on the above and taking into account the lack of training of natural anatomical specimens, it proposes a new concept of teaching human anatomy using color photographs of natural anatomical specimens.

Key words: anatomical structures, drugs, atlases, illustrations, photographic atlases of the human body.

УДК 611/612-053.2 (1-22) (477.7)

Бабненко В.В., Михайленко В.Л., Герасименко Е.А.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮГА УКРАИНЫ

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены особенности физического развития детей, проживающих в сельских районах юга Украины. Определены причины дисгармонического развития: неблагоприятная эколого-гигиеническая, социально-экономическая и техногенная ситуации, сложившиеся на юге Украины.

Ключевые слова: дети, здоровье, физическое развитие, экология, гигиена.

Общепризнанной мировым сообществом ценностью считается индивидуальное и общественное здоровье. Именно здоровье нации рассматривается как показатель цивилизованности государства, отражающий социально-экономическое положение общества.

Важным показателем здоровья детского населения в целом является уровень физического развития. Объективными причинами резкого снижения физического, социального и духовного здоровья подрастающего поколения являются глубокий социально-экономический кризис,

экологические проблемы, критическое состояние обеспечения детей рациональным питанием, слабая материально-техническая база систем здравоохранения и образования. Коммерциализация социальной сферы ограничивает доступ детей к внешкольному образованию, удовлетворение их культурных интересов и спортивно-оздоровительных потребностей. Улучшение условий развития детей должно рассматриваться как предпосылка благоприятного социально-экономического и демографического будущего, как проблема национального значения, требующая первоочередного решения.

Целью работы - проведение сравнительного анализа физического развития детей, проживающих в сельской местности юга Украины.

Материал и методы. Физическое развитие детей оценивали при помощи следующих групп показателей: антропометрических (при помощи осмотра оценивали фигуру, упитанность, форму грудной клетки, позвоночника, ног, стоп, степень развития вторичных половых признаков); антропометрических;

Результаты исследования.

Среди различных форм нарушения физического развития, привлекающих особое внимание врачей и родителей, важное место занимает задержка роста. В Украине у 3,5% детей имеет место задержка роста, причем она встречается в 2 раза чаще у городских школьников, по сравнению с сельскими; у мальчиков – в 1,5-2,5 раза чаще, нежели у девочек. При сопоставлении физического развития мальчиков-школьников, проживающих в сельской местности юга Украины, было установлено, по показателям роста они ниже своих одноклассников, проживающих в городах. При этом наибольшие различия наблюдались у мальчиков в возрасте 7-9 лет. Начиная с 10-летнего возраста, разница в темпах физического развития полностью нивелировалась, а в интервале 12-13 лет даже наблюдалась некоторая тенденция к превышению по цифрам показателей возрастного стандарта для городских школьников.

Более выраженными были отличия по средним показателям веса и окружности груди – по данным показателям мальчики старшего возраста, проживающие в сельской местности, опережали своих городских сверстников ($p < 0,05$).

Общим для всех возрастных групп обследованных детей было отставание темпов физического развития от описанных для городского населения. На наш взгляд, данное обстоятельство связано с особенностями питания сельских детей. Обращало на себя внимание более частое выявление признаков дисгармонического развития среди детского населения сельской местности, которое тесно коррелировало с дефицитом белка ($r=0,58$, $p < 0,05$) и кальция ($r=0,63$, $p < 0,05$).

При анализе частоты дисгармонического развития, признаков акселерации и деселерации были выявлены существенные различия между экологически благополучными районами и районами с неблагоприятной эколого-гигиенической ситуацией. При этом наличие дополнительных экологических факторов риска увеличивало частоту выявления дисгармонического развития и отставаний от темпов развития в 2-3,5 раза ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ по возрасту уровня и динамики физического развития девочек, проживающих в сельских районах Одесской области, показал, что в возрасте 9-10 лет они практически не отличаются по основным антропометрическим характеристикам. В дальнейшем у них наблюдается статистически недостоверная тенденция к уменьшению темпов физического развития и отставания от одноклассников, проживающих в городах. При этом темпы полового развития у сельских девочек были несколько выше. Так, средний возраст менархе у сельских девочек составлял ($12,4 \pm 0,04$) года против ($12,61 \pm 0,02$) у девочек, проживающих в городах области ($t=1,11$, $p > 0,05$). Стабилизация роста происходит в возрасте 15-16 лет, наиболее высокие темпы увеличения роста и веса – в период между 13 и 14 годами, причем для окружности грудной клетки такой закономерности не установлено, что свидетельствует о высоком проценте дисгармоничности физического развития у сельских девочек.

В целом, у девочек показатели индекса массы тела были несколько ниже, нежели у мальчиков, причем, в возрасте 9-10 лет они составляли от 14 до 17,5 кг/м², тогда как у девочек старшего возраста величина данного индекса колебалась в диапазоне 18-21,5 кг/м².

При оценке связи состояния физического развития и общесоматического здоровья детей, проживающих в сельских районах Одесской области, нами было установлено, что частота дисгармонического развития тесно коррелирует с дефицитом белка ($r=0,75$, $p < 0,01$), а также неблагоприятным солевым составом питьевых вод ($r=0,66$, $p < 0,05$). Данные наблюдения позволили сделать вывод о том, что при определении зон повышенного риска для здоровья детского населения, проживающего в сельской местности, необходимо учитывать как общий уровень эколого-

гигиенической безопасности (наличие природных и антропогенных геохимических аномалий, уровень пестицидной нагрузки, характер водоснабжения и качество питьевых вод), так и особенности питания детского населения в каждом конкретном регионе.

Анализ и обсуждение.

Обеспечение гармонического физического развития детей и подростков является одним из важнейших задач укрепления общественного здоровья. Уровень здоровья детей обуславливает возможность дальнейшего творческого роста, обретения профессиональных привычек. Тенденция снижения уровня здоровья детей усугубляется в течение последних лет. Существует ряд причин, объясняющих данное явление. Во-первых, это неблагоприятная эколого-гигиеническая, социально-экономическая и техногенная ситуации, сложившиеся на юге Украины.

Экологические причины можно объяснить причинами природного характера (неблагоприятными для жизни человека климатическими условиями, физико-химическими характеристиками воды, атмосферы, почвы, природными бедствиями и катастрофами).

Социально-экономические проблемы – причинами социального, экономического и психологического характера (недостаточным уровнем питания, здравоохранения, образования, обеспечения материальными благами; нарушенными общественными отношениями, недостаточно развитыми социальными структурами).

Техногенные факторы - хозяйственной деятельностью людей (чрезмерными выбросами и сбросами в окружающую среду отходов хозяйственной деятельности; необоснованными отчуждениями территорий под хозяйственную деятельность; чрезмерным вовлечением в хозяйственный оборот природных ресурсов и т.д.).

Всё вышеперечисленное в сумме составляет огромную опасность для нормального развития генофонда региона и страны в целом, ведет к снижению уровня физического развития детей и, в результате, к повышению заболеваемости детского населения.

Ретроспективный анализ показателей заболеваемости и распространённости различных видов патологии среди детей сельских районов Одесской области за последние годы показал, что наиболее низкий уровень популяционного здоровья присущ детскому населению районов, непосредственно прилежащих к г. Одессе, а также на территориях, характеризующихся значительным уровнем загрязнения почв нитратами и солями тяжелыми металлов, а также неблагоприятным качественным составом питьевых вод (рис. 1).

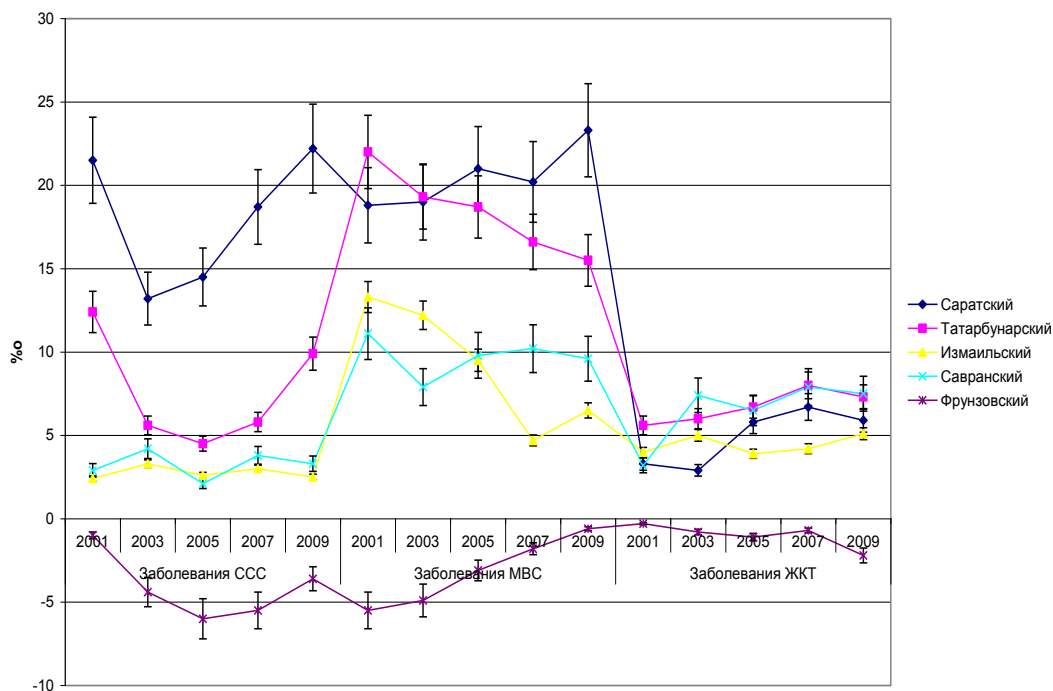


Рисунок 1 - Динамика заболеваемости в районах Одесской области с различным уровнем эколого-гигиенической безопасности.

Также за последние годы наблюдались определенные закономерности в распределении показателей распространенности и заболеваемости ожирением среди детей и подростков. Так, в городах Одесской области частота данной патологии была несколько выше, чем в районах сельской местности, которая очевидно объясняется отличиями в качественном и количественном составе питания и двигательной активности детей школьного и дошкольного возраста.

Следует отметить, что показатели заболеваемости ожирением среди детского населения Одесской области практически не коррелировали ($r=0,2$, $p>0,05$), что свидетельствует о неэффективности скрининговых программ и об опасности дальнейшего роста уровня заболеваемости ожирением среди детей и подростков.

При оценке физического развития установлено, что из обследованных 1987 детей более половины в возрасте 11-15 лет были развиты дисгармонично. Основными причинами дисгармоничности были избыточный вес и непропорциональное развитие грудной клетки. У мальчиков, отклонения в физическом развитии встречались реже, чем у девочек. Наиболее часто дисгармоничное развитие регистрировалось у подростков 13-14 лет.

Число девочек с ростом в пределах $M \pm 1\sigma$ составило в этой группе 61,6%, и лишь 34% из их общего числа имели место признаки дисгармоничности физического развития. При этом средние значения веса встречались у 56-62% обследованных. При анализе отдельных антропометрических показателей установлено, что до 15 лет девочки опережали по темпам физического роста мальчиков во всех регионах проживания.

Выводы.

1. Наиболее неблагоприятные условия формирования популяционного здоровья детского населения складываются в юго-западных районах Одесской области, где условия проживания отличаются недостаточным уровнем эколого-гигиенической безопасности.

2. Физическое развитие детей, проживающих в сельской местности Одесской области, характеризуется высокой частотой дисгармоничности, преимущественно за счет избыточного веса и непропорционального развития грудной клетки, что соответствует тенденциям, ранее определенным для городского детского населения.

3. Среди детей школьного возраста за последние годы значительно возросла распространенность ожирения, при этом средний прирост показателя составил 71,3%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алифанова Л. А. Реализация системного подхода к здоровьесбережению и гармоничному развитию школьников / Л. А. Алифанова // Педиатрия. – 2007. – Т 86, № 2. – С. 106–110.
2. Анализ состояния здоровья детского населения / Л. И. Засыпка, Н. Д. Вегержинская, Ю. А. Максименко [и др.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 8 (44). – С. 156–158.
3. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України / Р. О. Мойсеєнко, Я. І. Соколовська, Т. К. Кульчицька [та ін.] // Современная педиатрия. – 2010. – № 3 (31). – С. 13–17.
4. Величко В. І. Фізичний розвиток дітей шкільного віку Півдня України / В. І. Величко, І. Л. Бабій // Здоровье ребенка. – 2011. – № 3 (30). – С. 78–83.
5. Гребняк М. П. Екологія та здоров'я дитячого населення : фактори ризику, епідеміологія / М. П. Гребняк, С. А. Щудро. – Дніпропетровськ, 2010. – 87 с.
6. Особенности физического развития подростков в зоне экологического неблагополучия / А. Н. Узунова, И. П. Цветова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 89–91.
7. Особливості нутріціологічного статусу дитячого населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах / М. Н. Надворний, Л. Г. Засыпка, О. М. Надворна, Ю. М. Ворохта : Актуальні питання гігієни та екологічної безпеки України : наук.–практ. конф. (до 120–річчя з дня народження академіка О. М. Марзеєва) : тези доп. – Київ. – 2003. – С.193–194.
8. Castro T. M. The impact of environmental factors on quality of life and symptoms of children with allergic rhinitis / T. M. Castro, D. R. Marinho, C. C. Cavalcante // Braz. J. Otorhinolaryngol. – 2013. – Vol. 79, № 5. – P. 569–574.
9. Karr C. Children's environmental health in agricultural settings / C. Karr // J. Agromedicine. – 2012. – Vol. 17, № 2. – P. 127–139.

АННОТАЦИЯ

Бабиенко В.В., Михайленко В.Л., Герасименко Е.А.
Одесский национальный медицинский университет, Украина

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮГА УКРАИНЫ

В статье рассмотрены особенности физического развития детей, проживающих в сельских районах юга Украины. Определены причины дисгармонического развития: неблагоприятная эколого-гигиеническая, социально-экономическая и техногенная ситуации, сложившиеся на юге Украины.

Ключевые слова: дети, здоровье, физическое развитие, экология, гигиена.

SUMMARY

Babienko V.V., Mikhaylenko V.L., Gerasymenko E.A.
Odessa National Medical University, Ukraine

FEATURES OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN LIVING IN RURAL AREAS OF SOUTHERN UKRAINE

The article describes the features of physical development of children living in rural areas in the south of Ukraine. Determine the cause of disharmonic development: unfavorable ecological and hygienic, socio-economic and technogenic situation in southern Ukraine.

Key words: children, health, physical development, ecology, hygiene.

УДК 616.154:577.175.6-092.9

С.А. Богданова – аспирант кафедры физиологии человека и животных биологического факультета Донецкого национального университета, г. Донецк, Украина, bogdsvetlana@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БЛОКИРОВАНИЯ D₂/D₃-РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ДИСБАЛАНСЕ АНДРОГЕНОВ

АННОТАЦИЯ

Исследовано влияние блокирования D₂/D₃-рецепторов дофамина сульпиридом на психоэмоциональный статус самцов на фоне дисбаланса андрогенов вследствие гонадоэктомии с учетом индивидуальных особенностей животных. Установлено, что блокирование пресинаптических D₂/D₃-рецепторов корректирует повышение депрессивности у низкодепрессивных крыс, возникающее на фоне развития дефицита андрогенов. У гонадэктомированных крыс других подгрупп сульпирид повышает уровень депрессивности и угнетает эмоциональность у животных, не зависимо от их исходного уровня депрессивности.

Ключевые слова: депрессивность, эмоциональность, сульпирид, хирургическая кастрация.

Введение. В основе всех регуляторных процессов в организме человека находятся нервная система и железы внутренней секреции. Благодаря балансу ряда нейромедиаторных систем мозга, индивид обладает определенным психоэмоциональным профилем [1]. В то же нарушение обмена гормонов (в том числе половых) может привести к различному комплексу расстройств (например, тревожных и депрессивных) [2, 3]. В связи с широким применением различных препаратов, модулирующих тем или иным образом гормональный статус, представляется актуальным исследование влияния данных гормональных систем на психоэмоциональное состояние индивида.

Целью исследования является установление характера влияния блокирования D₂/D₃-рецепторов дофамина на фоне дефицита андрогенов с учетом индивидуально-типологических особенностей самцов белых крыс.

Материалы и методы. В качестве подопытных животных при проведении эксперимента использовали 30 беспородных лабораторных крыс-самцов массой 190-210 г., содержащихся в виварии в стандартных условиях. Уровень депрессивности экспериментальных животных оценивали в тесте Порсолта [4]. Хирургическую кастрацию самцов осуществляли под эфирным наркозом с соблюдением всех биоэтических норм работы с лабораторными животными (обезболивание, послеоперационный уход и т.д.) согласно методике Я.Д. Киршенблат. Спустя 14 дней проводили повторное тестирование животных.

С целью исследования влияния стимуляции дофаминергической передачи гонадэктомия-рованным животным проводили фармакологическое блокирование пресинаптических центральных D₂/D₃-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной систем головного мозга 14-ти дневным внутрибрюшным введением сульпирида в дозе 10 мг/кг. После чего крыс тестировали повторно. Первичные экспериментальные данные обрабатывались с помощью общепринятых методов математической статистики. Разделение исследуемых популяции животных на подгруппы с различным уровнем депрессивности проводилось по сигмальному отклонению. Для оценки достоверности различий между результатами контрольных исследований и для оценки достоверности отличий между опытными и контрольными данными использовался U-критерий Манна-Уитни. Математическая обработка материала проводилась с помощью пакета программ Statistika 6.0 и Excel.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам контрольного тестирования исходную группу крыс разделили на подгруппы, отличающиеся по уровню депрессивности в тесте Порсолта: подгруппа со средним уровнем депрессивности составила 40% от исходного количества экспериментальных крыс, доли животных с крайними уровнями депрессивности – низким и высоким – составили 33,3 и 26,7 % соответственно. Психоэмоциональный профиль крыс в контрольных условиях представлен в таблице 1.

Дефицит андрогенов, вызванного гонадэктомией, и последующее использование антагониста пресинаптических D₂/D₃-рецепторов у самцов с исходно разным уровнем депрессивности оказали разнонаправленное влияние на показатели психоэмоционального состояния животных. Так, на низкодепрессивных крыс дефицит андрогенов оказал депрессогенный эффект и значение суммарного времени неподвижности в тесте Порсолта возросло в 2,6 раз (p<0,01), а в подгруппах средне- и высокодепрессивных в контроле самцов этот показатель снизился в 2,1 (p<0,01) и в 3,8 раза (p<0,01), соответственно. Введения сульпирида скорректировало описанную выше реакцию низкодепрессивных самцов на снижение андрогенов, что проявилось в сокращении суммарного времени неподвижности в 2,2 раза (p<0,01) и, таким образом, значения показателя достигли контрольных. В группе средне- и высокодепрессивных самцов численные значения данного показателя возросли относительно значений, полученных после гонадэктомии (с 21,5±2,37 до 33,3±6,35 секунд у среднедепрессивных и с 24,8±3,86 до 43,6±12,24 у высокодепрессивных животных (p<0,01)), однако исходных они не достигли.

Таблица 1 – Поведенческий профиль животных с разным уровнем депрессивности в контрольных условиях в тесте Порсолта

| Показатели | | Уровень депрессивности | | |
|---|---------|------------------------|----------------|-----------------|
| | | низкий (n=10) | средний (n=12) | высокий (n=8) |
| Суммарное время неподвижности, с | | 19,0±1,47## | 43,8±1,76 | 93,1±3,43###** |
| Суммарное время пассивного плавания, с | | 70,0±9,70 | 78,7±6,82 | 132,8±3,56###** |
| Суммарное время активного плавания, с | | 271,0±10,63# | 237,6±6,89 | 134,0±3,97###** |
| Общее количество периодов замираний | | 13,0±1,18 | 15,6±1,20 | 21,3±1,50###** |
| Количество периодов неподвижности разной длительности | t<6 | 13,0±1,19 | 13,4±1,23 | 18,0±1,69###** |
| | 6<t<18 | 0,0 | 2,3±0,18 | 3,3±0,25###** |
| | 18<t<36 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | t>36 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Количество фекальных болюсов | | 8,0±0,56 | 7,4±0,77 | 5,5±0,29#* |

#, ## – различия статистически значимы (p<0,05) и (p<0,01) соответственно в сравнении показателей условного контроля (средний уровень депрессивности) с группами высокого и низкого уровня депрессивности; *, ** – различия статистически значимы (p<0,05) и (p<0,01) соответственно при сравнении показателей групп с крайними уровнями депрессивности.

Остальные компоненты поведения животных в тесте Порсолта претерпели ряд следующих изменений. В подгруппе низкодепрессивных животных суммарное время пассивного плавания достоверно не отличалось от исходных значений после проведения гонадэктомии и введения сульпирида, в то время как общее время активного плавания у самцов данной подгруппы сократилось на фоне дисбаланса андрогенов в 1,2 раза ($p < 0,01$) и оставалось сниженным относительно исходных значений после фармакологического блокирования рецепторов дофамина.

У среднедепрессивных животных гонадэктомия не привела к изменению суммарного времени пассивного плавания, однако, установлен рост общего времени активного плавания в 1,2 раза ($p < 0,05$), что подтверждает некоторый антидепрессивный эффект дефицита андрогенов у крыс данной подгруппы.

Результаты, полученные при обработке данных в тесте Порсолта показали значительный рост компонентов активного плавания (в 1,9 раза, $p < 0,05$) и сокращение (в 1,5 раза, $p < 0,05$) компонентов пассивного плавания у высокодепрессивных в контроле самцов после гонадэктомии. При этом, стимулирование дофаминергического синапса с помощью блокирования рецепторов обратного захвата дофамина привело к тому, что общее время пассивного плавания у этих животных возросло в 2,4 раза ($p < 0,01$), что превысило в 1,5 раза ($p < 0,01$) контрольные значения, а время активного плавания сократилось в 2,2 раза ($p < 0,01$) и достигло исходных значений.

Численные значения суммарного количества замираний у выделенных подгрупп животных изменялись однонаправлено: снижение показателей у низкодепрессивных не носило достоверного характера, а в группах средне- и высокодепрессивных крыс в результате дисбаланса андрогенов наблюдалось сокращение замираний в 1,6 раз ($p < 0,01$) и в 1,8 раз ($p < 0,01$), соответственно, последующее введение сульпирида не привело к каким-либо изменениям этого показателя.

Весьма значимым для определения временной структуры вынужденного плавания лабораторных животных является рассмотрение не только общего количества периодов замираний, но и исследование частоты периодов неподвижности разной длительности. В результате, установлено, что направленность изменения количества замираний длительностью менее 6 секунд полностью совпадают с направленностью изменений общего количества актов замираний: у низкодепрессивных крыс сокращение показателя не носит достоверного характера, у средне- и высокодепрессивных самцов выявлено сокращение числа таких замираний в 1,4 раза ($p < 0,05$) и в 1,3 раза ($p < 0,05$) соответственно, в результате кастрации, а под действием сульпирида у последних частота коротких замираний сократилась еще в 1,6 раз ($p < 0,01$) (относительно кастрации), что 2,1 раза ($p < 0,01$) ниже, чем исходные значения данного показателя. Что касается замираний длительностью от 6 до 18 секунд, то в данном случае дисбаланс андрогенов приводил к отсутствию замираний данной длительности, а блокирование пресинаптических дофаминовых рецепторов – к достоверному ($p < 0,01$) увеличению количества замираний этого временного диапазона до контрольных значений. Замираний в диапазоне от 18 до 36 и более 36 секунд у животных на всех этапах исследования не наблюдалось.

Показателем эмоциональности в тесте Порсолта является количество фекальных боллюсов. У самцов с крайними уровнями депрессивности в контроле (низким и высоким), дефицит андрогенов не повлиял на эмоциональность, в то время как у среднедепрессивных самцов гонадэктомия привела к угнетению эмоциональности в 1,6 раз ($p < 0,05$). Блокирование D_2/D_3 -рецепторов сульпиридом привело к значительному сокращению количества фекальных боллюсов у животных. При чем, выявлена четкая зависимость между исходным уровнем депрессивности и степенью угнетения эмоциональности после блокирования пресинаптических рецепторов дофамина у гонадэктомизированных самцов: чем выше депрессивность самцов в исходном тестировании, тем более выражен данный эффект.

Проведенное исследование экспериментально доказало роль пресинаптических D_2/D_3 -рецепторов дофамина в возможности коррекции депрессогенных эффектов у исходно низкодепрессивных самцов, а также поведенческого дефицита и анксиогенного эффекта у высокодепрессивных самцов, разворачивающихся при недостатке андрогенов. Необходимо отметить, что в доступной литературе не обнаружено сходных исследований, касательно индивидуальных особенностей реагирования животного организма на дефицит андрогенов и возможной коррекции его последствий с помощью блокирования D_2/D_3 -рецепторов дофамина.

Выводы. 1. Дефицит андрогенов оказал депрессогенный эффект на исходно низкодепрессивных крыс и антидепрессивный – на средне- и высокодепрессивных самцов в тесте Порсолта. 2. Блокирование пресинаптических D_2/D_3 -рецепторов дофамина сульпиридом корректирует повышение депрессивности у низкодепрессивных крыс, возникающее на фоне развития дефицита андрогенов, а у средне- и высокодепрессивных самцов повышает уровень

депрессивности. 3. Блокирование пресинаптических рецепторов дофамина сульпиридом угнетает эмоциональность крыс не зависимо от исходного уровня депрессивности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сапронов Н.С., Федотова Ю.О., Масалова О.О. Взаимодействие нервных и гормональных факторов в реализации высших функций мозга // Мед.академич. журн. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 12-21.
2. Abeliovich A., Hammond R. Midbrain dopamine neuron differentiation: factors and fates. // *Developmental Biology*. – 2007. – V. 304. – P. 447-454
3. Frye C., Edinger K., Sumida K. Androgen administration to aged male mice increases anti-anxiety behavior and enhances cognitive performance. // *Neuropsychopharmacol.* 2008. – V. 33. – P. 1049-1061.
4. Porsolt R. D. Animal models of depression. Utility for transgenic research // *Rev. Neurosci.* – 2000. – №11. – P. 53-59.

ТҮЙІН

С.А. Богданова, биология факультетіндегі адам және жануарлар физиология кафедрасының аспиранты, Донецк ұлттық университеті, Донецк қаласы, Украина, bogdsvetlana@mail.ru

ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ ОҚШАУЛАУ D2/D3 РЕЦЕПТОРЛАРДЫҢ ДОФАМИНЕРГИЯЛЫҚ ЖҮЙЕСІНІҢ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ АТАЛЫҚ АҚ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ ЕСКЕРЕ ОТЫРЫП, ЖЕКЕ-ТИПОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН АНДРОГЕН ДИСБАЛАНСИ

Әсері зерттелді оқшаулау D2/D3-допамин рецепторлардың сульпиридом арналған психозэмоционалық мәртебесі еркек фонында тепе-тенсіздік андроген салдарынан гонадоэктомиі жеке ерекшеліктерін ескере отырып, жануарлар. Анықталғаны, оқшаулау пресинаптических D2/D3 рецепторлардың түзетеді арттыру депрессивности у низкодепрессивных егеуқұйрықтардың пайда фонында даму тапшылығы андроген. Гонадэктомиялық егеуқұйрықтардың басқа да кіші топтардың сульпирид деңгейін арттырады депрессивностік және эмоция жануарлардың қарамастан, олардың бастапқы деңгейін депрессивностік.

Кілт сөздер: депрессивтік, эмоциясы, сульпирид, хирургиялық кастрация.

RESUME

S.A. Bogdanova – graduate student, Department of human and animal physiology, Biological faculty of Donetsk National University, Donetsk, Ukraine, bogdsvetlana@mail.ru

CHARACTER CHANGES OF MALE WHITE RATS` BEHAVIORAL CHARACTERISTIC IN ANDROGEN IMBALANCE BASED AND BLOCKING D₂/D₃-DOPAMINERGIC RECEPTORS WITH REGARD TO INDIVIDUAL-TYOLOGICAL FEATURES

Abstract. The present paper studies psychoemotional indicators of the effect of blocking D₂/D₃-dopamine receptors (sulpiride 10 mg/kg within 14 days) in males of white rats with imbalance of androgens (surgical castration). It is shown that depression behavior is dopamine dependent in all subgroups of animal males with imbalance of androgens. Sulpiride corrects increase of depression occurring on a background of androgen deficiency in the low-level animals. Also sulpiride reduce of emotions in animals regardless of their initial level of depression.

Key words: depression, emotional, sulpiride, surgical castration.

УДК 616.154:577.175.6]-092.9

Г.А. Фролова – к.б.н., ст.преподаватель кафедры физиологии человека и животных биологического факультета Донецкого национального университета, г. Донецк, gljukkk@ukr.net

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ БЛОКИРОВАНИЯ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У САМЦОВ И САМОК БЕЛЫХ КРЫС В БАТАРЕЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТЕСТОВ

АННОТАЦИЯ

Исследовано влияние блокирования рецепторов андрогенов у самцов (андрофарм 150 мг/кг, 14 дней) и эстрогенов у самок (тамоксифен 10 мг/кг, 14 дней) белых крыс на поведение животных в условиях батареи тестов с учетом индивидуальных особенностей. Животные с исходно низким уровнем активности не чувствительны к блокированию эстрогеновых и андрогеновых рецепторов соответственно. Блокирование рецепторов эстрогенов у самок оказывает депрессогенный эффект на животных не зависимо от исходного уровня их поведенческой активности, блокирование рецепторов андрогенов у самцов оказывает анксиолитический эффект на животных не зависимо от исходного уровня их поведенческой активности.

Ключевые слова: эстрогены, андрогены, поведенческая активность, тревожность, депрессивность, эмоциональность.

Введение. Общеизвестным является тот факт, что половые гормоны обладают нейромодуляторным эффектом в отношении некоторых медиаторов в ЦНС [2, 4, 6, 7]. А поскольку благодаря балансу ряда нейромедиаторных систем мозга, индивид обладает определенным психоэмоциональным профилем, то очевидно, что нарушение обмена половых гормонов может привести к различному комплексу расстройств (например, тревожных и депрессивных) в этой области [3, 5]. В связи с широким применением различных препаратов, модулирующих тем или иным образом гормональный статус мужчин и женщин, представляется актуальным исследование влияния данных гормональных систем на психоэмоциональное состояние индивида.

Целью исследования является установление характера влияния блокирования рецепторов половых гормонов у самцов и самок белых крыс с исходно различным уровнем активности на проявления некоторых психоэмоциональных показателей.

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на 80 беспородных лабораторных крысах (40 самок и 40 самцов). Поведенческую активность устанавливали в условиях теста продырявленное поле (ПП), маркерным показателем в котором служит исследовательская активность (ИА, суммарное количество вертикальных стоек и заглядываний в отверстия-норки) [7]; тревожность определяли в условиях теста приподнятый крестообразный лабиринт (ПКЛ) по общему времени пребывания на открытом пространстве лабиринта [3], депрессивность и эмоциональность крыс оценивали в тесте Порсолта путем подсчета общего времени неподвижности и количества фекальных болюсов, соответственно [8]. После контрольного (исходного) тестирования самки и самцы по сигмальному отклонению были разделены на три подгруппы, согласно выраженности у них исследовательского поведения в продырявленном поле. Блокирование рецепторов андрогенов у самцов проводили путем подкожных инъекций андрофарма (ОАО «Фармак», Украина) в дозе 150 мг/кг в течение 14 дней [5]. Блокирование рецепторов эстрогенов у самок проводили путем подкожных инъекций тамоксифена (ООО «Фармацевтическая компания «Здоровье», Украина) в дозе 10 мг/кг в течение 14 дней [3]. Первичные экспериментальные данные обрабатывались с помощью общепринятых методов математической статистики. Разделение исследуемых популяции животных на подгруппы с различным уровнем депрессивности проводилось по сигмальному отклонению. Для оценки достоверности различий между результатами контрольных исследований и для оценки достоверности отличий между опытными и контрольными данными использовался U-критерий Манна-Уитни. Математическая обработка материала проводилась с помощью пакета программ STATISTIKA 6.0 и Excel.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам контрольного (исходного) тестирования в продырявленном поле исходные группы животных разделились на подгруппы с разным уровнем исследовательской активности следующим образом: низкий уровень активности (УА) был показан 35% самок и 30% самцов, средний – 40% и 35% самок и самцов соответственно, высокий – 25% от общего числа самок и 35% от общего числа самок самцов.

Психоэмоциональный профиль самцов и самок крыс, различающихся по уровню исследовательской активности в продырявленном поле в исходных условиях представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Психоэмоциональный профиль самок (n=40) и самцов (n=40) с разным уровнем активности в продырявленном поле (контроль), ($\bar{X} \pm m$)

| Поведенческие показатели | Пол | Уровень активности | | |
|--|-----|--------------------------|-------------|--------------------------|
| | | низкий | высокий | средний |
| Исследовательская активность | ♀ | 4,4±0,79 ^{##} | 15,4±1,15 | 24,2±2,01 ^{#••} |
| | ♂ | 4,7±1,09 [#] | 12,6±0,92 | 19,0±0,85 ^{#••} |
| Двигательная активность | ♀ | 9,4±2,36 ^{##} | 25,3±3,11 | 27,8±1,40 ^{••} |
| | ♂ | 8,2±1,09 [#] | 14,0±1,19 | 25,1±2,18 ^{#••} |
| Общее время пребывания на открытом пространстве лабиринта, с | ♀ | 134,6±20,64 [#] | 208,6±15,34 | 222,6±19,35 [•] |
| | ♂ | 76,3±25,13 | 51,6±2,65 | 22,5±9,28 [#] |
| Суммарное время неподвижности в тесте Порсолта, с | ♀ | 21,7±3,20 | 27,1±4,25 | 26,2±5,34 |
| | ♂ | 17,0±2,77 | 27,3±6,59 | 24,7±4,73 |
| Уровень эмоциональности | ♀ | 3,8±0,73 | 4,0±1,0 | 0,8±0,22 ^{##•} |
| | ♂ | 5,3±0,49 | 4,7±0,81 | 5,4±0,48 |

Примечание: #, ## – различия статистически значимы (p<0,05) и (p<0,01) соответственно в сравнении показателей условного контроля (средний уровень активности) с группами высокого и низкого уровней активности; •, •• – различия статистически значимы (p<0,05) и (p<0,01) соответственно при сравнении показателей группы с крайними типами выраженности активности.

Как видно из данных, представленных в таблице, у средне- и высокоактивных в исходных условиях самок уровень выраженности двигательной активности не отличается. У самцов же данный показатель четко коррелирует с уровнем исследовательской активности. Обращает на себя внимание тот факт, что уровень депрессивности обоих полов, устанавливаемый в тесте Порсолта, одинаков у всех животных не зависимо от исходного уровня их активности. Аналогичным образом, не различаются по уровню эмоциональности самцы разных подгрупп. Однако, выявлено, что исходно низкоактивным самкам и высокоактивным самцам свойственна большая тревожность, нежели другим подгруппам крыс, а исходно высокоактивным самкам – меньшая эмоциональность.

На следующем этапе исследования устанавливалась степень влияния блокирования рецепторов андрогенов у самцов и эстрогенов у самок на выраженность некоторых психоэмоциональных характеристик у крыс с исходно разным уровнем активности. Так, установлено, что блокирование рецепторов половых гормонов привело к угнетению проявлений как исследовательской (ИА), так и двигательной (ДА) активности у высокотревожных самок и самцов в среднем на 60-67% (p<0,01) в случае с ИА и 50-58% (p<0,01) в случае с двигательной активностью. Антиэстрогенное воздействие тамоксифена у самок с исходно средним уровнем активности привело к аналогичному эффекту – значительному сокращению проявлений поведенческой активности (на 85-90%, p<0,01). У самцов же этой подгруппы блокирование рецепторов андрогенов привело к увеличению двигательной активности. Исходно низкоактивные крысы чувствительности к данным фармакологическим воздействиям в условиях продырявленного поля не проявили.

Относительно влияния блокирования рецепторов половых гормонов на показатель тревожности крыс в приподнятом крестообразном лабиринте, отличающихся по исходному уровню активности, установлено следующее. Антиэстрогенное действие тамоксифена оказало анксиогенный эффект на высокоактивных самок: время пребывания на открытом пространстве у крыс данной подгруппы сократилось на 63,6% (p<0,01) относительно исходных значений. На тревожность самок остальных подгрупп тамоксифен не повлиял. У самцов же блокирование рецепторов половых гормонов оказало анксиолитический эффект, проявившийся в увеличении маркерного показателя ПКЛ на 143,8% (p<0,01) и 700% (p<0,01) у средне- и высокоактивных крыс соответственно.

Ярко выраженный депрессогенный эффект блокирования рецепторов эстрогенов был выявлен у самок всех исходных подгрупп активности в условиях теста Порсолта: увеличение показателя депрессивности составило в среднем от 55 до 70% (p<0,05). На депрессивный статус самок андрофарм оказал антидепрессивный эффект, однако достоверными эти изменения не оказались.

Характер влияния тамоксифена на самок и андрофарма на самцов был следующим. Так, тамоксифен оказал влияние на эмоциональность только высокоактивных в контроле самок в сторону

ее увеличения (в 3,8 раз, $p < 0,05$); действие андрофарма же привело к угнетению проявлений данного показателя на треть ($p < 0,05$) у исходно низкоактивных самцов.

Выводы: 1. Результаты исходного тестирования исследуемых животных в тесте продырявленное поле позволили выделить среди однородной популяции крыс животных, отличающихся по уровню активности. Учитывая, что экспериментальные животные с момента рождения содержались в одинаковых условиях и получали одинаковую пищу, проведенные эксперименты позволили сделать вывод, что такой психоэмоциональный показатель как уровень активности является генетически детерминированным. 2. Животные, отличающиеся по исходному уровню активности, не отличаются по уровню депрессивности. 3. Самки и самцы с исходно низким уровнем активности не проявляют чувствительности к блокированию эстрогеновых и андрогеновых рецепторов соответственно. 4. Избирательное блокирование рецепторов эстрогенов у самок оказывает депрессогенный эффект на животных не зависимо от исходного уровня их поведенческой активности. Избирательное блокирование рецепторов андрогенов у самцов оказывает анксиолитический эффект на животных не зависимо от исходного уровня их поведенческой активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амстиславская Т.Г., Осипов К.В. Половая активация самцов: поведение и гормональный ответ // Бюллетень СО РАН. – 2003. – №3. – С. 112-114.
2. Бабичев В.Н. Влияние эстрогенов на центральную нервную систему // Вестн. Рос.АМН. – 2005. – № 6. – С. 45-53.
3. Казакова С.Б., Федотова Ю.О., Сапронов Н.С. Влияние тамоксифена на тревожность у интактных и овариоэктомированных самок крыс // Экспер. и клинич. фармакология. – 2007. – № 5. – С. 28-34.
4. Караева Е.Н. Новые аспекты действия эстрогенов // Экспер. и клинич. фармакология – 2003. – № 4. – С. 71-78.
5. Резников А.Г. Блокаторы рецепторов андрогенов и их применение в биологии и медицине // Досягнення біології та медицини – 2004. – № 1. – С. 4-11.
6. Сапронов Н.С., Федотова Ю.О., Масалова О.О. Взаимодействие нервных и гормональных факторов в реализации высших функций мозга // Мед.академич. журн. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 12-21.
7. Сапронов Н.С., Федотова Ю.О., Гончаров Н.П. Половые гормоны и поведенческие реакции // Вестник Рос. АМН. – 2001. – № 12. – С. 29-34.
8. Porsolt R. D. Animal models of depression. Utility for transgenic research // Rev. Neurosci. 2000. – №11. – P. 53-59.

ТҮЙІН

Г.А. Фролова – б.ғ.к, адам және жануарлар физиологиясы биология факультетіндегі аға оқытушы Донецк ұлттық университеті, Донецк қ., gljukkk@ukr.net

САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ӘСЕРЛЕР РЕЦЕПТОРЛАРДЫҢ БҰҒАТТАУ ЖЫНЫС ГОРМОНДАРЫНЫҢ ҰРҒАШЫЛАРЫНЫҢ АҚ ЕГЕУКҰЙРЫҚТАРДЫҢ БАТАРЕЯДАҒЫ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ТЕСТ

Әсері зерттелді окшаулау андроген рецепторлардың бар еркек (андрофарм 150 мг/кг, 14 күн) және эстроген аналықтарда (тамоксифен 10 мг/кг, 14 күн) ақ егеуқұйрықтардың мінез-жануарлардың жағдайында батарея тест жеке ерекшеліктерін ескере отырып,. Жануарлар бастапқы деңгейі төмен белсенділік сезімтал бұғаттау эстрогеновых және андрогеновых рецепторлардың тиісінше. Окшаулау эстрогендер рецепторлардың аналықтарда көрсетеді депрессогенный әсер жануарлардың қарамастан бастапқы деңгейдегі олардың мінез-құлық белсенділігі, окшаулау андроген рецепторлардың бар еркек көрсетеді анксиолитический әсер жануарлардың қарамастан бастапқы деңгейдегі олардың мінез-құлық белсенділігі.

Кілт сөздер: эстрогендер, андрогены, мінез-құлық белсенділігі, үрейлену, депрессивті, эмоциясы.

ABSTRACT

G.A. Frolova – PhD, lecturer, Department of human and animal physiology, Biological faculty of Donetsk National University, Donetsk, gljukkk@ukr.net

The influence of blocking of androgen receptors in males (androfarm 150 mg/kg, 14 days) and estrogen in females (tamoxifen 10 mg/kg, 14 days) of white rats on the behavior of animals in terms of battery tests based on individual characteristics. Animals with initially low level of activity is not sensitive to the blocking of the estrogen and androgen receptors, respectively. The blocking of estrogen receptors in females has depressogenic effect on animals regardless of their initial level of behavioral activity, the blocking of androgen receptors in males has anxiolytic-like effects in animals regardless of their initial level of behavioral activity.

Key words: estrogens, androgens, behavioral activity, anxiety, depression, emotional.

УДК 616.89-008-084-614.876.005.584

**Г.К. Каусова, д.м.н., профессор, А.И. Нуфтиева, М.А. Булешов, д.м.н., профессор,
А.У. Ембердиев, З.И. Макеева, А.К. Турланова**

Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы, Республика Казахстан
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан

ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ», г. Алматы, Республика Казахстан

СКРИНИНГ НА БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

АННОТАЦИЯ

В данной статье проанализирована реализация одного из направлений государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на примере г. Алматы [1]. Был проведен анализ эффективности и качества выявления болезней системы кровообращения (БСК) с помощью скрининг-теста. Констатируется рост выявления БСК с преобладанием пациентов пожилого возраста. Четкая организация обследования пациентов с использованием доступного высокоинформативного диагностического оборудования позволит повысить эффективность и качество раннего выявления, лечения и диспансерного наблюдения больных БСК [2,3].

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, пожилой возраст, скрининг, профилактика.

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста заболеваемости и инвалидности от БСК, что диктует острую необходимость повышения эффективности амбулаторно-поликлинической работы по выявлению БСК. Показатель заболеваемости БСК в динамике с 2007 по 2009 годы на 100 тыс. взрослого населения в Казахстане возрос в 1,1 раза. БСК наносят существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни.

Цель исследования - анализ эффективности и качества выявления пациентов с БСК с помощью скрининг-теста на уровне ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ» города Алматы.

Материал и методы. Исследование проведено на базе ГКП на ПХВ «Поликлиника ВОВ». Согласно приказу РК № 145 от 16.03.2011г. проводились скрининговые осмотры целевых групп взрослого населения на БСК в возрасте 18, 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет (не состоящих на «Д» учете по поводу АГ, ишемической болезни сердца (ИБС)) [4].

Результаты исследования: за последний год отмечается тенденция к увеличению охвата скринингом пациентов в целом по поликлинике. В 2012 г. осмотрено 9671 пациентов в возрасте от 18 – 64 лет. Выявлено-1650 (17 %) пациентов с БСК. На «Д» - учет взято 1645 человек. Из них 37 % - пациенты пожилого возраста, 2,1 % - пациенты молодого возраста, остальные – лица среднего возраста. В 2013 г. осмотрено -8482 пациентов в возрасте от 25 – 64 лет. Выявлено-1774 (21 %) пациентов с БСК. На «Д» - учет взято 1774 человека. Из них 28,3 % - пациенты пожилого возраста, 0,9 % - молодые пациенты, большую часть составляют лица среднего возраста. Средний возраст больных БСК составил $65 \pm 0,75$ года, с подозрением на БСК - $48 \pm 0,65$ года.

Выводы. Таким образом, отмечается рост выявления БСК с преобладанием пациентов пожилого возраста. Четкая организация обследования пациентов с использованием доступного высокоинформативного диагностического оборудования позволит повысить эффективность и качество раннего выявления, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с БСК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009 г., интернет-ресурс [www. medinfo.kz](http://www.medinfo.kz).
2. Сағындықова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения/ А.Ж. Сағындықова // CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3.- С. 94-95.
3. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. - Ростов на Дону: Феникс, 2007. – С.60-65.
4. Приказ МЗ РК № 145 от 16.03.2011. «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения», интернет-ресурс www. medinfo.kz.

ТҮЙІН

**Г.К. Каусова, м.ғ.д., профессор, А.И. Нуфтиева, М.А.Булешов, м.ғ.д., профессор,
А.У.Ембердиев, З.И. Макеева, А.К. Турланова**

Қоғамдық денсаулық сақтаулар Жоғарғы мектеп, Алматы қ., Қазақстан Республикасы
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университет, Алматы қ., Қазақстан
Республикасы

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
ШЖҚ МКК«ҰОС ардегерлерінің клиникасы», Алматы қ., Қазақстан Республикасы

АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ КЕЗЕНДЕ ҚАН АЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНІҢ АРУЛАРЫНА СКРИНИНГІ

Бұл мақалада Алматы қаласы мысалында «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының біреуі бағыттың пайда болуын талқыланды. Науқастардағы қан айналым жүйесінің аруларын анықтайтын скрининг-тесттің нәтижелерін анализ өткізілді. Қан айналым жүйесінің арулары анықталудың өсуі дәлелдеген. Бұл науқастардың ішінде егде және кәрілік жастағы аурулар көп кездеседі. Жоғарғы ақпараттық заманауи жабдықтармен жабдықталған ұйымдастырылған скрининг үрдісі, бұл ең алғаш пациентті қарау барысында қажетті зерттеулерді өткізуге мүмкіндік береді. Мұндай зерттеу ұйымы қан айналым жүйесінің арулары бар науқастарды диспансерлік бақылауға және емдеуге ерте пайда болған қан айналым жүйесінің аруларын анықтау сапасын және тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер : жүрек-қан тамырлары аурулары, кәрілік, скринингтік, алдын алу.

SUMMARY

G.K. Kaussova, doctor of medical sciences, professor. A.I. Nuftieva, M.A.Buleshov, doctor of medical sciences, professor. A.U.Emberdiev,Z.I. Makeeva, A.K. Turlanova

Higher school of community health care, city Almaty, Republic of Kazakhstan
Kazakh National Medical University the name of C.D.Asfendiarov, city Almaty, Republic of Kazakhstan
South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, city Shymkent, Republic of Kazakhstan

Policlinic of veterans of great patriotic war, city Almaty, Republic of Kazakhstan

AT THE PRE-AMBULANCE STAGE SCREENING FOR DISEASES OF CIRCULATORY SYSTEM

In this article was examined realization of one course of State Program for development of Public Health "Salamatty Kazakhstan" in 2011 – 2015 in Almaty city. The analysis of effectiveness and quality of elevation diseases of circulatory system with the help of screening was realized. Relevation of diseases of circulatory system exposed. Without patients with diseases of circulatory system there are lot of erderly patients. There was established and supplied with highly informative, modern equipment that allows all examinations be conducted at first visit of patient. Such an organization increase efficacy, early detection, treatment and monitoring in patients with diseases of circulatory system.

Key words: illnesses of the system of circulation of blood, sear and yellow leaf, ckrining, prophylaxis.

УДК 614.2

Г.К.Каусова, д.м.н., профессор, М.А.Булешов, д.м.н., профессор, А.У.Ембердиев, М.А. Одаманов, О.К. Жандосов, А.И. Нуфтиева

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ СР РК, г. Алматы
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия МЗ СР РК, г. Шымкент
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

К ВОПРОСУ ОБРАЩАЕМОСТИ И ПОТРЕБНОСТИ В СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮКО

В данной статье проанализирована обращаемость населения Сары-агачского района и Капланбекского сельского врачебного участка за экстренной медицинской помощью на догоспитальном этапе и потребность в скорой и неотложной медицинской помощи.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, сельский врачебный участок, обращаемость населения.

В системе медицинского обслуживания населения Республики Казахстан (РК) важное место занимает служба скорой медицинской помощи (СМП). СМП относится к самому массовому виду оказания медицинской помощи населению. Улучшение качества СМП предусмотрено в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы [1].

По данным Министерства здравоохранения, СМП оказывается 3710 выездными бригадами. Отмечается рост числа бригад по сравнению с 2008 годом на 9,6 %. Из них 2174 (58,6 %) представлены фельдшерскими, 857 (23 %) общепрофильными врачебными, 679 (18,3 %) специализированными и 284 (7,6 %) педиатрическими бригадами. Анализируя общий уровень обращаемости населения, следует отметить, что повсеместно основным поводом обращений является внезапное заболевание, перевозка экстренных больных, несчастные случаи. В вопросах развития службы СМП РК изучает передовой зарубежный опыт. Напр., в США существует три типа бригад СМП. Они обеспечиваются радиосвязью, носилками, перевязочными и иммобилизирующими средствами и даже приспособлениями для передачи электрокардиограммы на расстоянии. Во Франции система СМП функционирует по региональному принципу, в пределах департамента. В ней около 100 пунктов. Характерной особенностью службы СМП Великобритании является многопрофильный характер ее деятельности. Служба СМП Великобритании обслуживает большое число «неэкстренных» пациентов (перевозка плановых больных), в то время как в большинстве других стран служба СМП обслуживает только острые заболевания или несчастные случаи. Сложившиеся ранее организационные формы и сеть организаций СМП в сельской местности РК не обеспечили удовлетворение постоянно растущих потребностей работающих в сельском хозяйстве в

данном виде медицинского обслуживания. Это в определенной степени вызвано отсутствием научно обоснованных нормативов потребности и недостаточной изученностью перспектив развития СМП в сельской местности [2,3,4,5,6].

Цель исследования: изучить обращаемость и потребность в скорой и неотложной медицинской помощи..

Материалы и методы. Исследование проводилась в типичном для региона социально-экономической зоне. В качестве представительными отобраны Сары-агачский район и Капланбекский сельский врачебный участок высокой плотностью сельского населения. Для сбора и накопления первичной информации было разработана «Карта вызова СМП». Карта включает 2 раздела, 31 признак и 277 градаций изученных характеристик.

Результаты исследования. В течение полного календарного года в районах было заполнено более 42 000 карт, подвергнутых экспертной оценке высококвалифицированными врачами СМП. Общий уровень обращаемости в СМП и неотложная медицинская помощь (НМП) составляет 425,9 вызова на 1000 населения сельского района в год. По данным экспертной оценки, 15,2 % всей обращаемости за экстренной помощью на догоспитальном этапе составляют необоснованные вызовы. Обоснованная обращаемость, отражающая истинную потребность жителей сельских районов в СМП и НМП, равна 366,01 вызова на 1000 населения в год (для мужчин 321,6, для женщин 403,5), которая отражена в таблице 1. Уровень обоснованной обращаемости за скорой и неотложной медицинской помощью составляет 425,9 вызова на 1000 населения сельского района в год. По данным экспертной оценки, 15,2% всей обращаемости за экстренной помощью на догоспитальном этапе составляют необоснованные вызовы.

Обоснованная обращаемость, отражающая истинную потребность жителей сельских районов в скорой и неотложной медицинской помощи, определенные в ходе изучения официальных и показателей исследования здоровья показало, что она равна 366,01 вызова на 1000 населения в год, в том числе для мужчин-321,6‰, а для женщин - 403,5‰.

Таблица 1 - Повозрастные уровни и структура потребности населения Сарыагачского района в СМП и НМП

| Возвратная группа, годы | СМП | | НМП | | Всего | |
|-------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | ‰ в год | % | ‰ в год | % | ‰ в год | % |
| 0 – 14 | 168,52 | 23,1 | 175,23 | 27,6 | 343,75 | 25,2 |
| 15 – 19 | 125,47 | 4,5 | 105,12 | 4,4 | 230,59 | 4,5 |
| 20 – 29 | 287,21 | 21,4 | 127,37 | 10,9 | 414,58 | 16,5 |
| 30 – 39 | 165,84 | 13,1 | 124,59 | 11,3 | 290,43 | 12,3 |
| 40 – 49 | 157,83 | 10,8 | 148,96 | 11,7 | 306,79 | 11,2 |
| 50 – 59 | 192,07 | 10,7 | 192,26 | 12,3 | 384,33 | 11,5 |
| 60 – 69 | 252,24 | 8,4 | 287,61 | 11,0 | 539,85 | 9,6 |
| 70 – 79 | 301,66 | 6,3 | 368,12 | 8,8 | 669,78 | 7,4 |
| 80 и более | 287,08 | 1,7 | 287,96 | 2,0 | 575,04 | 1,8 |
| итого | 195,73 | 100,0 | 170,28 | 100,0 | 366,01 | 100,0 |

Уровень обоснованной обращаемости за СМП и НМП жителей города Сарыагач (центр обследованного района) составляет 387,1‰, а сельского врачебного участка Капланбек – 346,8 ‰. Полученные статистические данные показали (Рис.1), что потребность жителей городских поселений в скорой медицинской помощи (198,7‰) превышает аналогичный показатель у жителей села (192,9‰) на 3% , а потребность в НМП в городе (188,3 ‰) выше по сравнению с селом (153,8 ‰) на 22,4%.

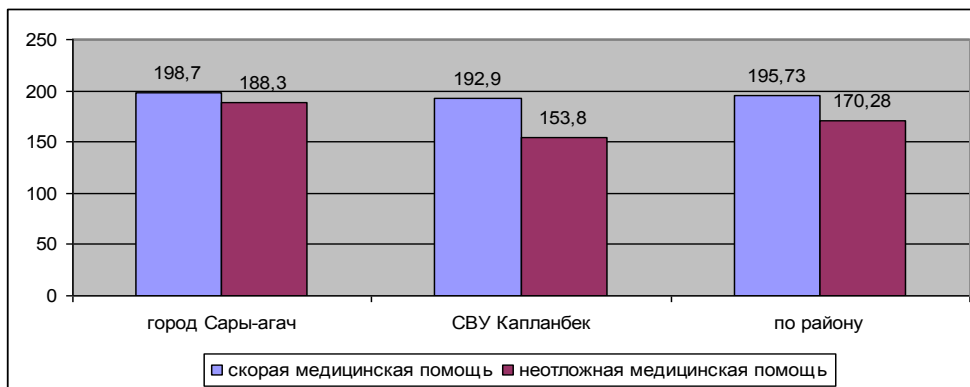


Рисунок 1 - Потребность городских и сельских жителей Сары-агачского района в СМП и НМП (на 1000 населения)

Из табл. 1 видно, что по возрастным группам наивысшая обоснованная обращаемость как по СМП, так и по НМП отмечается в возрасте 70-79 лет и составляет 669,78%. Интенсивный показатель потребности указанного возраста в СМП превышает средний уровень по СМП более чем в 1,5 раза, а наименьший аналогичный показатель у юношей 15-19 лет – в 2,4 раза. Уровень потребности в НМП лиц в возрасте 70-79 лет выше среднего показателя в 2,2 раза, а наименьшего у юношей 15-19 лет – в 3,5 раза.

В возрасте 20-29 лет потребность в СМП выше потребности в НМП в 2,3 раза. В молодом возрасте высокая обоснованная обращаемость за СМП объясняется ростом количества вызовов по поводу родов и патологии беременности и последствий травм, несчастных случаев, требующих немедленного экстренного обслуживания на догоспитальном этапе.

Потребность населения сельских районов с СМП и НМП по классам болезней отражена в табл. 2. Основную потребность в СМП из всей обращаемости формируют 6 классов болезней: травмы и отравления, осложнения беременности, родов и послеродового периода, болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы, на долю которых приходится 86,9 % или 170,0 обоснованных вызова на 1000 населения.

Таблица 2- Уровень и структура потребности населения сельских районов в СМП и НМП по некоторым классам болезней (число обоснованных вызовов на 1000 населения в год)

| Класс болезней | СМП | НМП | Всего | |
|---|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | | | ‰ | % |
| I. Инфекционные и паразитарные болезни | 4,36 | 6,83 | 11,19 | 3,0 |
| III. Травмы и отравления | | | | |
| V. Осложнения беременности, родов и послеродового периода | 17,5 | 64,12 | 1,70 | 62,41 |
| VI. Болезни нервной системы и органов чувств | 33,74 | 0,87 | 34,61 | 9,5 |
| VII. Болезни системы кровообращения | 3,45 | 9,82 | 13,27 | 3,6 |
| VIII. Болезни органов дыхания | 28,10 | 42,82 | 70,92 | 19,4 |
| IX. Болезни органов пищеварения | 24,43 | 68,52 | 92,96 | 25,4 |
| X. болезни мочеполовой системы | 14,32 | 21,95 | 36,26 | 9,9 |
| Прочие классы | 7,00 | 5,86 | 12,86 | 3,5 |
| Прочие классы | 8,2 | 11,91 | 29,82 | 17,92 |
| ИТОГО | 195,73 | 170,28 | 366,01 | 100,0 |

На все остальные 11 классов болезней падает только 13,1 % вызовов СМП, что составляет 25,7 %. В основном потребность в НМП также сформирована 6 классами болезней: органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, инфекционных и паразитарных болезней и болезней мочеполовой системы. На остальные 11 классов по НМП падает только 8,5% из всей обращаемости, или 14,48 вызова на 1000 населения в год.

Выводы. Исследование показало по данным экспертной оценки, что 15,2% всей обращаемости за экстренной помощью на догоспитальном этапе составляют необоснованные вызовы. Обоснованная обращаемость, отражающая истинную потребность жителей сельских районов в СМП и НМП, равна 366,01 вызова на 1000 населения в год (для мужчин 321,6, для

женщин 403,5). Основную потребность в СМП из всей обращаемости формируют 6 классов болезней: травмы и отравления, осложнения беременности, родов и послеродового периода, болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы, на долю которых приходится 86,9 % или 170,0 обоснованных вызова на 1000 населения.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009г..
2. Апанасенко Б.г., Кирилук И.г., Нагнибеда А.Н. Опыт подготовки и повышения квалификации медицинского персонала скорой помощи // Советское здравоохранение, 1991., № 6, С. 58-60.
3. А.Н. Чен, г.А. Чимбаева, Н.И. Арсланова, И.Н. Шуваев, К. Султанбеков, Б. Каттабеков. Организационно-правовые механизмы внедрения общеврачебной практики: Материалы республиканской научно-практической конференции «Реформирование и развитие сельского здравоохранения в РК (посвященной завершению Года Аула. - Астана Алматы - Талдыкорган, 2005. - С. 162-163.
4. Шабунин А.В. Из истории организации скорой помощи в Петербурге // Советское здравоохранение, 1989, №2, С. 69-71.
5. Гринев М.В., Корилюк И.Г. Апанасенко Б.Г. Неотложная специализированная медицинская помощь // Руководство для врачей скорой помощи: Под ред. В.А. Михайлович. - Л., 1986. - С.4-8.
- 6 Комаров Б.Д., Кустова Е.А. Перспективы развития скорой медицинской помощи в Москве // Организация скорой и неотложной медицинской помощи. - М.: Медицина, 1984. - С.3-10.

РЕЗЮМЕ

Г.К.Каусова, м.ғ.д., профессор, **М.А.Булешов**, м.ғ.д., профессор, **А.У.Ембердиев**, **М.А. Одаманов**, **О.К. Жандосов**, **А.И. Нуфтиева**

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия МЗ РК, г. Шымкент
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

К ВОПРОСУ ОБРАЩАЕМОСТИ И ПОТРЕБНОСТИ В СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮКО

Исследование показало по данным экспертной оценки, что 15,2% всей обращаемости за экстренной помощью на догоспитальном этапе составляют необоснованные вызовы. Обоснованная обращаемость, отражающая истинную потребность жителей сельских районов в СМП и НМП, равна 366,01 вызова на 1000 населения в год (для мужчин 321,6, для женщин 403,5). Основную потребность в СМП из всей обращаемости формируют 6 классов болезней: травмы и отравления, осложнения беременности, родов и послеродового периода, болезни системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы, на долю которых приходится 86,9 % или 170,0 обоснованных вызова на 1000 населения.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, сельский врачебный участок, обращаемость населения.

ТҮЙІН

Г.К.Каусова, **М.А.Булешов**, **А.У.Ембердиев**, **М.А. Одаманов**, **О.К. Жандосов**, **А.И. Нуфтиева**

Қоғамдық денсаулық сақтаулар Жоғарғы мектеп, Алматы қ., Қазақстан Республикасы
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университет, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ӨҚО АУЫЛДЫҚ РАЙОНДАРДА ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ БЕРУГЕ ҚАЖЕТТІЛІК ЖӘНЕ КЕЛУ ЖИЛІГІ ТҰРАЛЫ СҰРАҒЫ

Эксперттік баға бойынша аурухана дейінгі кезеңде 15,2% шұғыл көмекті шақырған дәлелдемеген шақыртулар орын алады деп тексеру көрсетті. Ауылдық райондар тұрғындарының

ЖМК және ШМК нағыз қажеттілікті артатын дәлелдеген келу жиілігі 1 жылдың ішінде 1000 адамдарға 366,01 шақыртулар пайда болды (321,6 ер адамдарға, 403,5 әйелдерге). ЖМК негізгі қажеттілікті құрастырылатын барлық келу жиілігі арасындағы аурулардың 6 топ қалыптасады: жарақаттар және уланулар; жүктіліктің, босану және босанудан кейінгі кезеңдегі асқынулары; қан айналым жүйесінің аурулары; тыныс алу, ас қорыту ағзалардың және несеп шығаратын жүйесінің аурулары. 1000 адамдарға 86,9 % немесе 170,0 дәлелдеген шақыртулар келеді.

Кілт сөздер: жедел медициналық көмек, жедел медициналық жәрдем, ауылдық дәрігерлік ауданы, халықтың сіңіру.

SUMMARY

G.K. Kausova, doctor of medical sciences, professor. M.A. Buleshov, doctor of medical sciences, professor. A.U. Emberdiyev, M.A. Odamanov, O.K. Zhandosov, A.I. Nuftiyeva

Higher school of community health care, city Almaty, Republic of Kazakhstan

South-Kazakhstan state pharmaceutical academy, city Shymkent, Republic of Kazakhstan

Kazakh National Medical University the name of C.D.Asfendiarov, city Almaty, Republic of Kazakhstan

IN RURAL DISTRICT OF SKR ABOUT QUESTION MEDICAL AID APPEALABILITY AND NEED OF EMERGENCY MEDICAL CARE

According to facts of expert evaluation investigation showed that at pre-hospital stage 15,2% of all appealability there are unfounded challenges. The valid negotiability refuted true need of EMC and UMC of village for 1000 of population during year 366,01 challenges equal (321,6 for men and for 403,5 women). The basic need of EMC of all appealability 6 classes of diseases forms. Among them there are traumes and poisonings, complications of pregnancy, (child)birth and post-natal period, diseases of circulatory system, respiratory apparatus, digestion and urogenital system which for 1000 of population 86,9 % ore 170,0 valid challenges to takes.

Key words: medical first-aid, first medical aid, rural medical area, turned of population.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Lyudmyla Volodymyrivna Rakhman, Candidate of Medical Sciences, Associated Professor of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

Marianna Vladyslavivna Markova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka@i.ua

CLINICAL POLYMORPHISM AND NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTIONS IN TREATMENT RESISTANCE DEPRESSIONS

SUMMARY

The study revealed a high frequency of cognitive dysfunction (violation of attention, difficulty in making decisions, impaired memory, and information processing deficits, psychomotor disturbances, and abuse of executive functions) and set the complex nature of relationships between depressive symptoms and cognitive impairment in therapeutically resistant depression.

Key words: treatment resistant depression, cognitive dysfunction, psychopathological characteristic

The prevalence of depressive disorders in the population is a central problem of modern psychiatry, since negative impact on socio-economic indicators due to the high degree of patient's social dysfunction and working capacity, and because a large percentage of disability caused by depression [6]. Among the depression about 30-60% is treatment resistant, that significantly enhances the importance of this nosology [16]. Cognitive functioning long been regarded as one of the markers of depressive disorders, the concept of cognitive deficits is an integral part of depression.

The symptoms of cognitive disorders are one of the diagnostic criteria for depression: decreased concentration, memory impairment, disturbance of planning activities and decision-making, slowing of speech. At the present stage cognitive impairments in depressive disorders are in the focus of researchers not only as one of the main manifestations of the disease, but also as one of the efficacy criteria of treatment and further social functioning of patients [1, 3, 4]. The quality of social functioning with reducing of affective symptoms is modern determining factor in assessing the effectiveness of antidepressant therapy [6]. According to different scientific data, cognitive disorders in a Treatment Resistant Depression (TRD) found in 94% of cases and stored as residual symptoms in remission in 44% of cases [2, 6, 9, 11].

The factors that influence the development and severity of cognitive impairment in TRD are: patient's age, educational level, age of onset, disease duration, number of episodes, clinical and psychopathological types of episodes, comorbid states (anxiety, comorbidities), methods of treatment [12, 15]. Pathomorphological substrate of cognitive disorders in TRD is a disturbance of neuroplasticity. Thanks to the latest scientific achievements by using of modern investigational methods it was found that in depressive disorders occur pronounced ultrastructural and makromorphological changes in certain brain structures [8,18].

It is known that the dorsolateral frontal cortex and striatum complex connections involved in the formation of positive emotional afforcement in process of goal achieving. Breaking of these connections due to the gap phenomenon causes failure of positive reinforcement and results the state of chronic frustration that leads to depression. Also it was shown that in patients with TRD is a reduction of the hippocampus observed [22].

Moreover, the degree of reduction of its volume correlates with the number of depressive episodes. At the same time it was found that not only the number of neuronal cells but also the number of active synapses reduced in the hippocampus also decreased of dendrites length and it's branching and terminated of neurogenesis processes. Parallel extended reducing of the size of the prefrontal cortex because reducing the density and size of the cell cortex (both neurons and glial cells), as evidenced by histological study of biopsies. At the same time, lifetime study of patients using Positron Emission Tomography (PET) revealed reduces of blood flow and glucose metabolism in this part of the brain. Structural and functional changes have been found in corpus amygdaloideum in recent years. It was proved that in patients who suffered from TRD has an increase of blood circulation and glucose metabolism in corpus amygdaloideum, which further

enhanced with increasing severity of depression. The dimensions of amygdale in these patients in the early stages of depression often increased. But over time, duration of disease is reducing its size observed [11, 12, 14].

An important discovery was to determine of glutamate as the biochemical basis of neuroplasticity. Glutamate is an excitive neurotransmitter. It is essential substance for normal brain neuronal functioning. But in case of glutamate excess in human brain it starts cascade of reactions that leads to injury and death of neurons. It is proved that by glutamate neurotoxicity it is caused listed above structural changes in the brain in patients with TRD. Thus, cognitive impairment in understanding the pathogenesis and clinics of TRD occupy a leading position, and the quality of cognitive functions is an important marker of treatment efficacy and predictor of further social rehabilitation even to a greater extent than the severity of depressive symptoms [5, 12, 16,19].

The aim of this study was to analyze the features of neurocognitive deficiency in patients with TRD in terms of their clinical polymorphism.

Materials, design and procedure

Prior to the study on the basis of informed consent 87 patients was involved, men (24) and women (63), aged 22- 40 years, with verification of diagnosis according to ICD-10 criteria: depressive episode in the structure of bipolar affective disorder of varying severity (F31. 3 - F31.5), depressive episode (F32), recurrent depressive disorder (F33), dysthymia (F34.1), with signs of resistance to treatment (depression considered resistant if during two consecutive courses (3-4 weeks) of adequate monotherapy with pharmacologically different drugs was recorded absence or lack of clinical efficacy (reduction of symptoms by the Hamilton scale was less than 50%) [21].

Organic brain diseases include brain injury, psychoactive substance abuse, metabolic disorders, drugs overdose was exclusion criteria for this study. All patients at the time of the study were treated in a Communal Institution "Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital". Examination was conducted at the first week of inpatient treatment. Clinical and psychopathological method based on the principles of psychiatric examination of patients according to clinical criteria of ICD-10. The survey evaluated the mental state by analyzing of patients' complaints, anamnesis, the assessing of symptoms, syndromes, their psychopathological interpretation and correlation characteristics with classification ICD-10. To assess of clinical manifestations and degree of severity for depressive disorder we used HAMD-21 scale (Hamilton M., 1960) [10].

By using HAMD-21scale were evaluated severity of TRD, in results with 7-16 points was interpreted as a mild depression, 17-27 points-as moderate, severe depression was qualified with more than 27 points. To assess the cognitive function in patients who suffered from TRD we used the MMSE - Mini-Mental State Examination (mental status short scale assessment). The result was obtained by summation of points (maximum can be 30). About absence of cognitive disorders indicated result in 28-30 points, cognitive impairment occurred in 24-27 points, mild cognitive dysfunction was diagnosed in 26-27 points and moderate in 24-25. Dementia found when the result was below than 24 points. As an instrument for the study of objective indicators of cognitive function we used the Montreal Cognitive Scale (called MoCA test) (Nasreddin Z., 1996) [7], which allows assessing different cognitive areas: attention and concentration, executive functions, memory, language, constructive and visual skills, abstract thinking, counting and orientation.

The time of scaling is 10 minutes. Assessment in 26-30 points indicates normal cognitive status. At 18-26 points results interpreted as mild cognitive impairment, at 10-17- as moderate. Less than 10 points is defined as a deep degree of cognitive deficit [11]. During psychological examination was also used Trail Making Test (TMT) (Reitan RM, 1958) [17] for observing of visual-motor coordination, which consists from 2 parts: part "A" evaluates eye coordination and part "B" - attention, working memory and executive function. The result is determined by the time spent on tasks both parts ("A" and "B"), but no more than 4 minutes. By Verbal Fluency Test (VFT) (Lezak MD, 1995) [13] we studied the contributions of verbal ability and executive control to verbal fluency performance. It consists from 2 subtests: Category (Semantic) Subtest and Letter (Phonetic) Subtest. To evaluate the intensity and selectivity of attention and executive functions study we used Stroop color word interference test (Stroop JR, 1935) [20].

Statistical analysis was performed using Microsoft Excel 2010.

Results and discussion

Firstly detailed analysis of patient's sociodemographic data was conducted. The average age of the patients was 32, 2 ± 4 , 7 years. By the educational level the examined group was as follows: people with basic secondary education- 7, which is 8.0%, with the secondary vocational-42 (48.3%), university degree had 38 patients (43.7%). Characteristics of employment status in the group of studied patients found that the employed was 33 people, unemployed was 28 patients, and were on disability 26 patients, which is 37.9%,

32.2% and 29.9% rateably. Subgroup of employed patients was divided into 2 parts: most of them were in mental work- 24 people (27.6%), other-9 (10.3%) performed physical work.

The duration of resistant depression in a studied group was $4,4 \pm 0,7$ years with a total duration of disease $12,1 \pm 3,4$ years. The average age of manifestation of disease was $20, 3 \pm 3, 4$ years, manifestation of resistance was detected in $20, 6 \pm 2, 7$ years an average. Duration of depressive episode in TRD was $8,2 \pm 1,3$ months an average, the number of episodes of depression before transferred to the resistance was $3,4 \pm 0,4$.

By Hamilton depression scale, 21 points (HAM-D21) were performed evaluation of TRD severity. The illustration for this indicator is presented in Table 1.

Table 1- Indicators of depression's severity in patients with TRD (by HAM-D21 scale item)

| Severity | Nosology | F31 | F32 | F33 | F34 | In all |
|----------|----------|------|------|------|-----|--------|
| | Amount | | | | | |
| Mild | abs. | 1 | - | 1 | 1 | 3 |
| | % | 1,1 | - | 1,1 | 1,1 | 3,3 |
| Moderate | abs. | 4 | 3 | 4 | 4 | 15 |
| | % | 4,6 | 3,5 | 4,6 | 4,6 | 17,3 |
| Severe | abs. | 23 | 14 | 28 | 4 | 69 |
| | % | 26,4 | 16,2 | 32,2 | 4,6 | 79,4 |

As can be seen from the above data in the majority of patients (79.4%) was recorded severe depression (more than 27 points on HAM-D21 scale). By nosological characteristics it was mainly patients with bipolar affective disorder, depressive episode (26.4%) and recurrent depressive disorder (32.2%). On the basis of the finding data were identified symptoms in structure of depressive syndrome that are typical for most patients with TRD.

These patients often demonstrated less interest for the things that were interesting before (83.9% of cases), reduced ability to experience pleasure (in 95.4% of cases), apathy (55.2%), weakness (74, 7%), increased fatigue (63.2%), anxiety, fear (in 83.9% of cases), sleep disorders (86.2%), physical complaints - in 55.2% of cases. High level of suicidality - 40.2%- was rather, patients exhibited suicidal thoughts, trends, have also been suicide attempts. Summarized data for psychopathological structures of TRD are presented in Table 2.

Table 2 - Psychopathological structures of depressive syndrome in TRD

| Affective manifestations | Severity of TRD | | | In all |
|--|-----------------|-----------|------------|------------|
| | Mild | Moderate | Severe | |
| Decreasing of interests | 3 (3,4%) | 12(13,8%) | 58(66,7%) | 73(83,9%) |
| Reduced ability to experience pleasure | 2(2,3%) | 15(17,2%) | 66(75,9%) | 83(95,4%) |
| Apathy | | 7(8,1%) | 41(41,1%) | 48(55,2%) |
| Irritability | 1(1,1%) | 8(9,2%) | 26(29,9%) | 35(40,2%) |
| Feelings of helplessness | - | 4 (4,6%) | 31 (35,6%) | 35 (40,2%) |
| Feeling of despair | | 4(4,6%) | 36(41,4%) | 40(46,0%) |
| Suicide ideas | | 7(8,1%) | 28(32,2%) | 35(40,2%) |
| Weakness | 1(1,1%) | 11(12,6%) | 53(60,9%) | 65(74,7%) |
| Fatigue | 2(2,3%) | 9(10,3%) | 44(50,6%) | 55(63,2%) |
| Panic attack | | 4(4,6%) | 26(29,9%) | 30(34,5%) |
| Anxiety | | 12(13,8%) | 61(70,1%) | 73(83,9%) |
| Sleep disorders | 1(1,1%) | 8(9,2%) | 66(75,9%) | 75(86,2%) |
| Somatic complaints | | 9(10,3%) | 39(44,8%) | 48(55,2%) |
| Weight loss | 1(1,1%) | 7(8,1%) | 34(39,1%) | 42(48,3%) |
| Hypochondria | | 4(4,6%) | 28(32,2%) | 32(36,8%) |

The results of clinical and psychopathological examination of patients with TRD showed that in 86.4% of cases they expressed disturbances in the cognitive area. Most patients complained losses of

confidence, lower self-esteem, pessimistic view for the future, negative retrospective analysis, impaired concentration, reduce of memory, especially short-term type, lack of the ability to understanding of information, problems with abstract thinking, violation of social relations, somatopsychic depersonalization, reduced ability to make decisions.

Considering these facts, results of clinical evaluation were supplemented by neuropsychological investigation of cognitive functioning for patient with TRD. By the criteria of MMSE scale in 12 patients (13.8%) from studied group no cognitive impairment reported. Cognitive deficit was found in 75 patients, which is 86.2%. Mild cognitive decline was found in 37 patients (42.5%), moderate cognitive dysfunction was found in 36 patients (41.4%), and in 2 cases (2.3%) reported markers specific for initial dementia.

The total score by the Montreal cognitive scale (MoCA-test) was $21 \pm 2, 4$. The most significant were changes of neurodynamic parameters for activity in patients with TRD- efficiency fluctuations and slowing of mental processes. Also was detected significant functional impairment of voluntary attention with increasing distraction to external stimuli that caused ease of side association's synthesis and placed them to the current activity. Typical is the modal-nonspecific short-term memory disorders, especially in motor language and visual parts.

Trial Making Test (TMT) showed the presence of voluntary attention disorders in patients with TRD, which manifested by decreasing of the ability to switch attention in situation with changing tasks. This is primarily illustrates the neurodynamic character of attention disorders with the absence of primary regulatory violations.

After performing of Verbal Fluency Test (VFT) it was revealed a high degree of patient's distraction from the task, rapid loss of interest, the need to re-stimulate for further test run. Significant were violations of semantic memory.

By the Stroop test in patients suffering from TRD was registered the difficulty in the crossing from verbal functions into sensory-perceptual functions, that indicating once more the difficulties with attention switching ability. Parameters of cognitive functioning summarized and illustrated in Table 3.

Table 3 - Parameters of cognitive functioning in patients with TRD.

| Neurocognitive tests | Value |
|----------------------------------|------------|
| MMSE | 25,2±1,7 |
| MoCA-тест | 21±2,4. |
| TMT part «A» | 41,7± 0,8 |
| TMT part «B» | 92,5± 10,3 |
| VFT, Letter (Phonetic) Subtest | 18,4± 2,7 |
| VFT, Category (Semantic) Subtest | 23,7±3,1 |
| Stroop test, part 1 | 64,7±8,2 |
| Stroop test, part 2 | 184,5±10,8 |

Qualitative characteristics of cognitive disorders in TRD showed heterogeneity of their structure. Basically they have the characteristic of neurocognitive deficit and manifest by violations of executive functions, problems with attention, memory, changing of psychomotor processes flow speed and optic-spatial abilities. Also was determined the features of cognitive impairment depending on the psychopathological variant of depressive syndrome.

Thus, in patients with anxiety (agitated) depression was found significant complications in performing tasks, increase the number of errors, violations of psychomotor coordination, visual-spatial function and long-term memory. Also was observed fluctuations of mental activity efficiency, impulsivity of mental processes. Asteno-nergic variant was characterized by inhibition rate of mental activity, inertia and emptiness of mental processes. Cognitive dysfunction manifested by the violation of attention stability and decrease concentration, by both short-term and long-term memory decline.

In apathy-adyamic clinical variant of TRD phenomenology of cognitive deficits features by pronounced psychomotor inhibition, loss of ability to experience pleasure, decreased motivation, difficulty in concentrating and making decisions, disturbances of dynamic praxis, attention, visual-spatial disorders and memory reductions are dominated. In this manner affective and cognitive deformation influence on the cognitive sphere of patients with TRD that contribute to the emergence of unrealistic conception, opinions and judgments of depressive patients. Also following components of depressive syndrome such as changes of introspection, violations of self-esteem and self-regulations of mental processes (memory, thinking, attention) called as methacognitive disorders and found in TRD. Moreover, the heavier the manifestation of

depressive symptoms, especially in the genesis of cognitive impairment, the more of affective and cognitive deformation and methacognitive disorders play the role.

CONCLUSIONS

Thus, our study revealed a high incidence of neurocognitive deficit (violation of attention, difficulty in making decisions, impaired memory, information processing deficit, disturbances of psychomotor functions and executive functions) and set the complex nature of relationship between depressive symptoms and cognitive disorders in patient with TRD.

REFERENCES

1. Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions/ KS. Al-Harbi // Patient Prefer Adherence. - 2012.- Vol.6.-P.369-388.
2. Bannan N. Multimodal therapy of treatment resistant depression: a study and analysis/ N. Bannan // Int J Psychiatry Med. -2005. - Vol.35(1) . - P.27–39.
3. Berlim MT. What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. / MT. Berlim, G. Turecki //Eur. Neuropsychopharmacol. -2007. -Vol.17 (11) . -P. 696-707.
4. Biringe E. Executive function improvement upon remission of recurrent unipolar depression / E. Biringe, A. Lundervold, K. Stordal, A. Mykletun, J. Egeland, R. Bottlender// Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. -2005. - Vol. 255. - P. 373–380
5. Chamberlain S.R. The neuropsychology of mood disorders/ S.R. Chamberlain, B.J. Sahakian //Curr Psychiatry Rep. - 2006. - Vol.8(6) . -P.458–463
6. Corey-Lisle P. K. Response, partial response, and nonresponse in primary care treatment of depression/ P.K. Corey-Lisle, R. Nash, P. Stang, R.Swindle // Arch Intern Med.- 2004.-Vol.164(11) . - P.1197–1204.
7. Dierckx E. The montreal cognitive assessment instrument: influence of depressive symptoms./ E. Dierckx // Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association. - 2014.-Vol. 10.4-P.437-P438.
8. Duman R. S. Neuronal plasticity and survival in mood disorders/ R. S. Duman, J. Malberg, S. Nakagawa, C. D'Sa // Biol. Psychiatry. -2000. - Vol. 48.- P. 732–739
9. Folstein M.F. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician"/ M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // Journal of Psychiatric Research. -1975. - Vol. 12 (3). -P. 189–198
10. Hamilton M. A rating scale for depression/ M. Hamilton// Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. - 1960. - Vol. 23. - P.56-62
11. Hölzel L. Risk factors for chronic depression—a systematic review/ L. Hölzel, M. Härter, C. Reese, L. Kriston // J Affect Disord.– 2011.– Vol.129.– P.1–13.
12. Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. //J Clin Psychiatry.– 2005.–Vol. 66 (suppl. 8) .–P.5–12.
13. Lezak M. D. Neuropsychological assessment/ M.D.Lezak //Oxford: Oxford University Press.– 1995.–1026 p.
14. Malhi G.S. Treatment-resistant depression: resistant to definition? / G.S. Malhi, G.B. Parker, J. Crawford, K. Wilhelm, P.B. Mitchell // Acta Psychiatr Scand.– 2005.– Vol.112(4). – P.302–309
15. Mathew SJ. Treatment-resistant depression: recent developments and future directions/ S.J. Mathew // Depress Anxiety.– 2008.– Vol.25(12) .–P.989–992.
16. Nemeroff C. B. Prevalence and management of treatment-resistant depression / C. B. Nemeroff // J Clin Psychiatry. – 2007. – Vol.68 (suppl. 8). – P. 17 – 25.
17. Reitan R.M. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage/ R.M. Reitan// Perceptual and Motor Skills. – 1958. – Vol.8 . – P. 271–276
18. Riso L. P. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors / L. P. Riso, R. K. Miyatake, M. E.Thase // J Affect Disord. – 2002. – V. 70 (2). – P.103-115.
19. Souery D. Treatment-resistant depression/ D. Souery, GI. Papakostas, MH. Trivedi// J Clin Psychiatry.– 2006.–Vol. 67 (suppl. 6) .–P.16–22.
20. Stroop J. R. [Studies of interference in serial verbal reactions.](#) / J. R. Stroop //Journal of Experimental Psychology. – 1935. – Vol.18 (6) . – P. 643–662.
21. Fava M. Diagnosis and definition of Treatment - Resistant Depression / M. Fava // Biol Psychiat. - 2003. –Vol. 53. –P. 649 – 659
22. Frodl T. Reduced hippocampal volumes associated with the long variant of the tri- and diallelic serotonin transporter polymorphism in major depression/ T. Frodl, P. Zill, T. Baghai, C. Schule, R.

Rupprecht, T. Zetzsche // Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. –2008. – Vol. 147B. – P. 1003–1007

ТҮЙІН

Рахман Людмила Владимировна – м.ғ.к., доцент, психиатрия, психология және сексология кафедрасы, Данила Галицкийдің Львовтың ұлттық медициналық университеті, Львов, Украина,, e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

Маркова Марианна Владиславовна –м.ғ.д., профессор, сексология және медициналық психология кафедрасы, Харьковтың медицина академиясының дипломнан кейінгі білім беру, Харьков, Украина, e-mail: mariannochka@i.ua

ТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ РЕЗИСТЕНТТІК ДЕПРЕССИЯЛАРДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ ПОЛИМОРФИЗМ ЖӘНЕ НЕЙРОКОГНИТИВТЫҚ ДИСФУНКЦИЯЛАР

Жүргізілген зерттеу анықтағандай жоғары жиілікті танымдық дисфункция (назардың бұзылуы, шешім қабылдауда қиындықтар, бұзылуы, жад тапшылығы, ақпаратты өңдеу, бұзу психомоторлық функцияларын бұзу, атқарушы функциялары), сондай-ақ белгіледі күрделі сипатын арақатынасын арасындағы күйзелген симптоматикой және танымдық қабілеті кезінде терапевтикалық резистенттік депрессиялардағы туралы.

Кілт сөздер: терапевтикалық төзімді депрессиялар, когнитивті бұзылу, психопатологиялық сипаттамасы.

РЕЗЮМЕ

Рахман Людмила Владимировна, к.м.н. доц., кафедра психиатрии, психологии и сексологии Львовского национального медицинского университета им. Данила, Львов, Украина, e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

Маркова Марианна Владиславовна, д.м.н., профессор, кафедра сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, Харьков, Украина, e-mail: mariannochka@i.ua

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И НЕЙРОКОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Проведенное исследование выявило высокую частоту когнитивной дисфункции (нарушения внимания, трудности в принятии решений, нарушения памяти, дефицит обработки информации, нарушения психомоторных функций, нарушения исполнительных функций), а также установило сложный характер соотношений между депрессивной симптоматикой и когнитивными нарушениями при терапевтически резистентных депрессиях.

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, когнитивные нарушения, психопатологическая характеристика.

УДК 614

Мамедбейли А.К.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А.Алиева (АзГИУВ имени А.Алиева), Баку, Азербайджан

ХАРАКТЕРИСТИКА БРЕМЕНИ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПО ВОЗРАСТНОМУ СОСТАВУ УМЕРШИХ

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: оценить груз нервных болезней на основе степени преждевременности смертности. Показано, что в возрастном составе умерших непосредственно от нервных болезней преобладают лица старше 70 лет. Возрастной состав умерших мужчин и женщин друг от друга отличается: в определенных возрастах (20-39, 45-59, 65-69 лет), среди умерших преобладают мужчины. Считается, что при оценке бремени болезней необходимо учитывать как уровень смертности, так и возраст умерших.

Ключевые слова: нервные болезни, возрастной состав, бремя.

Введение. Бремя болезней зависит от частоты летального исхода, и от возраста больного, когда наступает такой исход. В литературе традиционно часто представляется сведения об уровне смертности населения от отдельных причин [1;2;3;5]. Возраст умерших как критерий бремени болезней относительно меньше изучен в медико-демографических исследованиях, хотя средняя продолжительность предстоящей жизни, потенциально утраченные годы, а также критерий DALY рассчитываются на основе возраста умерших [6;7;8;9]. Информация о возрасте умерших представлена по классам болезней, то есть по причинам смертности. В то же время хорошо известно, что классы болезней по МКБ-10 не нацелены на группировку заболеваний по профилям врачебных специальностей. В частности многие болезни диагностируемые врачом невропатологом представлены не в VI классе – Болезни нервной системы. Следовательно, возрастной состав больных и умерших с патологиями VI класса МКБ не дает полноценную характеристику основного контингента пациентов врача невропатолога. В данной работе мы попытались получить характеристику бремени болезней нервной системы по возрастному составу умерших в широком смысле интерпретации этого термина, который включает все патологии нервной системы, классифицированные не только в VI классе, а во всех классах МКБ – 10.

Материалы и методы исследования. Единицей статистического наблюдения явился случай смерти в связи патологиями нервной системы классифицирующих во всех классах МКБ-10.

Наблюдения проводилось на базе Управления статистики и информатики МЗ Азербайджанской Республики путем сплошного выкопировки сведений из медицинского свидетельства о причине смерти за 2012 год. Всего были собраны 13580 документов, где причиной смерти были отмечены болезни нервной системы. Статистическая обработка проводилась методами анализа количественных и качественных признаков [4].

Полученные результаты и их обсуждения. Возрастно-половой состав умерших, у которых непосредственной причиной смерти явились болезни нервной системы отражен в таблице 1. Из этих данных в первую очередь обращает на себе внимание разность удельного веса умерших по возрастным группам: минимальная доля приходится на возрастную группу 0-4 года (0,04±0,017%), а максимальная на возрастную группу 75-79 лет (19,91±0,342%). Удельный вес умерших от нервных болезней в возрасте 5-9 и 10-14 лет друг от друга достоверно не отличается (соответственно 0,21±0,039 и 0,24±0,041%; P>0,05), но доля лиц в возрасте 0-4 лет (0,04±0,017) существенно ниже таковой в возрасте 5-9 лет (0,21±0,039%). Доля умерших в возрасте 15-19 лет (0,45±0,057%) существенно (P<0,05) выше по сравнению с удельным весом умерших в возрасте 10-14 лет (0,24±0,041%), но достоверно не отличается от удельного веса умерших в возрасте 20-24 лет (0,52±0,062%). Начиная с 30 лет, доля всех выделенных возрастных группы друг от друга достоверно отличаются, и до 80 лет наблюдается динамичное увеличение удельного веса умерших. В последующих возрастных периодах доля умерших слабым темпом, но статистически значимо уменьшается.

Сравнением удельного веса умерших в отдельных возрастных периодах среди мужчин и женщин до 20 лет существенность различия не подтверждается. После 20 лет доля отдельных возрастных групп (за исключением 40-44, 60-64 и 70-74 лет) среди мужчин и женщин друг от друга

отличаются достоверно ($P < 0,05$). Причем в возрастном интервале 20-60 лет показатели выше среди мужчин, а после 75 лет – среди женщин. Таким образом, возрастной состав умерших от нервных болезней среди мужчин и женщин различен.

Таблица 1- Возрастной состав мужчин и женщин (% к итогу) и распределение по полу лиц каждой возрастной группы у которых непосредственной причиной смерти был нервные заболевания

| Возраст, годы | Мужчины n=5884 | Женщины n=7696 | Все n=13580 | Распределение возрастных групп по полу (в % к общей численности умерших в этих группах) | | | | |
|---------------|-------------------|-------------------|----------------|---|-------------|---------|-------------|-------|
| | | | | мужчины | | женщины | | Всего |
| | | | | абс | | абс | | |
| 0-4 | 0,05±0,29 | 0,03±0,019 | 0,04±0,017* | 3 | 60,0±21,9 | 2 | 40,0±21,9 | 5 |
| 5-9 | 0,15±0,050 | 0,26±0,058 | 0,21±0,039* | 9 | 31,03±8,59▲ | 20 | 68,97±8,59▲ | 29 |
| 10-14 | 0,19±0,057 | 0,27±0,059 | 0,24±0,041* | 11 | 34,38±8,39▲ | 21 | 65,62±8,39▲ | 32 |
| 15-19 | 0,34±0,075 | 0,53±0,082 | 0,45±0,057 | 20 | 32,79±6,01▲ | 41 | 67,21±6,01▲ | 61 |
| 20-24 | 1,04±0,129• | 0,13±0,041• | 0,52±0,062* | 61 | 85,92±4,13▲ | 10 | 14,08±4,13▲ | 71 |
| 25-29 | 1,05±0,129• | 0,66±0,092• | 0,83±0,077 | 62 | 54,87±4,68 | 51 | 45,13±4,68 | 113 |
| 30-34 | 0,87±0,121• | 0,26±0,058• | 0,52±0,062* | 51 | 71,83±5,32▲ | 20 | 28,17±5,32▲ | 71 |
| 35-39 | 1,22±0,143• | 0,81±0,102• | 0,99±0,084 | 72 | 53,73±4,31 | 62 | 46,27±4,31 | 134 |
| 40-44 | 2,09±0,183 | 1,74±0,149 | 1,89±0,116* | 123 | 47,86±3,11 | 134 | 52,14±3,11 | 257 |
| 45-49 | 3,67±0,245• | 2,00±0,023• | 2,73±0,139* | 216 | 58,38±2,56▲ | 154 | 41,62±2,56▲ | 370 |
| 50-54 | 5,06±0,284• | 2,27±0,169• | 3,48±0,157* | 298 | 63,00±2,22▲ | 175 | 37,00±2,22▲ | 473 |
| 55-59 | 8,39±0,382• | 4,40±0,233• | 6,13±0,205* | 494 | 59,30±1,70▲ | 339 | 40,70±1,70▲ | 833 |
| 60-64 | 7,87±0,352 | 8,02±0,309 | 7,95±0,232* | 463 | 42,87±1,51▲ | 617 | 57,13±1,51▲ | 1080 |
| 65-69 | 8,04±0,354• | 4,81±0,244• | 6,21±0,207* | 473 | 56,11±1,71▲ | 370 | 43,89±1,71▲ | 843 |
| 70-74 | 17,49±0,495 | 16,31±0,421 | 16,82±0,321* | 1029 | 45,05±1,04▲ | 1255 | 54,95±1,04▲ | 2284 |
| 75-79 | 17,98±0,501• | 21,39±0,467• | 19,91±0,342* | 1058 | 39,13±0,94▲ | 1646 | 60,87±0,94▲ | 2704 |
| 80-84 | 17,64±0,497• | 19,65±0,452• | 18,78±0,335* | 1038 | 40,71±0,97▲ | 1512 | 59,29±0,97▲ | 2550 |
| 85и более | 6,86±0,329• | 16,46±0,423• | 12,30±0,281* | 403 | 24,13±1,04▲ | 1267 | 75,87±1,04▲ | 1670 |
| Итого | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 5884 | 43,3±0,43▲ | 7696 | 56,7±0,43▲ | 13580 |

Примечание: • - $P < 0,05$ при сравнение удельного веса возрастной группы мужчин и женщин; ▲ - $P < 0,05$ при сравнение удельного веса мужчин и женщин в каждой возрастной группе; * - $P < 0,05$ при сравнение удельного веса каждой возрастной группы с последующей группой

Распределение умерших в отдельных возрастных периодах по полу также подтверждает справедливость нулевой гипотезы. В возрастном интервале 0-19 лет среди умерших от нервных болезней превалирует женщины, а в возрастном интервале 20-34 лет, 45-59 лет, 65-69 лет – мужчины. После 75 лет среди умерших от нервных болезней доля женщин (56,7±0,43%) выше, чем мужчин (43,3±0,43%).

Таким образом, в возрастном составе умерших мужчин и женщин, а также в половом составе лиц умерших в разных периодах жизни не прослеживается общая тенденция: в зависимости от возраста в разных направлениях изменяется доля женщин и мужчин среди умерших.

Нервные болезни – непосредственные причины смерти включают патологии разного патогенеза, и большинство из них являются следствием патологий, классифицирующих в других классах МКБ-10 (новообразования, артериальная гипертензия, болезни почек, сахарный диабет). В связи с первоначальными причинами нервных болезней, непосредственно приводящие к смерти, может, изменяться возрастной состав умерших. Возрастной состав умерших от нервных болезней в зависимости от их первоначальной причины по нашим материалам приведен в таблице 2. Из этих данных, очевидно, что возрастной состав умерших по выделенным группам друг от друга существенно отличаются. Так, например, среди умерших от болезней нервной системы, включенных

в VI классе МКБ-10 (в основном детский церебральный паралич, эпилепсия, болезни Альцгеймера, Паркинсона, рассеянный склероз, воспитательные болезни центральной нервной системы и прочие) относительно высока доля лиц в возрасте до 19 лет ($11,95 \pm 1,22\%$). В этом возрастном интервале от остальных нервных заболеваний, за исключением новообразований мозга ($0,31\%$), случаев смерти не были. Доля лиц в возрасте 20-39 лет составляла $16,39 \pm 2,14\%$ в группе умерших от новообразований и $7,74 \pm 1,00\%$ в группе умерших от болезней VI класса МКБ-10.

Таблица 2- Возрастной состав умерших от различных нозологических форм нервных болезней в зависимости от первоначальной причины

| Возрастные интервалы Нозологические формы по трех- значным рубрикам МКБ-10 – первоначаль- ные причины смерти | 0-19 | 20-39 | 4-59 | 60-79 | 80 и старше |
|---|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Все нервные болезни | $0,94 \pm 0,08$ | $2,86 \pm 0,14$ | $14,23 \pm 0,30$ | $50,91 \pm 0,43$ | $31,06 \pm 0,40$ |
| Злокачественные образования мозговых оболочек, головного и спинного мозга, черепных нервов и других отделов нервной системы (C70 – C71) | $0,33 \pm 0,31$ | $16,39 \pm 2,14$ | $25,08 \pm 2,51$ | $41,47 \pm 2,85$ | $16,75 \pm 2,14$ |
| Болезни нервной системы (VI класс МКБ -10) | $11,95 \pm 1,22$ | $7,74 \pm 1,00$ | $8,02 \pm 1,01$ | $50,35 \pm 1,88$ | $21,94 \pm 1,55$ |
| Цереброваскулярные болезни (J10-J15) и атеросклероз мозговых сосудов (J70) | — | $0,27 \pm 0,05$ | $13,64 \pm 0,32$ | $52,36 \pm 0,47$ | $33,73 \pm 0,44$ |
| Болезни почек (N10-N16) | — | — | $24,83 \pm 22,06$ | $62,64 \pm 2,31$ | $12,53 \pm 1,58$ |
| Сахарный диабет (E10-E14) | — | — | $21,45 \pm 1,71$ | $64,36 \pm 1,99$ | $14,19 \pm 1,45$ |

В группе умерших от нервных болезней, вызванных болезнями почек и сахарным диабетом, все были старше 40 лет. Преобладающее большинство умерших от нервных болезней независимо от их первоначальной причины находилось в возрасте 60-79 лет. Доля умерших в этом возрастном интервале колебалась в пределах от $41,47 \pm 2,85\%$ до $64,36 \pm 1,99\%$ ($P < 0,01$). Относительно низкая величина была в группе умерших от новообразований мозга, а максимальная – в группах умерших от нервных болезней вызванных сахарным диабетом и патологиями почек.

Сравниваемые группы друг от друга также существенно отличались по удельному весу умерших в возрасте 80 лет и старше. Доля этих лиц была относительно высока в группе умерших от цереброваскулярных болезней ($33,73 \pm 0,44\%$). Относительно низкий удельный вес этой категории лиц наблюдался в группах умерших от нервных болезней вызванных новообразованиями ($16,75 \pm 2,14\%$), болезнями почек ($12,33 \pm 1,58\%$) и сахарным диабетом ($14,19 \pm 1,45\%$).

Таким образом, возрастной состав умерших от болезней нервной системы изменчив и зависит от их пола и первоначальной причины смерти. Возраст умерших является одним из важнейших индикаторов бремени причин смерти. В зависимости от первоначальных причин нервных болезней, непосредственно приведшие к смерти средний возраст умерших составлял:

61,67 – при злокачественных новообразованиях;

61,4 – при болезнях нервной системы (VI класс МКБ-10);

67,47 – при нервных болезнях вызванных патологиями почек;

68,61 – при нервных болезнях вызванных сахарным диабетом;

73,9 – при цереброваскулярных заболеваниях, вызванных артериальной гипертензией, атеросклерозом.

Из этих данных, очевидно, что из-за относительно высокой вероятности преждевременной смертности бремя выше при болезнях нервной системы и включенных в VI класс МКБ и вызванных злокачественными новообразованиями. Средний уровень бремени характерен для болезней нервной системы, вызванных патологиями почек и сахарным диабетом. Сравнительно низкое бремя цереброваскулярных болезней.

ВЫВОДЫ:

В возрастном составе умерших непосредственно от нервных болезней преобладают лица старше 70 лет;

Возрастной состав умерших мужчин и женщин друг от друга отличается: в возрасте 20-39, 45-59, 65-69 лет относительно высока доля мужчин, а в остальных возрастах – женщин;

Злокачественные новообразования мозга и других отделов центральной нервной системы, а также болезни, включенные в VI класс МКБ, относительно часто способствуют преждевременную смертность, чем нервные заболевания, вызванные сахарным диабетом, патологиями почек, а также цереброваскулярные болезни;

Время нервных болезней обусловленной преждевременной смертностью зависит от нозологических форм, которая сравнительно больше при болезнях VI класса и новообразованиях нервной системы и относительно меньше при цереброваскулярных болезнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Предотвратимые потери в связи со смертностью сельского населения / А.Е. Иванова (и др.)// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2012.- №3.- с. 27-31.
2. Социально-экономическая эффективность профилактики нефрологических заболеваний в Ставропольском крае/ О.Е. Петерчук (и др.)//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006.- №6. - С.32-36.
3. Роговина А.Г. Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации / А.Г. Роговина - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - №6. С.10-13.
4. Стентон Г. Медико-биологическая статистика./ Г. Стентон.-М.: Практика. 1999. – 459 с.
5. Щепин О.П., Белов В.Б., Щепин В.О. Особенности динамики смертности населения Российской Федерации / О.П. Щепин, В.Б. Белов, В.О. Щепин - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2006.- №6.- С. 10-13.
6. Disease burden measured in Disability – Adjusted Life Years // New World Health. 2000. vol. 1. p. 52
7. Years all Potential last among a Native American Population // Martin C.M. (et al) Public Health Reports, 1989, vol. 104. p. 279-285.
8. Количественная оценка «груза болезней» концептуальная основа метода расчета скорректированных на инвалидность лет жизни // С.І. Murray - Бюллетень ВОЗ. 1994. №3. - С.72-87.
9. The Disability – Adjusted Life Year (Daly) Definition, Measurement and Potential USE, 1995 ([http:// N. Homedes. www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/work/wp_00068.html](http://N.Homedes.www.worldbank.org/html/extdr/hnp/hddflash/work/wp_00068.html)).

АННОТАЦИЯ

Мамедбейли А. К.

А.Алиев атындағы жоғарғы оқу орнынан кейінгі медициналық мемлекеттік институты, Баку, Азербайджан

ЖҮЙКЕ АУРУЛАРЫНЫҢ ЖАС ҚҰРАМЫ АУЫРТПАЛЫҒЫН СИПАТТАМАСЫ

Мақсаты: мезгілсіз өлім дәрежесі негізінде жүйке аурулары жүктемені бағалау үшін. Ол жүйке аурулары тікелей өлім жас құрылымында 70 жастан асқан адамдарды басым деп көрсетілген. Өлім ерлер мен әйелдердің жас құрылымы бір-бірінен ерекшеленеді: белгілі бір жасқа (20-39, 45-59, 65-69) өлім ерлер арасында басым. Бұл аурудың ауыртпалығын бағалау қайтыс болған өлім-жітім және жасына ретінде қарастырылуы тиіс деп саналады.

Кілт сөздер: неврологиялық аурулар, ауыртпалығын жас құрамы.

SUMMARY

Mammadbayli A.K.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev, Baku

CHARACTERISTICS OF THE BURDEN OF NEUROLOGICAL DISEASES BY THE AGE COMPOSITION OF THE DEAD

Goal of the research: assess the burden of nervous diseases based on the rate of untimely mortality. It was shown that people over 70 years prevail in the age composition of the deceased. The age composition of deceased men and women differs from each other: men prevail at certain ages among the deceased (20-39, 45-59, 65-69 years). It is believed that when assessing the burden of diseases it is necessary to take into account both the rate of mortality and the age of the deceased.

Key words: disease of nervous system, age structure, the burden

УДК 616.12-07-08-082.

Г.А. Ахметова

Южно-Казахстанский областной кардиологический центр, г. Шымкент

КРИТЕРИИ ОТБОРА НА ИМПЛАНТАЦИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

АННОТАЦИЯ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) независимо от фонового заболевания сердца характеризуется непрерывным прогрессирующим развитием, определяемым необратимыми процессами нейрогуморальной гиперактивацией. Несмотря на адекватное медикаментозное лечение и возрастающую активность **хирургической коррекции**, прогноз у пациентов с ХСН в терминальной стадии остается неблагоприятным. Сегодня приоритетным направлением наряду с профилактическим, являются **инновационные хирургические технологии**, а именно **имплантация** механического вспомогательного устройства левого желудочка LVAD.

LVAD сегодня используется тремя различными способами:

Когда LVAD имплантируется пациенту в ожидании пересадки сердца, это называется мост к пересадке. LVAD у пациента может оставаться на месте в течение нескольких лет, пока сердце донора станет доступным для трансплантации.

Если пациенту невозможно осуществить пересадку сердца, LVAD может быть имплантирован в качестве постоянного лечения. Это называется окончательная терапия, и она становится все более и более распространенной, так как LVAD технологии и качество жизни продолжают улучшаться.

LVAD – это механический насос, имплантированный хирургическим путем, который прилагается к сердцу. LVAD отличается от искусственного сердца. Искусственное сердце заменяет сердце полностью, тогда как LVAD работает с сердцем, чтобы помочь ему перекачивать больше крови с меньшей работой. Он делает это путем непрерывного взятия крови из левого желудочка и перекачивает ее в аорту, которая затем доставляет обогащенную кислородом кровь по всему телу.

LVAD имеет как внутренние, так и внешние компоненты. Фактически насос сидит на сердце или рядом с левым желудочком сердца и соединен трубкой, которая направляет кровь к аорте. Кабель называется трансмиссия. Он идет от насоса, через кожу, и подключает насос к контроллеру и источнику питания вне тела.

Трансмиссия должна быть подключена к контроллеру, а контроллер должен быть подключен к источнику питания все время, чтобы насос работал нормально. Насос рассчитан на питание от батарей или электричества. У некоторых LVAD есть адаптер, который позволяет им работать от

аккумулятора автомобиля. Каждое устройство имеет футляры, что позволяет свободно передвигаться вместе с оборудованием.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хирургическая коррекция, инновационные хирургические технологии, имплантация, устройства левого желудочка LVAD

Цель исследования: определение показаний к имплантации вспомогательного устройства левого желудочка на основании клинико-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов с ХСН.

Материал и методы: СЮжно-Казахстанской области за период с ноября 2011 г. по апрель 2014 г. направлено 20 пациентов в АО «ННКЦ» (г. Астана) для имплантирования вспомогательного механического устройства левого желудочка (LVAD) в возрасте от 21 до 71 лет ($48,1 \pm 14,5$ лет), 18 (90%) мужчин, 2 (10%) женщины с ХСН, резистентной к медикаментозной терапии. Из них 9 пациентов с дилатационной кардиомиопатией, 6 пациентов с ишемической кардиомиопатией, 2 пациентов с приобретенным пороком сердца (критический стеноз аортального клапана, у одного выраженная недостаточность аортального клапана), 3 больных с гипертензивной кардиомиопатией. Целью отбора пациентов на имплантацию LVAD оценивалось клиническое состояние больного, которое заключалось в проведении стандартных лабораторных исследований, определении NT-proBNP, D-димера (для исключения тромбоэмболических осложнений), ЭХОкардиографии, шестиминутный тест ходьбы, рентген органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов и сосудов нижних конечностей для определения сопутствующей патологии, по показаниям компьютерная томография головного мозга, внутренних органов. Всем пациентам без исключения проводилась катетеризация правых отделов сердца с тонометрией.

Пациенты, получившие базисную терапию ХСН в соответствии рекомендациями в течение 1 года, отмечали резистентность к медикаментозной терапии.

Результаты. У всех обследованных больных были выявлены следующие показатели: вне зависимости от пола и возраста пациентов наблюдалось повышение NT-proBNP, в среднем $7809,7 \pm 3020,9$ нг/мл, шестиминутный тест ходьбы составил в среднем $130,5 \pm 84,5$ м, что соответствовал ХСН IV ФК (NYHA), по данным ЭХОКГ: ФВ в среднем составила $21,9 \pm 5,5\%$, КДО $274,3 \pm 45,9$ мл, функция правого желудочка (ПЖ) определялась по показателю TAPSE $1,5 \pm 0,5$ см, расчетное систолическое давление в легочной артерии (РСДЛА) $45 \pm 11,9$ мм.рт.ст. по данным катетеризации правых отделов сердца: сердечный выброс $3,3 \pm 0,7$ л/мин, сердечный индекс $1,7 \pm 0,4$ л/мин/ v^2 , PVR $5,2 \pm 3,9$ Wood. Также всем пациентам определяли индекс массы тела $26,7 \pm 3,9$, площадь поверхности тела $1,8 \pm 0,1$. Все пациенты находились в группе Интермакс 3-4. Исход 3 случая летальности: из за кровотечения и сепсиса.

Выводы: основными показаниями для имплантации LVAD явилось ХСН III-IV ФК по NYHA, вне зависимости от пола и возраста пациентов, с дилатацией полости ЛЖ с ФВ ниже 30%, при сохраненной функции ПЖ, повышение NT-proBNP выше 2000 нг/л.

За период наблюдения в 87% улучшилось качество жизни, а также прогноз заболевания (регресирование СН с ФК IV до ФК II), снижение смертности, снижение повторных госпитализаций

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации, разработанные рабочей группой Европейского Общества Кардиологов и Европейского Совета по реанимации. Лечение острых сердечных приступов на догоспитальном этапе. Международный журнал медицинской практики, 2000, - №7, -С. 44-62.
2. Руководство по ведению пациентов с инфарктом миокарда с элевацией ST ACC/АНА. 2007
3. Руководство по ведению пациентов с нестабильной стенокардией/инфарктом миокарда без элевации ST ACC/АНА. 2007
4. Диагностика и лечение больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Российские рекомендации ВНОК. 2007
5. Рекомендации по ведению больных с острым коронарным синдромом. МЗ РК. Ассоциация кардиологов РК. 2008.
6. Абсеитова С.Р., Джолдасбекова А.У. Стратегии ведения больных с острым коронарным синдромом. Методическое пособие, Астана, 2011

7. Бокерия Л., Алесян Б. Рентгеноэндоваскулярная хирургия ишемической болезни сердца. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов. НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН

ТҮЙІН

Г.Ә. Ахметова

Облыстық кардиологиялық орталық, Шымкент қаласы

СОЛ ЖАҚЖҮРЕКШЕГЕ ҚОСАЛҚЫ ҚҰРЫЛЫМНЫҢ ИМПЛАНТАЦИЯЛАУДЫҢ ІРІКТЕУ КРИТЕРИЙЛЕРІ

Созылмалы жүректің жетіспеушілігі (СЖЖ) тәуелсіз жүректің негізгі ауру шалдығуыныңтолассыз қайтарылмайтын үдерістеріменнейрогуморалды гиперактивацияның анықталуымен сипатталады. Адекваттық медикаменттің шипасының және хирургиялық коррекциясының үдеушінің белсенділігіне карамастан терминалды кезеңдегіСЖЖ бар науқастардың болжамы қатал болуда. Бүгін профилактикалық бағытқа қоса басым бағыт инновациялық хирургиялық технологиялар болып табылады, оның ішінде LVAD сол жақ жүрекшенің механикалы қосалқы құрылымының имплантациясы болуда.

LVAD бүгін үш түрлі әдістермен пайдаланылады:

Науқасқа енгізілген LVAD жүректі трансплантация жасаумен аралықтағы көпір деп аталады. LVAD науқаста донордың жүрегі трансплантация үшін жетімді болғанға дейін бірнеше жыл қалады.

Науқасқажүректің көшіруін жасау мүмкін болмаған жағдайда,LVAD түпкілікті шипа ретінде қалады.Бұл қорытынды ем болып қалып,LVAD имлантациясыөмірдің сапасын жақсартуға мүмкіндік тудырады.

LVAD –ол жүректің механикалық сорғышы, жүрекке хирургиялық жолмен енгізіледі. LVAD-пен жасанды жүректің айырмашылығы бар:жасанды жүрек жүректі толықтай ауыстырады,ал LVAD жүрекпен бірге азқұшпен көп қанды айналдыруға көмектеседі. Ол сол жолымен қандыүздіксіз сол жақ жүрекшеденалып, аортаға жеткізеді.Содан кейін оттектен құнарландырған қанды дене бойынатаратады.

LVAD-тың ішкі әрі сыртқы компоненттері бар. Сорғыш жүрекке қойылады немесе жүректің сол жақ жүрекшесінің қасына қосылады және құрама қанды қолқаға жіберетін түтікпен қосылған. Бұл кабель трансмиссия деп аталады. Ол сорғыштан тері арқылы барып, сорғышты контроллерге қосады және денеден тыс тұрған қуат көзіне жалғанады.

Сорғыш бір қалыпты жұмыс істеу үшін трансмиссия контроллерге, ал контроллер қуат көзінеүнемі ажыратылмай қосылуы тиіс. Сорғыш батареядан немесе электрден жұмыс істеуге арналған. Кейбір LVAD-та автомобильдың аккумуляторынан жұмыс істейтін адаптері де болады. Әр құрылымда қаптары бар және жабдықпен еркін жылжуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: *созылмалы жүректің жетіспеушілігі, хирургиялық коррекция, инновациялық хирургиялық технологиялар, LVAD сол жақ жүрекшесінің механикалы қосалқы, имплантация*

RESUME

Г.Ә. Ахметова – облыстық кардиологиялық орталық, Шымкент қаласы

SELECTION CRITERIA IMPLANTATION OF ASSISTIVE DEVICES FOR LEFT VENTRICULAR

Chronic heart failure (CHF), regardless of the background of heart disease is characterized by progressive development of a continuous, determined by irreversible processes of neurohumoralhyperactivation. Despite adequate medical treatment and surgical correction of increasing activity, the prognosis for patients with end-stage CHF remains poor. Today priority, along with preventive, are innovative surgical techniques, namely mechanical assist device implantation of left ventricular LVAD.

LVAD is now used in three different ways:

When implanted LVAD patient awaiting a heart transplant, it is called a bridge to transplant. LVAD patient can remain in place for several years, until a donor heart for transplantation becomes available.

If the patient can not perform a heart transplant, LVAD may be implanted as a continuous treatment. This is called the ultimate therapy, and it is becoming more and more common, as the LVAD technology and quality of life continues to improve.

LVAD - a mechanical pump implanted surgically attached to the heart. LVAD is different from the artificial heart. Artificial Heart replaces the heart completely, whereas LVAD works with the heart to help it pump more blood with less work. It does this by continuously taking blood from the left ventricle and the aorta moves it, which then delivers oxygenated blood throughout the body.

LVAD has both internal and external components. In fact, the pump sits on or near the heart with the left ventricle and connected to a tube that directs the blood to the aorta. The cable is called transmission. It comes from the pump, through the skin, and connects the pump to the controller and power supply outside the body.

Transmission must be connected to the controller, and the controller must be connected to the power supply all the time that the pump worked fine. The pump is powered by batteries or electricity.

Some LVAD have an adapter that allows them to work on the car battery. Each device has cases that allows you to freely move around with the equipment.

Key word: *chronic heart failure, surgical correction, innovative surgical techniques, left ventricular LVAD, implantation*

УДК 616.8-009.12-053.4:316.6:159.9

О.В. Кривоногова, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной помощи общей и медицинской психологии
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

В статье приводится описание комплекса психолого-педагогических мероприятий сопровождения ребенка дошкольного возраста с гиперкинетическим расстройством, его семьи, а также специалистов, работающих с данной категорией дошкольников. Описана эффективность проведенного комплексного сопровождения, доказанная с помощью проведения психо-диагностического обследования трех групп испытуемых: детей дошкольного возраста с гиперкинетическим расстройством, их родителей и педагогов.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, комплексное сопровождение, психоэдукация, психокоррекция.

Актуальность проблемы. Гиперкинетические расстройства у детей давно описаны в медицинской литературе Г. Гофманом (1809-1894) – немецким психиатром, первый описавший и отметивший импульсивность и гиперактивность в поведении детей. В 1902 году, педиатр Дж. Стилл, опубликовал в научном издании «The Lancet» описание детей, у которых диагностировалось двигательное возбуждение, проблемы с концентрацией внимания, трудности контроля импульсов и потребность в немедленном вознаграждении. В данное время диагноз ГКР является широко распространенным среди детского населения, как в Украине, так и в мире, что делает проблему помощи данной категории пациентов актуальной и требующей практического решения.

По данным международной статистики гиперкинетические расстройства чаще встречаются у мальчиков: относительная распространенность среди мальчиков и девочек колеблется соответственно от 3:1 до 9:1, в зависимости от критериев диагноза, методов исследования и категорий обследованных (дети, которых направили к врачу; школьники; население в целом). Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), как одна из составляющих ГКР, является семейным заболеванием с сильным генетическим компонентом. Его наследуемость (доля дисперсии объясняется дополнительными генетическими факторами) была оценена как 76%, одна из самых высоких среди психических расстройств. Тем не менее, генетические факторы сами по себе не

объясняют возникновение расстройства. Этиология СДВГ рассматривается как многофакторная модель, то есть, многочисленные экологические, генетические и биологические факторы играют большую роль в повышении риска заболевания.

В связи с вышесказанным, помощь детям с ГКР должна также иметь комплексный характер и включать, наряду с медикаментозной терапией, психокоррекционную работу, психологическую помощь родителям детей с ГКР, а также специальные психолого-педагогические подходы к обучению, развитию и воспитанию таких детей в детском образовательном учреждении (ДОУ), школе, семье.

Изложение основного материала. В данном исследовании приняли участие три группы испытуемых. Первая группа (Г1) состояла из 68 детей в возрасте 4-6 лет, имеющих диагноз ГКР. Во вторую группу (Г2) вошли родители, имеющие детей с ГКР, в количестве 123 человек (68 матерей и 55 отцов). Третья группа состояла из 28 педагогов ДОУ, работающих с контингентом детей с ГКР. В результате психодиагностического обследования были выявлены дезадаптивные психологические характеристики у представителей всех трех групп исследования.

Так, в Г1 наблюдались нарушения психоэмоциональной сферы (высокий уровень тревожности (67,16% детей), агрессивность (43,80% дошкольников), высокий уровень невротизации (71,23%)), дисгармоничные особенности личности (низкая самооценка (56,13% детей)), когнитивные нарушения (нарушения внимания (100,00%), памяти (83,16%)), нарушения поведения (82,15%).

В группе родителей отмечались следующие социально-психологические характеристики: дисгармоничные типы воспитания (62,43%), конфликтность семьи (58,19%), жестокое обращение с детьми (24,62%), неадекватное отношение к заболеванию ребенка (61,18%).

В группе педагогов отмечались признаки синдрома burn-out (48,18%), также специалисты отмечали нехватку специальных знаний и навыков работы с категорией дошкольников с ГКР в условиях группы ДОУ (63,82%).

В результате анализа полученных данных, была разработана комплексная программа сопровождения ребенка с ГКР и его семьи в условиях ДОУ (рис. 1).

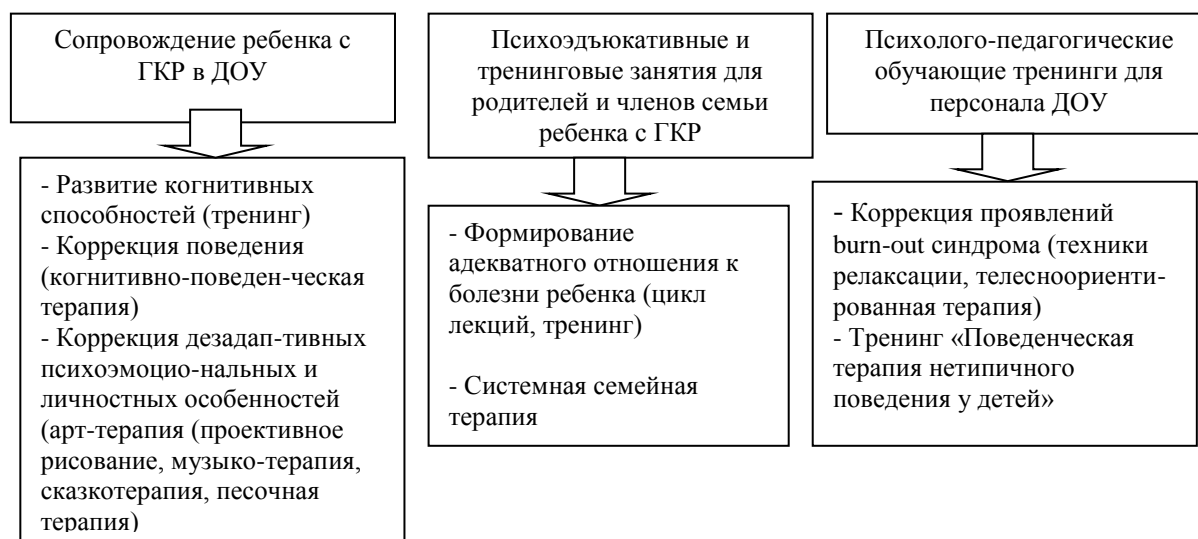


Рисунок 1 - Комплексная программа сопровождения ребенка с ГКР в условиях ДОУ

Были разработаны три психокоррекционных блока, первый из которых был направлен на ребенка, второй - на родителей, в третьем - принимали участие педагоги ДОУ. В первый блок, который проводился на фоне медикаментозного лечения расстройства у детей, вошли мероприятия по коррекции нарушений в когнитивной и коммуникативной сферах (тренинг развития когнитивных и коммуникативных способностей), арт-терапия, поведенческая терапия. Во время работы с ребенком с ГКР широко использовали поведенческий подход, целью которого было или обучение новым адаптивным формам поведения, или торможение имеющихся у ребенка дезадаптивных форм. В рамках поведенческого подхода использовали 4 основных модели терапии (по А.Бандуре): 1) подавление (вытеснение) ответной реакции; 2) актуализация (освобождение) подавленной реакции; 3) фасилитация реакции, заторможенной негативными социальными санкциями; 4) приобретение реакции.

Также в работе с детьми использовали техники арт терапии, а именно: проективное рисование, сказкотерапии, игротерапию, музыкотерапия.

С целью коррекции нарушений в когнитивной сфере дошкольников с ГКР, а именно снижение основных качеств внимания и памяти использовали технику тренинга развития когнитивных и коммуникативных способностей. Тренинг представлял собой групповую форму работы, который включал развивающие игровые упражнения, имеющие своей целью развитие у детей концентрации, распределения и переключения внимания, расширение его объема, а также развитие возможностей слуховой, зрительной и тактильной памяти. Тренинг состоял из 10 занятий, продолжительностью 30 минут каждое, которые проводились дважды в неделю.

В проективном рисовании детей с ГКР использовали следующие методики: свободное рисование (самостоятельно рисование ребенка на любую тему); коммуникативное рисования (в группе во время общения); совместное рисование (все дети рисовали одну общую картину).

Также использовали средства музыкотерапии как одного из методов повышения социальной активности, коммуникативных способностей личности, ее адекватной социализации в обществе. Использовали такие формы музыкотерапевтических групповых упражнений, как музыкально-спортивные игры и упражнения; психическая и соматическая релаксация с помощью музыки; вокальное выражение - пение.

Сказкотерапию проводили с использованием народных и авторских сказок, основные функции которых помогали в реализации цели: диагностическая функция играла важную роль на первоначальном этапе сказкотерапии, позволяла определить состояние ребенка и поставить основную цель для дальнейшей работы; прогностическая функция сказок заключалась в анализе не только настоящего, но и перспективы развития события; воспитательная функция помогала с помощью простых сюжетов и сказочных образов научить ребенка простым истинам, воспитать в нем качества гармоничной личности, корректирующая функция заключалась в замене «нежелательного» поведения на адаптивное. Сказкотерапия проводилась в подгруппах детей.

Песочную терапию проводили в три этапа: манипуляции с песочной поверхностью, проникновение в толщу песка, использование воды, создание сказок на песке.

Следующий блок психокоррекционных мероприятий включал мероприятия для родителей, а именно психодукативные техники, системную семейную терапию (ССТ) и «Тренинг принятия ребенка».

Психодукативные мероприятия проводились в виде 5 лекций-презентаций (каждая продолжительностью 90 минут) по темам: 1. Особенности течения ГКМ в дошкольном возрасте. 2. Средства ранней диагностики ГКР. 3. Особенности функционирования семьи с ребенком с ГКР. 4. Коррекция психологических нарушений у дошкольников с ГКР. 5. Формы организации взаимодействия между ребенком с ГКР и родителями в условиях семьи.

Психокоррекционная работа с родителями проводилась в рамках подхода ССТ с точки зрения которой намерения и поступки людей вторичны и подчиняются законам и правилам функционирования семейной системы и любую систему можно оптимизировать. В процессе работы с семьей использовали следующие техники и направления системной семейной терапии: «Циркулярное интервью» (circular interview); «Положительная коннотация» (positive connotation); включена супервизия (live supervision). Мероприятия ССТ проводились с участием исключительно родителей без ребенка.

Также все родители из обследованных семей принимали участие в социально-коммуникативном тренинге «Тренинг принятия ребенка», а семьи совместно с детьми посетили «Тренинг эффективного взаимодействия с ребенком». На каждый из тренингов вообще отводилось 10 занятий продолжительностью 90 минут дважды в неделю.

Третий блок мероприятий комплексного сопровождения проводили в группе педагогов ДОУ. Данный блок включал обучение техникам релаксации (расслабления) с целью коррекции и профилактики burn-out синдрома, а также тренинговые обучающие занятия по овладению навыками поведенческой терапии в работе с детьми с ГКР в условиях ДОУ.

В качестве средств коррекции и профилактики burn-out синдрома использовали следующие техники: прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона), аутогенная тренировка (метод Шульца), произвольное самовнушение (метод Куэ).

С целью повышения квалификации педагогов и овладения навыками использования методик из арсенала поведенческой терапии, был проведен обучающий тренинг «Поведенческая терапия нетипичного поведения у детей». Тренинг включал 90 часов, из них 30 лекционных, 60 практических занятий.

В результате проведения комплексной психокоррекционной работы были получены результаты, свидетельствующие об эффективности разработанной системы. Так у детей наблюдались положительные изменения в когнитивной сфере (72,3%), повышение уровня самооценки (68,5%), улучшение умения планировать свою деятельность (79,2%), снижение количества проявлений гиперактивного и импульсивного поведения (67,7%), улучшение коммуникативных навыков (63,2%).

В семьях наблюдалось улучшение взаимодействия между родителями и ребенком (83,4% семей) и улучшение общего качества жизни семьи с ребенком с ГКР (78,2% семей).

В результате опроса специалистов увеличилась их профессиональная компетентность и успешность, признаки синдрома burn-out удалось нивелировать у 92, 36% педагогов.

Выводы.

1. Оказание медико-психологической помощи детям с ГКР и их семьям должно иметь комплексный мультидисциплинарный характер и учитывать биопсихосоциальную модель.

2. Был разработан и внедрен психокоррекционный комплекс, состоящий из трех блоков, первый из которых был направлен на ребенка, второй - на родителей, в третьем принимали участие педагоги ДОУ.

3. Эффективность разработанной психокоррекционной системы доказана, благодаря проведенному после коррекции психодиагностическому исследованию. Определено, что у детей наблюдались положительные изменения в когнитивной сфере (72,3%), повышение уровня самооценки (68,5%), улучшение умения планировать свою деятельность (79,2%), снижение количества проявлений гиперактивного и импульсивного поведения (67,7%), улучшение коммуникативных навыков (63,2%).

4. В семьях, в результате проведения комплексных психоэдукативных и психокоррекционных мероприятий, наблюдалось улучшение взаимодействия между родителями и ребенком (83,4% семей) и улучшение общего качества жизни семьи с ребенком с ГКМ (78,2% семей).

5. Увеличилась профессиональная компетентность успешность и специалистов в работе с детьми с ГКР; признаки синдрома burn-out удалось нивелировать у 92, 36% педагогов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заваденко Н. Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Н. Н. Заваденко // Школьный психолог. – 2000. – № 4.
2. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Лютова Е.К., Монина Г.Б. – М.: Генезис, 2000. – С. 132-134.
3. Монина Г. Работа с «особым» ребенком / Г. Монина, Е. Лютова // Первое сентября. – 2000. – № 10. – С.16-22.
4. Рассел Баркли Л. Ваш непослушный ребенок / Рассел Баркли Л., Кристина Бентон М. – С-Пб.: Питер, 2004. – 87 с.
5. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам / А. Л. Сиротюк. – М.: Сфера, 2002. – 167 с.
6. Словарь практического психолога / [Сост. С.Ю. Головин]. – Минск: Харвест, 1997. – С. 37.
7. Фопель Клаус. Как научить детей сотрудничать. Психологические игры и упражнения / Клаус Фопель. – М.: «Генезис», 1999. – 263 с.
8. Zavadenko N. N. Diagnostika i differentsialnyy diagnostika sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu u detey / N. N. Zavadenko // Shkolnyy psiholog. – 2000. – # 4.
9. Lyutova E. K. Shpargalka dlya vzroslykh: Psikorrektsionnaya rabota s giperaktivnyim, agressivnyimi, trevozhnyimi i autichnyimi detmi / Lyutova E.K., Monina G.B. – М.: Genezis, 2000. – S. 132-134.
10. Monina G. Rabota s «osobym» rebenkom / G. Monina, E. Lyutova // Pervoe sentyabrya. – 2000. – # 10. – S.16-22.
11. Rassel Barkli L. Vash neposlushnyiy rebenok / Rassel Barkli L., Kristina Benton M. – S-Pb.: Piter, 2004. – 87 s.
12. Sirotyuk A. L. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu. Diagnostika, korrektsiya i prakticheskie rekomendatsii roditelyam i pedagogam / A. L. Sirotyuk. – М.: Sfera, 2002. – 167 s.
13. Slovar prakticheskogo psihologa / [Sost. S.Yu. Golovin]. – Minsk: Harvest, 1997. – S. 37.
14. Fopel Klaus. Kak nauchit detey sotrudnichat. Psihologicheskie igry i uprazhneniya / Klaus Fopel. – М.: «Genezis», 1999. – 263 s.

ТҮЙІН

О.В. Кривоногова, псих.ғ.к., әлеуметтік көмек, жалпы және медициналық психология кафедрасының доценті
Одесса ұлттық медицина университеті, Украина

ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУ ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ, БАЛАНЫҢ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ БҰЗЫЛУЫ ЖАҒДАЙЫНДА МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ МЕКЕМЕСІ

Мақаласында сипаттамасы келтіріледі кешенді психологиялық-педагогикалық сүйемелдеу іс-шаралар баланың мектеп жасына дейінгі гиперкинетическим бұзылуы, оның отбасы, сондай-ақ, мамандар жұмыс істейтін осы санаттағы мектеп жасына дейінгі балалар. Сипатталған тиімділігіне жүргізілген кешенді сүйемелдеу алғаннан көмегімен жүргізу психодиагностикалық зерттеу-лық үш топтағы сыналушылардың: мектеп жасына дейінгі балаларды гиперкинетическим бұзылуы, олардың ата-аналары және педагогтар.

Кілт сөздер: гиперкинетикалық бұзылуы, кешенді сүйемелдеу, психоэдыюкациясы, психокоррекциясы.

RESUME

O.V. Krivonogova, candidate of psychological Sciences, associate Professor of social assistance General and medical psychology
Odessa national medical University, Odessa, Ukraine
Odessa National Medical University, Ukraine

ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE CHILD WITH HYPERKINETIC DISORDERS IN CONDITIONS OF PRESCHOOL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

The article describes a complex psycho-pedagogical support activities. Provided in preschool children with hyperkinetic disorder, his family, as well as professionals working with this category of pre-school children. It is described efficient integrated support proved by conducting psychodiagnostic survey three groups of subjects: preschool children with hyperkinetic disorder, their parents and teachers.

Key words: hyperkinetic disorder, comprehensive support, psychoeducation, psychological correction.

УДК 616-056.83:613.816

Возный Д.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

РЕЗЮМЕ

В данной статье приведены результаты исследования эмоциональной сферы мужчин, страдающих алкоголизмом. После проведения исследования выявлены основные дезадаптивные характеристики данной категории больных, которые важно учитывать при проведении психофармакотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: алкогольная зависимость у мужчин, уровень невротизации, алекситимия, тревожность.

Постановка проблемы. Мужской алкоголизм – привычное явление для нашего общества, которое растет в арифметической прогрессии [5]. Известно, что злоупотребление алкоголем отрицательно влияет на здоровье, способствует развитию супружеских дисгармоний, неудовлетворительно сказывается на воспитании детей [7]. Теряется чувство ответственности перед государством и обществом, учащаются случаи правонарушений, нарушается трудовая дисциплина, снижаются производительность труда [6]. У алкоголиков заметно снижается половая функция [7].

При алкоголизме отмечаются различные дефицитные нарушения психической активности: резкое падение целенаправленной активности в социально значимой деятельности, равнодушие к ней, когнитивные дефициты, эмоциональное обеднение, алекситимия [1, 3, 8, 9]. Эти нарушения могут быть следствием длительной интоксикации психоактивными веществами, но в ряде случаев предшествуют заболеванию, определяют характер его течения [7, 10]. Особое внимание исследователи обращают на снижение эмоциональной активности.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 296 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью в возрасте от 28 до 60 лет, которые проходили лечение от алкогольной зависимости 2 и более раз. Все обследованные лица были разделены на 2 группы методом слепой рандомизации.

В исследовании использовали психодиагностический метод. Для определения состояния эмоциональной сферы мы использовали следующие психодиагностические тестовые методики: опросник Дж.Тейлор, опросник экспресс-диагностики невроза Хека-Хесса, Торонтскую алекситимическую шкалу [2, 4].

Результаты исследования и их обсуждение.

Определение уровня тревожности проводилось с помощью методики Дж.Тейлора (таблица 1).

Таблица 1- Распределение исследованных больных по уровню тревоги

| Уровень тревоги | ОГ, n=172 | | ГП, n=124 | |
|---|-----------|-------|-----------|-------|
| | n | % | n | % |
| очень высокий уровень тревоги | 17 | 9,88 | 13 | 10,48 |
| Высокий уровень тревоги | 56 | 32,56 | 41 | 33,06 |
| Средний уровень (с тенденцией к высокому) | 83 | 48,26 | 59 | 47,58 |
| Средний уровень(с тенденцией к низкому) | 11 | 6,40 | 8 | 6,45 |
| низкий уровень тревоги | 5 | 2,91 | 3 | 2,42 |

Данные таблицы свидетельствуют о том, что большинство мужчин страдающих алкоголизмом исследуемых групп имеют средний (с тенденцией к высокому) (ОГ – 48,26%; ГП – 47,58%) и высокий уровни тревоги (ОГ – 32,56%; ГП – 33,06%). Категории высокотривожных лиц были склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выражено. Только 2,91% мужчин ОГ и 2,42% ГП характеризовались низким уровнем тревоги.

Следующей психоэмоциональной характеристикой, которую определяли у мужчин, страдающих алкоголизмом, был уровень невротизации (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение исследованных больных по уровню невротизации

| Уровень невротизации | ОГ, n=172 | | ГП, n=124 | |
|---|-----------|-------|-----------|-------|
| | n | % | n | % |
| высокий уровень (большая вероятность возникновения невроза) | 157 | 91,28 | 113 | 91,13 |
| низкий уровень (отсутствие вероятности возникновения невроза) | 15 | 8,72 | 11 | 8,87 |

Полученные данные свидетельствуют преимущественно о высоком уровне невротизации у мужчин страдающих алкоголизмом (ОГ – 91,28 %; ГП – 91,13 %). Высокий уровень свидетельствовал о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего у пациентов появлялись негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, раздражительность, растерянность), трудности в общении, социальный страх и зависимость, а также личностная направленность, что приводило к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках.

Низкий уровень невротизации мы отмечали у 8,72 % больных алкоголизмом мужчин ОГ и 8,87 % ГП, он свидетельствовал о эмоциональной устойчивости, позитивном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм), инициативности, чувстве собственного достоинства, независимости, социальной смелости, легкости в общении.

Следующей психоэмоциональной характеристикой, которую определяли в рамках исследования, был уровень алекситимии (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение исследованных больных по уровню алекситимии

| Уровень риска | ОГ, n=172 | | ГП, n=124 | |
|---------------|-----------|-------|-----------|-------|
| | n | % | n | % |
| Алекситимия | 160 | 93,02 | 115 | 92,74 |
| Неалекситимия | 12 | 6,98 | 9 | 7,26 |

93,02 % мужчин ОГ и 92,74 % ГП была характерна алекситимия. Алекситимическая личность характеризовалась трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствовала бедность фантазии, воображения, сфокусированность на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывали трудности данной категории больных в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что приводило к усилению физиологических реакций на стресс.

ВЫВОДЫ.

1. В результате проведенного психодиагностического исследования выявлены следующие дезадаптивные психоэмоциональные характеристики больных двух групп исследования: высокий и средний (с тенденцией к высокому) уровни тревоги, высокий уровень невротизации и алекситимия.

2. У мужчин страдающих алкоголизмом ОГ и ГП преобладали: высокий (ОГ – 32,56 %; ГП – 33,06 %) и средний (с тенденцией к высокому) (ОГ – 48,26 %; ГП – 47,58 %) уровни тревоги.

3. Большинству мужчин двух групп испытуемых был присущ высокий уровень невротизации (ОГ – 91,28 %; ГП – 91,13 %) и алекситимия (ОГ – 93,02 %; ГП – 92,74 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах: методическое пособие / под ред. Д. Б. Ереско. – СПб., 2005. – 25 с.
2. Альманах психологических тестов / [под ред. Р. Р. Римского]. – М., 1997. – 397 с.
3. Лапинский, Э.И. Алкоголизм. Аффективные расстройства в ремиссии. / Э.И. Лапинский // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – Одесса, 2006. – № 1. – С. 89-90.
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Райгородский Д. Я. – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
5. Попович В.В. Особенности психологического времени при хроническом алкоголизме / В.В. Попович, В.А. Москвин // Вопр. психологии. – 2002. – С.11-13.
6. Рахальский Ю.Е. Алкоголизм и эмоциональный стресс / Ю.Е. Рахальский // Актуальные вопросы наркологии. – Кишинев, 1986. – С. 139.

7. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Алкоголизм: Практическое пособие для врачей. / Ю.П. Сиволап – М.: Медицина, 2007. – 128 с.
8. Шичко Г.А. Алкогольная проблема в свете теории психологического программирования / Г.А. Шичко – 1990. – 81 с.
9. Davidson К.М. Comorbid depression and drinking outcome in those with alcohol dependence. / К.М. Davidson, I.M. Blackburn // Alcohol and Alcoholism. – 1998. – Vol. 33. – P. 482-487.
10. Schukit, M. Alcohol use disorders / M.A.Schukit – Lancet. 2009. – №7. – P.492-501.

ТҮЙІН

Возный Д.В.

Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса қаласы, Украина

ЗЕРТТЕУ ЭМОЦИОНАЛДЫҚ ЖАЙ-КҮЙІН ЗАРДАП ШЕГЕТІН ЕРЛЕР АЛКОГОЛЬ ТӘУЕЛДІ

Осы мақалада келтірілген зерттеу нәтижелері эмоционалдық ерлер, маскүнемдік. Зерттеу жүргізгеннен кейін анықталған негізгі дезадаптивті сипаттамалары осы санаттағы науқастар, олар ескеру маңызды өткізу кезінде психофармакотерапевтілік іс-шаралар.

Кілт сөздер: тәуелділік ерлер невротизация деңгейі, алекситимия, үрейлену.

SUMMARY

Vozniy D.V.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

THE EMOTIONAL STATE STUDY IN MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

In this article it is described the results of the emotional sphere of male persons with alcohol abuse study. After the study are identified the main maladaptive characteristics of these category of patients, which are important for conducting psychopharmacotherapy events.

Key words: alcohol dependence in men, the level of neuroticism, alexithymia, anxiety.

УДК 616.89-053.26:314

Баскина В.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

АННОТАЦИЯ

В результате психодиагностического исследования с помощью тестовых методик выявлены основные дезадаптивные характеристики женщин после перенесенного психотического эпизода, которые в свою очередь могут повлиять на эффективность комплексной психофармакотерапии.

Ключевые слова: психотическое расстройство, эмоциональная сфера, тревожность, депрессия, ощущение одиночества, самочувствие, агрессия.

Постановка проблемы.

В последнее время особенно актуальна необходимость комплексного мультифакторной подхода к изучению психических заболеваний [5].

Наличие психического заболевания сопровождается интенсивной психотравмирующей составляющей [3]. Вследствие определенных ограничений, связанных с лечением и влиянием на образ жизни низкой самооценки, трудностей в общении, то есть признаков, свойственных психотическим расстройствам, у некоторых лиц формируются определенные механизмы эмоциональной защиты, в результате чего больные отказываются проявлять свои чувства и избегают межличностных контактов [5].

Материалы и методы исследования.

После получения информированного согласия на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья» было обследовано 114 женщин с диагнозом психотический эпизод, вошедших в состав основной группы (ОГ). В качестве контрольной группы (КГ) было отобрано 62 условно здоровых женщин соответствующего возраста. В исследовании использовали психодиагностический метод. Для изучения состояния эмоционально-волевой сферы женщин, перенесших психотический эпизод, использованы следующие психодиагностические тестовые методики: опросник САН [1], методика Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина [2], «Опросник депрессивного состояния А.Т.Бека» (Beck Depression Inventory - BDI), опросник Басса-Дарки [4].

Результаты исследования и их обсуждение.

Определение уровней личностной и ситуативной тревожности женщин после перенесенного психотического эпизода проводилось по методике Спилбергера-Ханина (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение исследованных по уровню личностной и ситуационной тревожности

| Уровень | Личностная тревожность | | | | Ситуационная тревожность | | | |
|---------|------------------------|------------|----------|-------------|--------------------------|------------|----------|-------------|
| | ОГ, n=114 | | КГ, n=62 | | ОГ, n=114 | | КГ, n=62 | |
| | n | %±m | n | ±m | n | %±m | n | %±m |
| Высокий | 88 | 77,19±3,93 | 3 | 4,84±2,73* | 92 | 80,70±3,70 | 5 | 8,06±3,46* |
| Средний | 22 | 19,30±3,70 | 14 | 22,58±5,31 | 19 | 16,67±3,49 | 15 | 24,19±5,44 |
| Низкий | 4 | 3,51±1,72 | 45 | 72,58±5,67* | 3 | 2,63±1,50 | 42 | 67,74±5,94* |

Примечание: *– разница достоверна (p<0,05).

Данные таблицы 1 свидетельствуют о достоверном преобладании у женщин после перенесенного психотического эпизода высокого уровня тревожности, по сравнению с группой относительно здоровых женщин. Так, в ОГ высокий уровень тревожности отмечался в 77,19% случаев, тогда как в КГ данный показатель характеризовал 4,84% обследованных (p <0,05). Известно, что лица, которые относятся к категории высокотрещовных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности, мешает адаптации и социализации личности. Низкий уровень личностной тревожности достоверно чаще оказывался у здоровых исследуемых (72,58% КГ, 3,51% ОГ) (p <0,05).

Изучение уровня ситуационной или реактивной тревожности также определяют достоверную разницу между исследованными группами. Так, для обследованных ОГ наиболее характерным является высокий уровень ситуационной тревожности (80,70% человек), для большинства здоровых обследованных характерным был низкий уровень ситуационной тревожности (67,74%), разница между группами достоверна (p <0,05).

Следует отметить, что значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к проявлению состояния тревоги в ситуациях оценки собственной компетентности. Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности.

Следующей психоэмоциональной характеристикой, которую определяли у женщин после перенесенного психотического эпизода, была степень выраженности депрессивных тенденций с помощью методики BDI.

Таблица 2 - Распределение исследованных по уровню депрессии

| | ОГ, n=114 | | КГ, n = 62 | |
|--------------------------------------|-----------|------------|------------|--------------|
| | n | %±m | n | %±m |
| Отсутствие депрессивных симптомов | 2 | 1,75±1,23 | 62 | 100,00±0,00* |
| Легкая депрессия | 49 | 42,98±4,64 | 0 | 0,00±0,00 |
| Умеренная депрессия | 61 | 53,51±4,67 | 0 | 0,00±0,00 |
| Выраженная депрессия средней тяжести | 2 | 1,75±1,23 | 0 | 0,00±0,00 |
| Тяжелая депрессия | 0 | 0,00±0,00 | 0 | 0,00±0,00 |

Примечание: * - разница достоверна (p<0,05).

Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 2, для большинства женщин, которые перенесли психотический эпизод (ОГ), характерной была умеренная степень депрессии. Такие женщины отличались подавленностью настроения, у них объективно проявлялись заторможенность мыслительных и двигательных процессов, значительное снижение активности и работоспособности, снижение самооценки, потеря перспективы будущего и пессимистическая оценка прошлого, будущего и настоящего, потеря критического отношения к болезненному состоянию. У значительного количества обследованных отмечались суицидальные мысли (77,19%). У женщин, перенесших психотический эпизод, имеющих выраженный уровень депрессии, кроме вышеупомянутых депрессивных признаков, наблюдались суицидальные намерения и попытки (1,75%). Легкая степень депрессии, которая отмечалась у 42,98% исследованных ОГ, характеризовалась нерезким угнетением настроения, снижением активности и интересов, субъективным ощущением заторможенности мыслительных процессов.

Данные, полученные в результате изучения уровня ощущения одиночества, приведены в табл. 3.

Таблица 3 - Распределение обследованных по уровням ощущения одиночества

| Уровень одиночества | ОГ, n=114 | | КГ, n=62 | |
|---------------------|-----------|------------|----------|-------------|
| | n | %±m | n | %±m |
| Высокий | 96 | 84,21±3,42 | 0 | 0,00±0,00* |
| Средний | 16 | 14,04±3,25 | 3 | 4,84±2,73* |
| Низкий | 2 | 1,75±1,23 | 59 | 95,16±2,73* |

Примечание: * - разница достоверна (p<0,05).

Полученные данные свидетельствуют о явном превалировании высокого уровня ощущения одиночества у больных женщин, который выявлен в 84,21% случаев в ОГ. Средний уровень выраженности субъективного ощущения одиночества также достоверно более присущ женщинам после перенесенного психотического эпизода по сравнению с КГ. Так в ОГ средний уровень ощущения одиночества встречается у 14,04% пациентов, в КГ - лишь в редких случаях (4,84%). Низкий уровень ощущения одиночества является характерной чертой здоровых обследованных; он встречается почти у всех лиц КГ (95, 16%).

Следующими изученными психоэмоциональными характеристиками женщин были особенности самочувствия, активности, настроения, с помощью методики САН (табл. 4).

Таблица 4 - Уровни самочувствия, активности, настроения в группах обследованных

| Самочувствие, активность, настроение | ОГ, n=114 | | КГ, n=62 | |
|--------------------------------------|-----------|------------|----------|-------------|
| | n | %±m | n | %±m |
| Благоприятное состояние | 5 | 4,39±1,92 | 58 | 93,55±3,12* |
| Неблагоприятное состояние | 109 | 95,61±1,92 | 4 | 6,45±3,12* |

Примечания: * - разница достоверна (p<0,05).

Подавляющее большинство пациенток (ОГ), определили свое состояние по показателям самочувствие, активность, настроение как неблагоприятное (95,61%). В КГ наблюдались обратные

тенденции: благоприятное состояние по всем трем показателям отметили 93,55% обследованных (разница между группами достоверна; $p < 0,05$).

Следующей психоэмоциональной характеристикой женщин после перенесенного психотического эпизода, которая изучалась в рамках исследования, была агрессивность. А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды реакций: физическая агрессия - использование физической силы против другого лица; косвенная - агрессия, направлена на другое лицо или ни на кого не направлена; раздражение - готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость); негативизм - оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов; обида - зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия; подозрительность - в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред; вербальная агрессия - выражение негативных чувств как через форму (крик, вопль), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы); чувство вины - выражает возможную уверенность субъекта в том, что он является плохим человеком [7].

Женщинам после перенесенного психотического эпизода в значительно большей степени, чем для здоровых исследованных, характерными были проявления косвенной агрессии в виде подозрения, раздражительности. Вербальная агрессия почти в равной степени была характерна как для пациентов ОГ, так и для обследованных КГ.

Распределение обследованных женщин по индексам агрессивности и враждебности был следующим: в ОГ уровень агрессивности находился в пределах нормы и составлял 22,88 баллов; однако уровень враждебности в данной группе достигал почти максимального значения - 16,24 баллов. В КГ показатели по индексам находились в пределах нормативных.

ВЫВОДЫ

1. В результате проведенного исследования психоэмоциональной сферы женщин, перенесших психотический эпизод, выявлены следующие дезадаптивные характеристики: высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, наличие депрессивных тенденций, высокий уровень субъективного ощущения одиночества, проявления косвенной агрессии (подозрения, раздражительности, чувства).

2. Для большинства пациенток характерна умеренная степень депрессии (53,51%). При этом у значительного количества обследованных имелись суицидальные мысли (77,19%).

3. Подавляющее большинство пациенток после перенесенного психотического эпизода (ОГ), определили свое состояние по показателям самочувствие, активность, настроение как неблагоприятное (95,61%). В КГ наблюдались обратные тенденции: благоприятное состояние по всем трем показателям отметили 93,55% женщин (разница между группами достоверна; $p < 0,05$).

4. Женщинам, перенесшим психотический эпизод, в значительно большей степени, чем для здоровых обследованных, характерны проявления косвенной агрессии в виде подозрения, раздражительности. Вербальная агрессия почти в равной степени характерна как для пациентов ОГ, так и для обследованных КГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альманах психологических тестов / [под ред. Р. Р. Римского]. – М., 1997. – 397 с.
2. Анастизи А. Психологическое тестирование / Анастизи А. – М., 2005. – 688 с.
3. Вид В. Д. Качество жизни психически больных: от теории к практике / В. Д. Вид // Материалы междунар. науч.-практ. конф. «Психическое здоровье в гражданском обществе». – Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2006. – С. 79-81.
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Райгородский Д. Я. – Самара: «Бахрах-М», 2002. – 672 с.
5. Сторожакова Я. А. Перший психотичний епізод: клініко-соціальні та організаційні аспекти / Я.А. Сторожакова, О.Е. Холодова // Соціальна й клінічна психіатрія. - 2000. - Т.10 № 2. - С. 74-80.

ТУЙІН

Баскина В.В.

Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса, Украина

ПСИХОЭМОЦИОНАЛДЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ ӘЙЕЛДЕР ШАЛДЫҚҚАННАН КЕЙІН ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОД

Нәтижесінде психодиагностикалық зерттеу көмегімен тест әдістемелері анықталған негізгі дезадаптивне сипаттамалары әйелдер шалдыққаннан кейін психотического эпизод, олар, өз кезегінде, әсер етуі мүмкін тиімділігі кешенді психофармакотерапии.

Ключевые слова: психотикалық бұзылуы, эмоционалдык саласы, үрейлену, депрессия, жалғыздық сезімін, көңіл-күйі, агрессия.

SUMMARY

Baskina V. V.

Odessa national medical University, Odessa, Ukraine

PSYCHO-EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF WOMEN AFTER PSYCHOTIC EPISODE

With the help of psychological test methods it is identified the main maladaptive characteristics of women after psychotic episode as a result of psycho-diagnostic studies. It was found that these characteristics may affect the efficiency of complex pharmacotherapy.

Key words: psychotic disorder, emotional sphere, anxiety, depression, loneliness, mood, aggression.

УДК 616.89-008.454-055

Волощук Д. А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

АННОТАЦИЯ

В статье анализируются различные взгляды на проблему неврологических и психических нарушений эмоционального, волевого, поведенческого и социального спектра больных сосудистой деменцией. Автор приводит аспекты дифференциальной диагностики сосудистой деменции и болезни Альцгеймера.

Ключевые слова: сосудистая деменция, когнитивные нарушения, амнезия, ядро личности, социальная дезадаптация.

Сосудистая деменция (СД) - это прогрессирующее, острое или хроническое снижение когнитивных функций, которое вызвано сосудистой патологией головного мозга различной степени тяжести и приводит к нарушению социальной адаптации. При этом ее отличительной чертой является сочетание проявлений деменции с различными неврологическими симптомами (парезы, нарушение статики, координации, чувствительности, функции тазовых органов и т.д.) [1, 2].

Сосудистая деменция является следствием многочисленных церебральных инфарктов, осложненных гипертонических кризов, острой и хронической сосудистой недостаточности, сопровождающей экстрацеребральные заболевания сердечно-сосудистой системы [3]. Сосудистая деменция характеризуется как лакунарная, при которой сохраняется ядро личности, но нарушаются память, внимание, появляется чрезмерная эмоциональная лабильность, туго подвижность мышления [4].

Изложение материала

К факторам риска развития сосудистой деменции относятся: возраст старше 60 лет, артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, сахарный диабет, дислипидемия, болезни сердца (фибрилляция предсердий, ИБС, пороки сердца), болезни периферических сосудов, курение, негроидная и азиатская расы, наследственность и другие. Интересно отметить, что к предполагаемым факторам риска относят низкий образовательный уровень и профессия рабочего. Более высокий

уровень образования может отражать большие способности и резервы мозга, отодвигая, таким образом, во времени начало когнитивных расстройств [5].

Более редкими причинами могут быть такие заболевания как ревматизм, сифилис и другие воспалительные заболевания сосудов. В настоящее время, в связи с развитием генетических исследований, к причинам сосудистой деменции присоединилась мозговая аутосомно-доминантная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией, которая вызывает генетическую форму сосудистой деменции [6].

Для деменции с острым началом характерно возникновение когнитивных нарушений на протяжении первого месяца (но не более трех месяцев) после первого или повторного инсульта. Мультиинфарктная сосудистая деменция является преимущественно корковой, она развивается постепенно (в течение 3-6 месяцев) после серии малых ишемических эпизодов. При мультиинфарктной деменции происходит «аккумуляция» инфарктов головного мозга [7].

Для субкортикальной формы сосудистой деменции характерно наличие артериальной гипертензии и поражения глубинных отделов белого вещества полушарий головного мозга. Субкортикальная деменция часто напоминает деменцию при болезни Альцгеймера [8].

Всем пациентам с сосудистой деменцией характерны: замедление, ригидность всех психических процессов и их лабильность, сужение круга интересов. У больных отмечают снижение когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, ориентирования и т.п.) и трудности при выполнении функций в повседневной жизни и быту (обслуживание себя, приготовление пищи, покупки, заполнение финансовых документов, ориентирование в новой обстановке и т.д.), эмоциональные волевые расстройства, астеническая симптоматика, потеря социальных навыков, адекватной оценки своего заболевания [9,10].

Среди когнитивных нарушений в первую очередь следует отметить расстройства памяти и внимания, которые отмечаются уже на этапе начальной сосудистой деменции и неуклонно прогрессируют. Первые симптомы и жалобы пациентов с сосудистой деменцией касаются именно состояния памяти. Легкая форма деменции сопровождается умеренными нарушениями памяти, в основном они связаны с событиями, которые происходили в недавнем прошлом. Случаи более тяжелого течения деменции сопровождаются содержанием в памяти только предварительно заученного материала. Последние стадии заболевания могут сопровождаться забыванием имен родственников, своего рода деятельности и имени, проявляется это в форме личностной дезориентации. Нарушение памяти проявляется главным образом при обучении: осложнения при запоминании слов, визуальной информации, приобретение новых двигательных навыков. В основном страдает активное воспроизведение материала. Кроме этого не исключаются конфабуляции, которые подразумевают под собой ложные воспоминания [11, 12, 13].

Определяется выраженное сужение объемов произвольного внимания, значительные нарушения его функций - концентрации, распределения, переключения. При сосудистой деменции синдромы нарушения внимания носят модально-неспецифический характер и нарастают по мере прогрессирования цереброваскулярной недостаточности [14].

На более поздних стадиях могут развиваться нарушения мышления. Они затрагивают процессы обобщения - исключение, абстрактное мышление, способности планировать и организовывать свою деятельность, мышление становится конкретным, вязким, излишне детализированным. Больные некритически оценивают свое поведение и поступки, становятся оскорбительными, неадекватными и нелогичными в оценках происходящего [15, 16].

Выявляются различные речевые расстройства, расстройства чтения и письма. Наиболее часто имеются признаки семантической и амнестической форм афазии. На этапе начальной деменции эти признаки определяются только при проведении специальных нейропсихологических проб. Речь больных сосудистой деменцией становится бедной, замедленной по темпу, с элементами номинативной афазии (трудности быстро вспомнить название предметов, имена). При очаговых поражениях в соответствующих областях коры головного мозга возникают и другие типы афазий (моторная, сенсорная, амнестическая), возможные агностические и апрактические нарушения [8, 12].

Эмоционально-волевые расстройства тесно связаны с личностными изменениями больных сосудистой деменцией. Ядро личности у больных сосудистой деменцией сохраняется независимо от глубины патологического процесса. В зависимости от прошлых индивидуальных особенностей больные могут выглядеть чрезмерно тревожными, подозрительными, скупыми и т.д. [17, 18].

Астенический синдром при сосудистой деменции сочетается с лабильностью психических процессов и флюктуацией интеллектуально-мнестических функций. Более чем у половины больных с сосудистой деменцией наблюдается так называемое эмоциональное недержание (малодушие,

наильственный плач), у части больных - депрессия. Возможно развитие аффективных расстройств, психотической симптоматики [19, 20].

Кроме этого у больных с сосудистой деменцией есть и неврологические проявления: пирамидный, подкорковый, псевдобульбарный синдромы, парезы мышц конечностей, чаще негрубые нарушения походки по типу апраксико-атактический или паркинсонический.

Нередко наблюдаются пароксизмальные состояния - падения, эпилептические приступы, синкопальные состояния [21].

Именно сочетание когнитивных и неврологических нарушений отличает сосудистую деменцию от болезни Альцгеймера [22]. В отличие от болезни Альцгеймера сосудистая деменция редко достигает степени глубокого тотального распада психики. В своем течении сосудистая деменция может сочетаться с другими психопатологическими и неврологическими расстройствами (спутанность, нарушения высших корковых функций, очаговые неврологические симптомы, эпилептические припадки). Причем эти нарушения в отличие от болезни Альцгеймера могут возникнуть на ранних этапах болезни [19,20].

Сосудистой деменции присущи длительные периоды стабилизации и даже обратного развития мнестико-интеллектуальных нарушений, и поэтому степень ее выраженности колеблется в ту или иную сторону, что часто коррелирует с состоянием мозгового кровотока [13].

На фоне облигатной симптоматики сосудистой деменции нередко возникают психические и поведенческие нарушения. Прежде всего состояния спутанности сознания различной продолжительности [2].

Бредовые расстройства также часто встречаются при сосудистой деменции. Клиническая картина таких расстройств представлена ложными идеями «малого размаха», идеями ущерба, обкрадывания, ревности. Возможны галлюцинаторно-ложные, шизофреноподобные психозы [16].

Выводы

Сосудистая деменция характеризуется снижением когнитивных функций и сочетается с нарушениями неврологического профиля.

Больным сосудистой деменцией характерны: снижение когнитивных функций, трудности при выполнении функций в повседневной жизни и быту, волевые расстройства, астеническая симптоматика, потеря социальных навыков, отсутствие критичной оценки своего заболевания.

Нарушения памяти проявляются преимущественно при обучении, последние стадии сопровождаются личностной дезориентацией, встречаются конфабуляции.

Больным присущи речевые расстройства в виде семантической и амнестической форм афазий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варакин Ю.Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга. Очерки ангионеврологии / под ред. З.А. Суслиной. – М.: Атмосфера, 2005. – С. 66-83.
2. Дамулин И.В. Сосудистая деменция / И.В. Дамулин // Неврол журн. – 1999. – № 3. – С. 4-11.
3. Медведев А.В. Сосудистая деменция / А.В. Медведев // Совр. Психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 20-23.
4. Рання діагностика психічних захворювань / [С. Ф. Бажин, А. Білікевіч, В. М. Блейхер і ін .]; за заг. ред. В.М. Блейхера, Г.Л. Воронкова, В.Л. Иванова. – Київ: Здоров'я, 1989. – 288 с.
5. Факторы риска развития деменции / [C.D. McCullagh, D. Craig, S.P. McIlroy, P. Passmore] // Обзор современной психиатрии. – 2001. – № 4 (12). – С. 71-73.
6. De Carly C. Vascular factors in dementia: an overview / C. De Carly // J. Neurol. Sci. – 2004. – Vol. 226, № 1/2. – P. 19-23.
7. Парфенов В.А. Деменция / В.А. Парфенов // Клинич. геронтология. 2006. – Т. 12. – №11. – С. 3-10.
8. Чухловина М.Л. Деменция. Диагностика и лечение / М.Л. Чухловина. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
9. Дробижев М.Ю. Сосудистая деменция в общей медицине (аспекты эпидемиологии, бремени болезни, терапии) / М.Ю. Дробижев, Е.А. Макух, А.И.Дзантиева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8. – № 5. – С. 16-20.
10. Огибалова Т.Ю. Аффективные расстройства при сосудистой деменции / Т.Ю. Огибалова // Клинические науки : материалы юбил. науч. Сессии 2006 г. – Пермь : ГОУ ВПО «ПГМА им. Е. А. Вагнера Росздрава», 2006. – Т.2. – С. 361-362.

11. Дамулин И.В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза: клинические и терапевтические аспекты. / И.В. Дамулин // Трудн. пациент. – 2006. – Т.4. – №7. – С. 53-58.
12. Преображенская И.С. Сосудистые когнитивные расстройства: клинические проявления, диагностика, лечение / И.С. Преображенская, Н.Н. Яхно // Неврол журн. – 2007. – №12 (5). – С. 45-50.
13. Aging, memory and mild cognitive impairment / [R.S. Petersen, G.E. Smith, S.C. Waring et al] // Int. Psychogeriatr. – 1997. – Vol. 9. – P. 37-43.
14. Bowler J.V. Vascular cognitive impairment / J.V. Bowler // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2005. – Vol. 76, Suppl. 5. – P. 35-44.
15. Лурия А.Р. Речь и мышление / А.Р. Лурия. – М., 1996. – с. 167- 172.
16. Маркин С.П. Нарушение когнитивных функций во врачебной практике: [методическое пособие] / С.П. Маркин. – Воронеж, 2008 – 42 с.
17. Гаврилова С.И. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / С.И. Гаврилова, О.С. Левин. – М. : «МЕДпресс-информ», 2010. – с. 176-193.
18. Дамулин И.В. Деменции: некоторые аспекты диагностики и лечения / И.В. Дамулин. – М., 2007. – 346 с.
19. Ефремов А.И. Депрессивные расстройства у пожилых лиц, перенесших мозговой инсульт / А.И. Ефремов, П.И. Ли // Акт. вопросы наркологии, психиатрии, психологии в республике Саха (Якутия). – Якутск, 2005. – С. 164-165.
20. Cornell Scale for depression in dementia / [G. Alexopoulos, R. Abrams, R. Young et al.] // Biological Psychiatry. – 1988. – Vol. 23. – P. 271-284.
21. Leys D. Poststroke dementia / D. Leys // Lancet Neurology. – 2005. – Vol. 4. – P. 752-759.
22. Гаврилова С.И. Болезнь Альцгеймера: современные представления о диагностике и терапии [Электронный ресурс] / С.И. Гаврилова. – Режим доступа к статье: www.rmj.ru/articles/2880.htm.

ТҮЙІН

Волощук Д. А.

Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса, Украина

МЕДИЦИНАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ НАУҚАСТАРДЫҢ ТАМЫР ДЕМЕНЦИЕЙ

Мақалада әр түрлі көзқарастарын білдірді неврологиялық және психикалық бұзушылықтар эмоционалдық, ерік-жігер, мінез-құлық және әлеуметтік спектрін науқастардың тамыр деменцией. Автор әкеледі аспектілері дифференциалды диагностика тамыр деменцияға және Альцгеймер ауруы.

Кілт сөздер: қан тамырлы деменция, когнитивті бұзылуы, амнезия, ядро жеке тұлғаның, әлеуметтік бейімсіздік.

SUMMARY

Voloshchuk D. A.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

The article analyzes the different views on the issue of neurological and psychiatric disorders emotional, volitional, behavioral and social spectrum of patients with vascular dementia. The author gives aspects of the differential diagnosis of vascular dementia and Alzheimer's disease.

Key words: vascular dementia, cognitive impairment, amnesia, the core of the personality, social maladjustment.

УДК: 615.917:612.015.32 – 611.43 – 618.29

Тулеметов Сабыржан Каликович, кандидат мед. наук, доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Ташкентского государственного стоматологического института МЗ Узбекистана, г. Ташкент, Республика Узбекистан, E.mail : Tulemetov12@mail.ru

Акрамова Махфуза Юлдашевна, ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института МЗ Узбекистана, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Ахадова Зиёда Абдувалиповна, ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института МЗ Узбекистана, г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Исаева Нилуфар Зубидуллаевна, ассистент кафедры анатомии человека Ташкентского педиатрического медицинского института МЗ Узбекистана, г. Ташкент, Республика Узбекистан.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПИРЕТРОИДАМИ

АННОТАЦИЯ

В работе изучено влияние длительного воздействия малых доз ламбда-цигалотрина (ЛЦТ) на состояние тироидных гормонов (ТГ): тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), а также тироид-стимулирующего гормона (ТТГ) беременных крыс и их потомства. До беременности у крыс самок воздействие ЛЦТ в течение 30 дней приводило лишь к незначительному снижению уровня ТГ, однако при этом достоверно повышалась концентрация ТТГ. В отличие от этого воздействие ЛЦТ у беременных, и особенно, у лактирующих крыс самок, а также у их потомства приводило к выраженному снижению уровня ТГ при значительном повышении уровня ТТГ. Таким образом, ЛЦТ обладает достаточно выраженным тироид-разрушающим эффектом у беременных и его воздействие создает определенный риск для дальнейшего роста и развития организма потомства.

Ключевые слова: ламбда-цигалотрин, гормоны щитовидной железы, беременность, потомство.

Введение

Уже более два десятилетия в мировой литературе используется термин «эндокрин-разрушающие химикаты или эндокрин-разрушители (endocrine-disrupting chemicals, EDC, or endocrine disruptors, EDs), принятый агентством по охране окружающей среды США в 1991 году [7]. Этот термин объединяет все химические вещества, которые в организме человека и животных изменяют процессы синтеза, секреции, транспорта, метаболизма естественных гормонов и тем самым приводят к нарушению гормонального гомеостаза [10]. Эндокрин-разрушающим действием обладают и многие пестициды, в том числе и последних поколений, а также бытовые химикаты и некоторые лекарственные препараты.

Известно более ста пестицидов, из которых около 80% составляют широко используемые инсектициды и фунгициды, оказывающие то или иное эндокрин-разрушающее действие [14]. Эндокрин-разрушающее действие большинства пестицидов обусловлено с их способностью, связаться с рецепторами гормона. В частности, EDC могут связывать и активировать рецепторы различных гормонов (андроген рецептор (АР), эстроген рецептор (ЭР) и другие), а затем имитировать действие естественного гормона (агонистное действие). В других случаях EDC также могут связаться с этими рецепторами, но только без активации. Напротив, при этом EDC блокирует рецепторы к гормону и препятствует действию естественных гормонов (антагонистное действие). И наконец, EDC может также нарушать процессы, связанные с синтезом, транспортом, метаболизмом и утилизацией гормонов, тем самым снижая концентрацию естественных гормонов [13].

Показано, что многие пестициды класса пиретроидов (циперметрин, перметрин, фенвалерат, тетраметрин и др.), являются потенциальными эндокрин-разрушающими веществами и оказывают отрицательное влияние на репродуктивную и иммунную систему животных и человека [15]. Одним из распространенных представителей пиретроидов является ламбда-цигалотрин (ЛЦТ), который, как высокоэффективный инсектицид даже при малых дозах, широко используется в быту, сельском хозяйстве и здравоохранении во всем мире.

Однако, эндокринноразрушающее действие ламбда-цигалотрина стало выявляться сравнительно недавно и сообщения об этом относительно немногочисленны. Было показано, что ЛЦТ в

определенных дозах нарушает процесс сперматогенеза у крыс самцов, что может быть связано с нарушением гормональной регуляции репродуктивной функции у мужчин [11]. M.I.Yousef [19], выявил что ЛЦТ нарушает гормональную регуляцию мужской репродуктивной системы у кроликов самцов и продемонстрировал высокую эффективность витамина Е при устранении этих изменений. Если эндокрин-разрушающее действие ламбда-цигалотрина на репродуктивную систему можно считать доказанным, то действие ЛЦТ на гипоталамо-гипофизарно-тироидную ось остается еще до конца не ясным.

В опытах на взрослых крысах было показано, что достаточно высокие дозы ЛЦТ приводят к выраженному снижению концентрации тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), что сопровождалось повышением уровня тиротропного гормона (ТТГ) [4]. Характерно, что ЛЦТ способствовал также снижению соотношения Т4/Т3, чего не наблюдалось при использовании других пестицидов. При воздействии сублетальных концентраций ЛЦТ в течение 45 дней у рыб также обнаружено снижение уровня тиреоидных гормонов и тестостерона, что сопровождалось повышением уровня кортизола [16].

Следует отметить, что все исследования действия ЛЦТ на тироидную функцию были проведены на взрослых особях и с использованием относительно высоких доз этого пиретроида. Вместе с тем, организм животных и человека обладает наибольшей чувствительностью к действию пестицидов в эмбриональном и раннем постнатальном периодах жизни [6]. Причем, отрицательное влияние этого воздействия могут проявляться не сразу, а спустя долгие годы, уже во взрослом организме [14]. В настоящее время считается, что воздействие эндокрин-разрушающих химикатов во внутриутробном или раннем детском периоде играет большую роль в патогенезе многих заболеваний, таких как ожирение, атеросклероз, гипертоническая и ишемическая болезни, рак, репродуктивная патология и другие [21]. Кроме того, в реальной жизни организм, в том числе беременных женщин и детей, чаще всего подвергается длительному воздействию малых доз пестицидов или их метаболитов [18]. К сожалению, эндокрин-разрушающий эффект ЛЦТ при воздействии во внутриутробном и в раннем постнатальном периоде все еще остается практически невыясненным. Исходя из изложенного, мы в настоящей работе изучали влияние длительного воздействия малых доз ламбда-цигалотрина на состояние тироидной функции беременных крыс самок и их потомства.

Материал и методы

Ламбда-цигалотрин в виде 10% концентрата эмульсии (коммерческое название «титан») получили из совместной Узбекско-Германской компании «ЕвроТем». Опыты проводились на белых взрослых девственных крысах самок Вистар массой тела 150-170 г, половозрелые крысы самцы использовались только для оплодотворения. Все крысы содержались в условиях регулируемой температуры ($22\pm 3^{\circ}$ С) и влажности с 12 часовым день-ночь циклом. Животные находились на обычном лабораторном рационе питания и воду получали без ограничений.

Крысы были акклиматизированы в течении одной недели перед опытами. Затем крысы самки были разделены на две группы по 45 крыс в каждой. Первой группе крыс (обработанной) вводили через рот с использованием зонда разбавленный в физиологическом растворе ламбда-цигалотрин из расчета 8 мг/кг/ежедневно. Это соответствовало 1/100 части от ЛД50 препарата. Вторая группа (контрольная) таким же способом получала такой же объем стерильного физиологического раствора. Введение ЛЦТ не прекращалось вплоть до окончания опытов. На 31 день опытов самки обеих групп соединялись с самцами для оплодотворения. Наступление беременности контролировали по наличию сперматозоидов во влагалищных мазках. После наступления беременности самки отделены от самцов и помещены в отдельные клетки для дальнейших исследований. Часть беременных самок обеих групп были умерщвлены на 14 и 21 дни (ГД 14 и ГД 21) беременности под легким эфирным наркозом. Другие крысы были умерщвлены таким же способом на 14 и 21 дни (ЛД 14 и ЛД 21) после родов. Потомство от обработанных ЛЦТ самок по количеству и размерами существенно не отличалось от контроля. Отмечено лишь некоторое запоздалое открывание глаз и отлипания ушей по сравнению с контролем. Потомство от обеих групп животных было умерщвлено на 7, 14, 21 и 30 дни после рождения, также под легкой анестезией эфиром.

После умерщвления кровь собирали в сухие стерильные пробирки без антикоагулянтов и полученную сыворотку крови использовали для определения концентрации гормонов. Тироксин (Т4), трийодтиронин (Т3) и тиротропный гормон (ТТГ) в сыворотке крови определяли методом иммуно-ферментного анализа с использованием специальных наборов компании «Human» (Germany) и спектрофотометра «Singl» (Germany). Тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3) выражали в нг/мл, а тиротропный гормон (ТТГ) выражали в МЕ/л.

Расчет и статистический анализ проводился с использованием статистического пакета для Window`s. Все данные были представлены как среднее \pm стандартное отклонение (СО). Все цифровые данные обрабатывали по критериям Фишера-Стьюдента; достоверными считались различия, удовлетворяющие $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Полученные данные показали, что беременность, и особенно лактация, само по себе приводят к прогрессивному увеличению Т4 и Т3. У небеременных крыс самок, получивших в течение месяца ЛЦТ, концентрация этих гормонов снижалась незначительно и достоверно не отличалась от контроля. Следовательно, 30 дневное воздействие низких доз ЛЦТ еще не вызывает выраженного гипотиреоза у небеременных крыс. Тем не менее, даже небольшое снижение Т4 и Т3 у этих животных сопровождалось увеличением концентрации тиротропина. С наступлением беременности у получивших ЛЦТ крыс развился отчетливый гипотиреоз. На 14 и 21 дни гестации концентрация обеих Т4 и Т3 была достоверно низкой по сравнению с контролем. Особенно большое различие между обработанными и контрольными крысами обнаружено на 14 и 21 дни лактации. В эти дни концентрация Т4 и Т3 у обработанных ЛЦТ крыс в 1,3 – 1,4 раза снижалось по сравнению с контролем. Концентрация тиротропина в обеих группах крыс прогрессивно повышалась от беременности до лактации. Однако, уровень этого гормона у ЛЦТ обработанных крыс во все дни беременности и лактации значительно превышал соответствующие показатели контрольной группы (табл. 1).

Воздействие ЛЦТ во внутриутробном периоде и через грудное молоко приводило к значительному нарушению тироидной функции у потомства. Концентрация обеих Т4 и Т3 во все сроки исследования у обработанных ЛЦТ крыс была достоверно снижена по сравнению с контролем. Наибольшее различие в концентрациях гормонов выявлено на 14 и 21 сутки лактации, когда уровень гормонов у ЛЦТ введенных крыс было уменьшено более чем в 1,3 раза по сравнению с контролем. На 30 день постнатального периода концентрация Т4 и Т3 у ЛЦТ обработанных крыс продолжало оставаться значительно ниже контрольных показателей. Определение концентрации тиротропного гормона показало прогрессивное его увеличение во все дни исследования. Максимальное повышение (в 1,7 раза по сравнению с контролем) обнаружено на 30 сутки после рождения (табл. 2).

Наше исследование показало постепенное увеличение уровней тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3) и тиротропного гормона у всех крыс самок в периоды беременности и лактации. Известно, что при беременности потребность в тироидных гормонах (ТГ) возрастает на 30-50% и щитовидная железа должна справиться с этой возросшей потребностью (Ахмед, 2011). Это состояние может быть отражением повышения передачи тироидных гормонов (ТГ) от беременных самок к их плодам и/или более эффективной продукции ТГ щитовидной железой после рождения [9]. Постепенное повышение уровня ТТГ необходимо для развития щитовидной железы в этот чувствительный эмбриональный период [2]. Полученные нами данные подтверждают мнение, что нормальное функционирование гипоталамо-гипофизарно-тироидной оси материнского организма является необходимым условием для естественного развития щитовидной железы эмбриона и для предотвращения различных нарушений в постнатальном периоде. Предполагается, что ТТГ также может играть значительную роль в регуляции роста и развития организма в целом, оказывая взаимодействие на функцию гормона роста [3].

По нашим данным, длительное воздействие малых доз ЛЦТ оказало неодинаковое влияние на тироидную функцию беременных и небеременных самок крыс. Нами выявлено, что у небеременных самок крыс воздействие ЛЦТ в течение 30 дней приводило к незначительному снижению уровня ТГ, однако при этом достоверно повышалась концентрация ТТГ. В отличие от этого воздействие ЛЦТ у беременных, и особенно, у лактирующих крыс самок приводило к выраженному снижению уровня ТГ при значительном повышении уровня ТТГ.

Таким образом, наши данные позволяют предположить об эндокрин-разрушающем, а более конкретно тироид-разрушающем эффекте длительного воздействия ЛЦТ в периоды беременности и лактации. Без сомнения, нехватка ТГ в материнском организме приводит к нарушениям роста и становления различных органов, прежде всего нервной и эндокринной систем в эмбриональном и раннем постнатальном периодах. К сожалению, данных о влиянии длительного воздействия ЛЦТ через материнский организм на постнатальный рост и развитие потомства мы в литературе не обнаружили. Однако в ряде работ показано, что гипотиреозидизм в материнском организме, вызванный действием токсических веществ окружающей среды из класса диоксинов приводит к развитию нейро-эндокринных нарушений у потомства [2].

Гипотиреозидизм в материнском организме при этом носил доза-зависимый характер, и прежде всего, сопровождался снижением концентрации ТГ и гормона роста у потомства, тогда как

уровень ТТГ значительно повышался [3]. W.G.Yu et al., [20] показали, что пренатальное и постнатальное воздействие перфлуорооктана сульфоната (ПФОС) вызывает развитие гипотиреоза как у матерей, так и у потомства. Авторы предполагают, что внутриутробное воздействие ПФОС и послеродовое его поступление в организм через материнское молоко является предметом серьезной озабоченности. Вместе с тем, не все пестициды при пренатальном воздействии приводят к нарушению функции щитовидной железы у потомства. Так, широко используемый инсектицид манкозеп из класса тиокарбаматов вызывал у беременных крыс выраженный гипотиреоз, в то время как вес, структура и функция щитовидной железы потомства оставались без особых изменений [5]. Нами установлено, что пренатальное и постнатальное воздействие низких доз ЛЦТ значительно нарушало тироидную функцию у потомства. Концентрация обоих Т4 и Т3 во все сроки исследования у потомства от получивших ЛЦТ крыс была достоверно снижена, а уровень ТТГ был значительно выше контроля.

Следовательно, ЛЦТ обладает достаточно выраженным тироид-разрушающим эффектом у беременных и его воздействие в эмбриональном и раннем постнатальном периодах создает определенный риск для дальнейшего роста и развития организма ребенка. Механизм тироид-разрушающего эффекта ЛЦТ, как и всех остальных пиретроидных пестицидов, еще окончательно не выяснен. Предполагается, что снижение уровня тироидных гормонов может быть результатом усиленного их клиренса печеночными ферментами [12], или же результатом прямого цитотоксического действия на щитовидную железу токсических продуктов перекисного окисления липидов [1]. Исследования G.Du et al., [8] показали, что пиретроиды, и особенно, их метаболит 3-феноксibenзойная кислота (3-ФБК), обладают антагонистными свойствами по отношению к рецепторам тироидных гормонов. Вероятно, правы C.Schmutzler et al., [17], считающие, что действие эндокрин-разрушающих веществ не вписывается в классическую схему гормон-зависимой регуляции и обратной связи. По их мнению, действие ЕДС связано со сложным мультицелевым и мультимодальным их влиянием на гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную ось. Таким образом, это очень интересная проблема требует дальнейших развернутых исследований, результаты которых могут помочь предотвратить неблагоприятные эффекты загрязнителей окружающей среды на тироидную функцию женщин и детей.

ВЫВОДЫ:

Ламбда-цигалотрин обладает достаточно выраженным тироид-разрушающим эффектом, который у небеременных крыс самок проявляется в незначительной степени. Наиболее выраженный тироид-разрушающий эффект ЛЦТ у крыс самок и их потомства проявляется в периоды беременности и лактации, что создает определенный риск для дальнейшего роста и развития организма ребенка.

Таблица 1- Уровень тироидных гормонов крыс в период беременности и лактации

| Гормоны | | Сроки исследования | | До беременности | 14 день гестации | 21 день гестации | 7 день лактации | 14 день лактации | 21 день лактации |
|-------------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | | Контроль | Цигалотрин | | | | | | |
| Т ₄ нг/мл | Контроль | 6,2±0,41 | 7,4±0,52 | 8,7±0,57 | 10,3±0,69 | 11,8±0,78 | 14,1±0,93 | | |
| | Цигалотрин | 5,8±0,35 | 6,1±0,56* | 6,3±0,29* | 7,4±0,45* | 8,7±0,51* | 10,3±0,52* | | |
| Т ₃ нг/мл | Контроль | 0,72±0,03 | 0,86±0,04 | 0,93±0,06 | 1,45±0,08 | 1,97±0,13 | 2,17±0,15 | | |
| | Цигалотрин | 0,64±0,05 | 0,68±0,07* | 0,73±0,05* | 1,02±0,06* | 1,37±0,1* | 1,55±0,12* | | |
| ТТГ МЕ/л | Контроль | 3,1±0,15 | 3,7±0,17 | 4,8±0,25 | 6,3±0,28 | 10,4±0,54 | 11,8±0,73 | | |
| | Цигалотрин | 4,0±0,22* | 5,92±0,3* | 8,16±0,5* | 9,9±0,57* | 15,8±0,9* | 17,4±1,02* | | |

* - здесь и далее различия достоверны по сравнению с контрольной группой, P<0,05

Таблица 2-Уровень тиреоидных гормонов потомства крыс в динамике постнатального онтогенеза

| Сроки исследования | | 7-й постна- тальный день | 14-й постна- тальный день | 21-й постна- тальный день | 30-й постна- тальный день |
|-------------------------|------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Гормоны | Контроль | 7,59±0,52 | 9,8±0,61 | 11,4±0,65 | 7,4±0,48 |
| | Цигалотрин | 6,2±0,32* | 7,6±0,41* | 8,7±0,53* | 5,3±0,29* |
| Т ₄ нг/мл | Контроль | 1,3±0,08 | 1,6±0,12 | 1,8±0,14 | 1,2±0,06 |
| | Цигалотрин | 0,92±0,06* | 0,97±0,05* | 1,2±0,07* | 0,75±0,04* |
| Т ₃ нг/мл | Контроль | 3,7±0,19 | 6,2±0,35 | 7,1±0,41 | 8,8±0,54 |
| | Цигалотрин | 5,4±0,34* | 8,7±0,48* | 11,7±0,63* | 14,7±0,72* |
| ТТГ МЕ/л | Контроль | 3,7±0,19 | 6,2±0,35 | 7,1±0,41 | 8,8±0,54 |
| | Цигалотрин | 5,4±0,34* | 8,7±0,48* | 11,7±0,63* | 14,7±0,72* |

ЛИТЕРАТУРА

1. Abdollahi M. Pesticides and oxidative stress: a review. / M.Abdollahi, A.Ranjbar, S.Shadina, S.Nikfar, A.Rezaie // *Medic. Sci. Monitor.* -2004. -Vol. 10. -P. 141-147.
2. Ahmed O.M. Effects of experimentally induced maternal hypothyroidism and hyperthyroidism on the development of rat offspring: I. The development of the thyroid hormones-neurotransmitters and adenosinergic system interactions / S.M.Abd El-Tawab, R.G.Ahmed // *Int. J. Dev. Neurosci.* -2010.-Vol. 28. -P. 437-454.
3. Ahmed R.G. Perinatal TCDD exposure alters developmental neuroendocrine system. / R.G.Ahmed // *Food Chem. Toxicol.* -2011. -Vol. 49. -P. 1276-1284.
4. Akhtar N. Insecticide-induced changes in secretory activity of the thyroid gland in rats / S.A.Kayani, M.M.Ahmad, M.Shahab // *J. Appl. Toxicol.* -1996. -Vol. 16. -P. 397-400.
5. Axelstad M. Exposure to widely used fungicide mancozeb causes thyroid hormone disruption in rat dams but no behavioral effects in the offspring / J.Boberg, Ch.Nellemann, M.Kiersgaard // *Toxicol. Sci.* -2011. -Vol. 120. -P. 439-446.
6. Birnbaum L.S. Cancer and developmental exposure to endocrine disruptors / S.E.Fenton // *Environ. Health. Perspect.* -2003. -Vol. 111. -P. 389-394.
7. Diamanti-Kandarakis E. [Endocrine-disrupting chemicals: an Endocrine Society scientific statement](#) / A.M.Soto, R.T.Zoeller, A.C.Gore // *Endocr. Rev.* -2009. -Vol. 30. -P. 293-342.
8. Du G. Assessing hormone receptor activities of pyrethroid insecticides and their metabolites in reporter gene assays / O.Shen, H.Sun, J.Fei, C.Lu, L.Song, Y.Xia, S.Wang, X.Wang // *Toxicol. Sci.* -2010. -Vol. 116. -P. 58-66.
9. El-Bakry A.M. Comparative study of the effects of experimentally induced hypothyroidism and hyperthyroidism in some brain regions in albino rats / A.W.El-Gareib, R.G.Ahmed // *Int. J. Dev. Neurosci.*, -2010. -Vol. 28. -P. 371-389.
10. [Hotchkiss A.K.](#) Fifteen years after "Wingspread"--environmental endocrine disruptors and human and wildlife health: where we are today and where we need to go / C.V.[Rider](#), C.R.[Blystone](#) // [Toxicol. Sci.](#) -2008. -Vol. 105. -P. 235-259.
11. Lebaili N. Exploration of the cytotoxic effects of an insecticide, lambda cyhalothrine, on sexual exocrine function in the white rat / L.Saadi, R.Mosbah, N.Mechri // *Commun. Agric. Appl. Biol. Sci.* -2008. -Vol. 73. -P. 883-889.
12. Leghait J. Fipronil-induced disruption of thyroid function in rats is mediated by increased total and free thyroxine clearances concomitantly to increased activity of hepatic enzymes / V.Gayard, N.Picard-Hagen, M.Camp, E.Perdu, P.L.Toutain, C.Viguié // *Toxicology.* -2009. -Vol. 255. -P. 38-44.
13. Mnif W. Endocrine xenoestrogens disrupters, molecular mechanisms and detection methods / A.Pillon, P.Balaguer, A.Bartegi, // *Therapie.* -2007. -Vol. 62. -P. 369-386.
14. Mnif W. Effect of Endocrine Disruptor Pesticides: A Review / A.I.Hassine, A.Bouaziz, A.Bartegi, O.Thomas, B.Roig // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* -2011. -Vol. 8. -P. 2265-2303.
15. Pine M.D. The pyrethroid pesticide fenvalerate suppresses the afternoon rise of luteinizing hormone and delays puberty in female rats / J.K.Hiney, B.Lee, W.L.Dees // *Environ. Health Perspect.* -2008. -Vol. 116. -P. 1243-1247.

16. Saravanan R. Lambda cyhalothrin induced alterations in *Clarias batrachus* / K.Revathi, P.B.Murthy // J. Environ. Biol. -2009. -Vol. 30. -P. 265-270.
17. Schmutzler C. Endocrine disruptors and the thyroid gland - a combined in vitro and in vivo analysis of potential new biomarkers / I.Gotthardt, P.J.Hofmann, B.Radovic // Environ. Health Perspect. - 2007. -Vol. 115. -P. 77-83.
18. Srivastava A. An epidemiological study of poisoning cases reported to the National Poisons Information Centre, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi / S.S.Peshin, T.Kaleekal, S.K.Gupta // Hum. Exp. Toxicol. -2005. -Vol. 24. -P. 279-285.
19. Yousef M.I. Vitamin E modulates reproductive toxicity of pyrethroid lambda-cyhalothrin in male rabbits // Food Chem. Toxicol. -2010. -Vol. 48. -P. 1152-1159.
20. Yu W.G. Prenatal and postnatal impact of perfluorooctane sulfonate (PFOS) on rat development: a cross-foster study on chemical burden and thyroid hormone system / W.Liu, Y.H.Jin, X.H.Liu, F.Q.Wang, L.Liu, S.F.Nakayama // Environ. Sci. Technol. -2009. -Vol. 43. -P. 8416-8122.
21. [Zoeller T.R.](#) Environmental chemicals targeting thyroid // [Hormones \(Athens\)](#). -2010. -Vol. 9. -P. 28-40.

ТҮЙІН

Тулеметов Сабыржан Каликович, м.ғ.к., доцент, оперативтік хирургия және топографиялық анатомия кафедрасы, Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты ДСМ Өзбекстан, Ташкент қ., Өзбекстан, E.mail: Tulemetov12@mail.ru

Акрамова Махфуза Юлдашевна, оперативтік хирургия және топографиялық анатомия кафедрасының ассистенті, Ташкент педиатрия медицина институты ДСМ Өзбекстан, Ташкент қ., Өзбекстан, Ташкент қ., Өзбекстан

Ахадова Зиёда Абдугалиповна, оперативтік хирургия және топографиялық анатомия кафедрасының ассистенті, Ташкент педиатрия медицина институты ДСМ Өзбекстан, Ташкент қ., Өзбекстан,

Исаева Нилуфар Зубидуллаевна, адам анатомиясының кафедрасының ассистенті, Ташкент педиатрия медицина институты ДСМ Өзбекстан, Ташкент қ., Өзбекстан

ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖАҒДАЙЫ ЖҮКТІ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ҰРПАҚТАРЫНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ УЛАНУ КЕЗІНДЕ ПИРЕТРОИДАМИ

Жұмысына әсері зерттелді ұзақ әсер ететін шағын доза ламбда-цигалотрина (ЛЦТ) жай-күйі тиреоидных гормондар (ТГ): тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), сондай-ақ тиреоид-ынталандыру гормон (ТТГ) жүкті егеуқұйрықтардың және олардың ұрпақтарының. Дейін жүкті егеуқұйрықтардың аналық әсері ЛЦТ 30 күн ішінде енуі тек аздап деңгейін төмендету ТГ, алайда, бұл анық жоғарылап ТТГ концентрациясы. Бұған карағанда әсері ЛЦТ жүкті әйелдерде, әсіресе, лактирующих егеуқұйрықтардың аналық, сондай-ақ олардың ұрпақтарының әкеліп соқты білдірген деңгейін төмендету ТГ кезінде айтарлықтай деңгейін арттыру, ТТГ. Осылайша, ЛЦТ ие жеткілікті айқын тиреоид-озон қабатын бұзатын әсері бар жүкті әйелдерде және оның ықпал жасайды белгілі бір тәуекел үшін одан әрі өсу мен даму ағзаның ұрпақ.

Кілт сөздер: ламбда-цигалотриннің, қалқанша без гормондары, жүктілік, ұрпақ.

SUMMARY

S.K.Tulemetov, PhD, associate Professor in the Department of operative surgery and topographic anatomy of the Tashkent state dental Institute of the MOH of Uzbekistan, e-mail : Tulemetov12@mail.ru

M.Yu.Akramova, assistant Professor of operative surgery and topographic anatomy of the Tashkent pediatric medical Institute (Ministry of health of Uzbekistan)

Z.A.Ahadova, assistant Professor of operative surgery and topographic anatomy of the Tashkent pediatric medical Institute (Ministry of health of Uzbekistan)

N.Z.Isayeva, assistant Professor of human anatomy Tashkent pediatric medical Institute (Ministry of health of Uzbekistan, Tashkent)

THE FUNCTIONAL STATE OF THE THYROID GLAND OF PREGNANT RATS AND THEIR OFFSPRING IN CHRONIC INTOXICATION PYRETHROIDS

In the present study we investigated the effects of prolonged exposure to low doses of lambda-cyhalothrin (LCT) on the state of thyroid hormones (TH): thyroxine (T4), triiodothyronine (T3), and thyroid

- stimulating hormone (TSH) of the pregnant rats and their offspring. Prior to pregnancy in female rats, effects of LCT for 30 days resulted in only a slight decrease in TH levels, but it significantly increased the concentration of TSH. In contrast, the impact of LCT in pregnant, and especially in lactating rats, and also their offspring have led to a marked reduction in TH levels with a significant increase in TSH levels. Thus, the LCT has a fairly pronounced thyroid - disrupting effects in the pregnant rats, and its impact creates a risk for further growth and development of the offspring.

Key words: lambda- cyhalothrin, thyroid hormones, pregnancy, offspring

УДК616-053070-1

Ашикбаева Б.М.

Клиника международного казахско-турецкого университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

АННОТАЦИЯ

Основы здоровья населения любой страны закладываются в наиболее ранние периоды жизни каждого нового поколения, поэтому охрана здоровья матери и ребенка занимает одно из первых мест в законодательстве и политике правительства. Снижение перинатальной заболеваемости и смертности является одной из главных задач здравоохранения. Внедренный алгоритм скринингового обследования беременных позволил снизить рождение ребенка с ВПР, что благоприятно сказывается на социальном и генетическом здоровье всего общества и популяции в целом.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, перинатология, пренатальная диагностика, скрининг.

Современные тенденции развития здравоохранения, направленные на наиболее эффективное использование ресурсов, внедрение новых медицинских технологий, значительное повышение качества лечебно-диагностического процесса, требуют постоянного структурного и организационного реформирования, в том числе диагностических служб. В этой связи особую актуальность приобретает повышение качества медицинской помощи населению в условиях дефицита материальных и финансовых средств[1].

Снижение заболеваемости и смертности плодов, сохранение жизни каждого жизнеспособного плода и новорожденного остается стратегической задачей службы охраны здоровья матери и ребенка. В этом контексте пренатальная диагностика врожденной и наследственной патологии, комплексное обследование плода с максимально точным прогнозом для жизни и здоровья являются необходимым элементом качественной помощи при беременности и родах[2].

Даже в случае выявления абсолютно неизлечимого заболевания или порока, несовместимого с жизнью, судьбу неродившегося ребенка должны решить только родители на основе полученной ими полной и объективной медицинской информации о заболевании и реальных возможностях его лечения[2,3].

Современный этап развития перинатологии располагает возможностью проводить исследования на аппаратах высочайшей разрешающей способностью с использованием доплерографии, цветного доплерографического картирования, трехмерной эхографии и кардиотахографии. При всем этом основная роль в диагностике ВПР отводится ультразвуковому исследованию (УЗИ). Диагностическая точность УЗИ по данным различных авторов составляет 68-86%[4,5].

Организация и проведение трехэтапного УЗИ всем беременным с ВПР является одной из первоочередных задач практикующего акушерства. Согласно Приказу МЗ РК №704 от 09.09.2010

«Об утверждении правил организации скрининга» начато внедрение программы пренатального генетического скрининга для раннего выявления генетической патологии плода.

Для анализа процесса пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода мы проанализировали работу отделения акушерства- гинекологии поликлиники и родильного дома клиники МКТУ г.Шымкента.

Таблица 1 - Определение частоты ВПР плода по УЗИ

| № | Наименование | 2013 год | 2014 |
|---|------------------------------|----------|-------|
| 1 | Всего УЗИ | 17549 | 15629 |
| 2 | УЗИ беременных | 10334 | 9805 |
| 3 | Беременность 10-14недель | 1486 | 1277 |
| 4 | Беременность 20-24недель | 1854 | 1245 |
| 5 | Беременность 30-34недель | 1719 | 1160 |
| 6 | Двойня | 73 | 49 |
| 7 | Замершая беременность | 324 | 331 |
| 8 | ВПР плода | 9 | 13 |
| 9 | УЗИ гинекологических больных | 6676 | 7729 |

В 2014 год в отделении акушерства- гинекологии поликлиники проведено 9805 УЗИ беременных, что на 529 эхографических исследований меньше по сравнению с 2013г., т.к.по перинатальному скринингу УЗИ беременных проводится дополнительно в КДБ ОПЦ № 4. При выявлении на УЗИ ВПР у плода беременная направляется на дообследование в ОКДМЦ и при подтверждении ВПР у плода, что составляет 13 случаев, назначается медикогенетическая консультация в КДБ ОПЦ №4,для решения вопроса о прерывании или пролангировании беременности по приказу №626 МЗ РК.

Таблица 2 - Анализ, выявленных случаев ВПР.

| № | Виды ВПР | 2013год | | | 2014 год | | |
|--------|-----------------------|------------|----------|-----------|------------|----------|-----------|
| | | Количество | Прервано | Сохранено | Количество | Прервано | Сохранено |
| 1 | ВПР ЦНС | 5 | 5 | | 6 | 6 | |
| 2 | Органов дыхания | | | | | | |
| 3 | Кровообращения | 1 | | 1 | 2 | | 2 |
| 4 | Мочеполовой системы | 1 | | 1 | 1 | | 1 |
| 5 | Позвоночного столба | | | | 1 | 1 | |
| 6 | Лимфатической системы | 1 | 1 | | 1 | | 1 |
| 7 | ЖКТ | 1 | 1 | | 2 | | 2 |
| Всего: | | 9 | 7 | 2 | 13 | 7 | 6 |

Количество выявленных ВПР увеличилось на 4-случая, в связи с 100%-ным охватом УЗИ скрининга в сроках 10-14, 20-24, 30-34недели. Структурный анализ диагностированных врожденных пороков развития выявил, что на первом месте находятся пороки развития ЦНС — 46%, на втором - пороки сердца - 15 %.

В отчетном году всего родов – 2623, на 385 родов больше в сравнении с 2013годом (2238 в 2013году). Количество патологических родов -245, что составляет 9,3% увеличилась на 26 случаев (в 2013году 219 - 9,8%) в процентном отношении уменьшилась на 0,5%. Показатель перинатальной смертности за отчетный период – 8 - 3,0%0, отмечается увеличение на 1,2 %0 (в 2013году 4 - 1,8%0;). С ВПР родилось 3 детей, с коарктацией аорты, синдромом Пьера-Робена и ВПР ЖКТ.

Большинство врожденных пороков развития и хромосомных аномалий не имеют генетической основы и возникают в результате мутаций *de nova*. Поэтому, все беременные женщины должны быть обследованы скрининговыми методами (ультразвуковым, биохимическим).

У беременных с врожденными аномалиями развития плода с ранних сроков гестации наблюдается стойкая угроза прерывания беременности, патология плацентации и ранняя плацентарная недостаточность, в более поздних сроках - патология околоплодных вод, сочетающиеся с внутриутробной задержкой развития плода, преэклампсией тяжелой степени[4].

К факторам высокой степени риска формирования ВПР относятся: острые TORCH- и респираторные вирусные инфекции, обострение пиелонефрита, тонзиллита, бронхита, имевшие место в раннем сроке беременности у пациенток, анамнез которых отягощен хроническими воспалительными заболеваниями матки и придатков, а также нарушениями менструальной функции[4,5].

Искусство врача пренатальной диагностики состоит в правильном формировании среди пациентов группы генетического риска и в своевременном проведении пренатального кариотипирования.

В настоящее время разработаны комплексные технологии диагностики многих заболеваний, включающих в себя ультразвуковое исследование, биохимическое и гормональное исследование крови матери, околоплодных вод и крови плода, биопсию хориона, кордоцентез, ДНК - диагностику с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР). Во втором триместре беременности, по данным исследования амниотической жидкости и клеток плода, осуществляется диагностика широкого спектра хромосомных и генных заболеваний, различных аномалий развития плода.

Таким образом, новые технологии позволяют диагностировать заболевания и аномалии развития плода в ранние сроки беременности и решить вопрос о необходимости ее прерывания или акушерской тактики при пролонгировании. Следовательно, пренатальная диагностика и элиминации больных плодов, проведенная с согласия родителей, благоприятно сказываются на социальном и генетическом здоровье всего общества и человечества в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин О.П., Овчаров В.К., Нечаев В.С. Доступность профилактической помощи для лиц, составляющих группу риска. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2000. - № 2. - С. 3-14.
2. Энкин М. (Enkin M.), Кейрс М., Ренфью М., Нейлсон Д. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. / Под ред. Элеонор Энкин. СПб., 1999. - 541 с.
3. Васильева Т.П., Посисеева Л.В., Кулигин О.В. Комплексная оценка репродуктивного поведения, здоровья и образа жизни семьи. / Учебно-методическое пособие. Иваново, 2001. - 49 с.
4. Стрижаков, А.Н. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. - 506 с.
5. Стрижаков, А.Н. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике / А.Н. Стрижаков, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. М.: Медицина, 1990.-240 с.
6. Даниярова Ш.Б., Абдукаримова М.М., Даниярова А.Ж. Перинатальная диагностика врожденных пороков развития плода в условиях консультативно-диагностического блока//Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. 2013г.-С.438-441.

ТҮЙІН

Ашықбаева Б.М.

ХҚТУ Қ.А.Ясауи атындағы клиникасы, Шымкент қ.

ҰРЫҚТЫҢ ТУА БІТКЕН ДАМУ КЕМІСТІКТЕРІН ПЕРИНАТАЛДЫҚ ДИАГНОСТИКАЛАУ ТИІМДІЛІГІН ЗАМАНАУИ ТҮРҒЫДАН ТАЛДАУ

Өркениетті елдің денсаулығының негізі әрбір тұрғындарының өмір кезеңдерінің ерте сатысында қалыптасатыны белгілі. Сондықтан ана мен бала денсаулығын қорғау үкіметтің негізгі мақсаттарының бірі. Перинаталды өлімді және ауруды азайту денсаулық сақтау саласының басты міндеттерінің қатарына жатады. Осы салада жүктілік кезіндегі УДЗ скрининг туа біткен ақаулармен туылуды азайтты және қоғамдағы әлеуметтік және генетикалық саулықтың жақсартуын тудырды.

Кілт сөздер: туа біткен даму кемістігі, перинатология, перинаталды диагностика, скрининг

SUMMARY

Ashikbaeva B.M.

H.A.Yasawi KTIU clinic, Shymkent

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS PRENATAL DIAGNOSIS OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE FETUS ON THE PRESENT-DAY

The protection of the maternal and infants health be high on the list on the political plane. Because, health of communities any country are formed at the morning periods of the life. Reduction perinatal morbidity and mortality be one of main task public health service. Implement algorithm screening inspection of the pregnant women let abate blessed event with infant birth defect. Propitious affect social and genetic health of the company and composite.

Key words: congenital malformations, perinatology, prenatal diagnosis, screening, effectiveness

УДК-616-002.5:616-036.86-053.6

О.Ш. Ержанов

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Eorinbai@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлена характеристика первичной инвалидности вследствие туберкулёза среди подростков по Южно-Казахстанской области и за период с 2009 по 2013 годы. Отмечен рост первичного выхода на инвалидность с 0,4 до 0,95 в интенсивных показателях и рост удельного веса туберкулёза в общем числе признанных инвалидами от всех заболевших в регионе – с 0,62% до 1,8%. Установлена прямая зависимость уровня инвалидности от своевременности выявления заболевания и эффективности лечения. Предложены меры по снижению инвалидности.

Ключевые слова: туберкулез, впервые выявленные случаи, эпидемиологические показатели, инвалидность, профилактика, лечение.

(В Казахстане борьба с туберкулезом остается важным приоритетным направлением в социальной политике государства [1]. В этом плане заболеваемость детей и подростков туберкулезом остается одной из важнейших проблем фтизиатрии.

Благодаря вниманию и всесторонней поддержке правительственных и неправительственных организации в последние годы достигнуты значительные успехи в контроле над туберкулезом в республике. Так как заболеваемость подростков только за 2010-2012г.г. снизилась на 16,8% (2). Наряду с этим сохраняется выход подростков на инвалидность в связи с туберкулезом, что свидетельствует о большинстве случаев о неудаче борьбы с ним как с инфекционным заболеванием. В этой связи данные об инвалидности служат показателем качества противотуберкулезной работы. [3,4,5].

Цель исследования проанализировать уровень и динамику первичной инвалидности, факторы ее формирования и дать определенные рекомендации по предупреждению инвалидизации у подростков.

Материалы и методы

С учетом выше указанных обстоятельств мы провели анализ статистических материалов областного фтизиатрического отдела медико-социальной экспертизы областного противотуберкулезного диспансера о впервые признанных инвалидами по туберкулезу за 2009-2013г.г. из числа больных подростков Южно-Казахстанской области. Сведения были получены путем выкопировки необходимых данных из пенсионных дел, медицинской документации и бесед с инвалидами.

Заболеваемость туберкулезом подростков в интенсивных показателях в регионе за 2009-2013г.г. сократилась с 68,4 до 31,98, болезненность с 90,0 до 51,0, в то же время показатель первичной инвалидности по туберкулезу возрос с 0,4 до 0,95 на 10тыс. подросткового населения, или более чем в два раза. Одновременно в три раза увеличился удельный вес туберкулеза в общем числе признанных инвалидами от всех заболеваний с 0,62% до 1,8% - это негативный фактор в социально-экономическом плане.

Среди подростков признанных инвалидами вследствие туберкулеза у 84,2% был туберкулез легких, у 15,8% туберкулез костей и суставов. В группе больных туберкулезом легких преобладали мужчины (71,7%), при внелегочном туберкулезе соотношение полов примерно одинаковое.

Наибольший удельный вес инвалидов приходился на 15-16 лет (76,0%), что необходимо учитывать при планировании мероприятий по интенсификации противотуберкулезной работы. Доля подростков в возрастной группе 16-18 лет составляла 24,0%.

Основной клинической формой туберкулеза у первично ставших инвалидами по причине туберкулеза легких была инфильтративная форма (83,4%), на втором месте по частоте занимал диссеминированный туберкулез (16,6% см табл)

Таблица 1 - Распределение впервые освидетельствованных больных туберкулезом подростков по клиническим формам (в%) за 2009-2013г.г.

| Клиническая форма туберкулеза | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Всего |
|-------------------------------|----------------------|------|------|------|------|------|-------|
| Туберкулез легких | Диссеминированная | - | 50 | - | 33,3 | - | 16,6 |
| | Инфильтративная | 100 | 50 | 100 | 66,7 | 100 | 83,4 |
| | Итого: | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | В том числе | | | | | | |
| | С распадам | 50 | 50 | 66,6 | 100 | 100 | 75,6 |
| | С бактериовыделением | 50 | 50 | 100 | 66,6 | 50 | 66,5 |
| Внелегочный туберкулез | Спондилит | 66,7 | 100 | - | 100 | 100 | 62,5 |
| | Коксит | - | - | 100 | - | - | 25 |
| | Гонит | 33,3 | - | - | - | - | 12,5 |
| | Итого: | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

В клинической структуре впервые заболевших туберкулезом легких подростков также преобладают больные инфильтративным туберкулезом (91,2%). Высокий удельный вес специфических инфильтратов свидетельствуют о несвоевременном выявлении заболевания и требует кардинальных мер по проведению обязательных ежегодных сплошных флюорографических осмотров подростков допризывного возраста и по улучшению клинической диагностики данной патологии.

При выявлении первично заболевших туберкулезом легких фаза распада определилась у 61,3% больных, бактериовыделение у 59,5%, а в период установления инвалидности у 75,6% и 66,3% соответственно. Это обусловлено прогрессированием туберкулезного процесса и неэффективностью лечения у отдельных больных. Поэтому снижение первичной инвалидизации подростков в первую очередь связано со снижением частоты запущенных деструктивных и бациллярных форм туберкулеза и повышением результатов лечения впервые выявленных больных.

Среди подростков с внелегочным туберкулезом, впервые вышедших на инвалидность основной клинической формой является туберкулезный спондилит (62,5%), на втором месте – туберкулез тазобедренного сустава (25%), на третьем – туберкулез коленного сустава 12,5%, прочие формы внелегочного туберкулеза не отличались. Высокий процент инвалидности вследствие туберкулезного спондилита должен привлечь внимание фтизиатров и врачей общей лечебной сети к повышению эффективности лечения и раннему выявлению больных с туберкулезным поражением позвоночника.

За изучаемый период среднегодовой перевод первичных больных во II (контрольную) группу диссеминированного наблюдения составил 76,8% , то есть ниже целевого показателя

рекомендованного ВОЗ (85%). Наибольшая часть признанных первично инвалидами нуждались в медицинской реабилитации хирургическим путем, об этом свидетельствует низкий удельный вес инвалидности после хирургического лечения больных костно-суставным туберкулезом (5,9%) и отсутствием инвалидов вследствие оперативных вмешательств при туберкулезе легких.

У большинства (82,4%) больных, ставших инвалидами, диагноз туберкулез был установлен первично. Изучение медико-экспертной документации показало, что основными медицинскими факторами для установления первичной инвалидности были: прогрессирующее туберкулезное процесса (19,7%), неэффективная химиотерапия (29,6%), позднее выявление (46,7%), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (14,3%). Из сопутствующих заболеваний, оказавших влияние на инвалидизацию преобладали хронические неспецифические заболевания органов дыхания (16,4%) и болезни желудочно-кишечного тракта (8,2%).

У большого числа больных 24 (64,8%) из 37 признанных инвалидами определена резистентность МБТ к противотуберкулезным препаратам, из них к одному препарату – у 3 (12,6%), к двум у 9 (37,6%), к трем у 5 (20,4%) и к четырем у 7 (29,4%). Из числа больных (24) с резистентными формами туберкулеза 8 (33,3%), заболевших из семейных и родственных контактов в очагах туберкулезной инфекции отягощенных лекарственной устойчивостью, что требует проведения им химиопрофилактики с учетом показаний бактериограммы. Из приведенных данных следует вывод, что наличие у больных резистентности имеет существенное значение в установлении инвалидности. Среди социальных факторов имели значение низкая материальная обеспеченность (39,8%), не полные семьи (28,6%), отсутствие работы и учебы (54,6%).

Проведенным исследованием мы попытались обратить внимание организаторов здравоохранения, фтизиатров, врачей общей лечебной сети на настоятельную необходимость усиления противотуберкулезной работы среди подростков, особенно по раннему выявлению больных туберкулезом и их полноценному лечению.

Выводы. Инвалиды вследствие туберкулеза за последние пять лет составили 84,2% заболевших туберкулезом легких и 15,8% - костно-суставным туберкулезом.

Группа подростков с первичной инвалидностью в основном формируется за счет впервые заболевших (82,4%). Проведение им химиотерапии с использованием современных методов патогенетической терапии и хирургического вмешательства позволит значительно повысить эффективность лечения и снизить частоту инвалидизации.

Из числа впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза подростков в возрасте 17-18 лет преобладают лица неохваченные учебой и не работающие. В связи с чем возникает необходимость организации раннего трудоустройства и профессионального обучения и требует проведения расчетов по обоснованию открытия реабилитационных центров при областных противотуберкулезных диспансерах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан //Фтизиопульмонология. 2012. -№2 (21). – С. 4-7.
2. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). С. 4-6.
3. Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). С.27-29.
4. Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш. Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К. Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. Фтизиопульмонология.-2012- №1(20) С.53-54.
5. Скребцов Б.А., Култасова С.С., Таханова Ж.У. Национальная педиатрическая служба – приоритеты, инновации и перспективы. Сборник научных трудов. Шымкент -2012г. С. 163-166.

ТҮЙІН

О.Ш.Ержанов

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ. Eorinbai@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ НЕГІЗГІ МҮГЕДЕКТІК СЕБЕБІ РЕТІНДЕ

2009-2013 жылдар аралығында ОҚО-дағы жас өспірімдер арасындағы туберкулез сырқаты салдарынан болған алғашқы мүгедектіктің сипаттамалары көрсетілген. Алғашқы мүгедектікке шығудың интенсивті көрсеткіштері 0,4тен 0,95ке өскені атап өтілген және осы аймақтағы болған барлық аурудан болған мүгедектіктің ішінде туберкулез ауруының өсуі 0,62%тен 1,8%ке өскендігі. Мүгедектіктің деңгейі – аурушандықтың дер кезінде анықталуына және емделудің тиімділігіне тікелей байланысты екені анықталды. Мүгедектік көрсеткішін төмендететін шаралар ұсынылды.

Кілт сөздер: туберкулез, алғаш анықталған жағдай, эпидемиологиялық көрсеткіштер, мүгедектік, профилактика, емі.

RESUME

O.Sh.Erzhanov

South Kazhastanskakaya State Pharmaceutical Academy, Shymkent. Eorinbai@mail.ru

OF TUBERCULOSIS AS A CAUSE OF PRIMARY DISABILITY IN ADOLESCENTS

The characteristics of primary disability due to tuberculosis among adolescents in South Kazakhstan region for period from 2009 to 2013 years. Growth of primary disability from 0.4 to 0.95 in terms of intense and growing share of the total number of TB cases of disability from all patients in the region from 0.62 % - 1,8%. A direct relationship between the level of disability of the timely detection on the disease and treatment. Proposed measures to reduce disability.

Key words: tuberculosis, new cases, epidemiological indicators, disability, prevention, treatment.

ӘӨЖ 616-083:616.831-005.1

Алимбеков Е.К., магистрант

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚИМЫЛ ҚОЗҒАЛЫСЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

ТҮЙІН

Инсульт - мүгедектікке әкелетін себептерден бірінші орынды алады. Инсульт алған науқас реабилитация шараларын жүргізген жағдайда қимылы, когнитивті бұзылыстары және ауруға бейімделуі байқалады. Мақалада инсультпен ауырған науқастардың қимыл қозғалысын оңалту мақсатында емдік денешынықтыру, электростимуляциялық аппараттары арқылы тепе-теңдігін, өзін-өзі қамтамасыз ете алу қызметтерін қалпына келтіру іс-шаралары көрсетілген.

Кілт сөздер: инсульт, реабилитация, когнитивті бұзылыстары, қимылдың бұзылысы, сөйлеу функциясы.

Инсультпен ауырған науқастардың қимыл қозғалысы бұзылысында қолданылатын негізгі әдістері емдік денешынықтыру (кинезотерапия), қимыл- қозғалысын (толық немесе жартылай) зақымдалған жерін, күшін және тепе-теңдігін, өзін-өзі қамтамасыз ете алу қызметтерін қалпына келтіру.

Арнайы оңалту орталықтарында кинезотерапиядан басқа электростимуляциялық жүйке-бұлшықет аппараттарын тағайындап, шеткері зақымданған бөліктерді және биологиялық кері байланыс шаралары жүргізеді. Инсульт алған күннен бастап жалпы жағдайы мен есі қалыпты болған жағдайда емдік денешынықтыру шаралары жүргізіледі. Алғашында пассивті жаттығулар (зақымданған барлық шеткері буындарын реаниматолог немесе жаттықтырылған туыстары қимылдатып көреді). Жаттығуларды пульстар мен қан қысымын бақылай отырып жүргізіледі. Келесі жаттығуларын қиындата түседі, науқасты отырғызып, кейін төсекке өз бетінше отырып, тұруын үйретеді. Бұл этапта науқастың аяқтары салданған жағдайда жатқан немесе орындықта отырған қалпында аяғын қимылдату арқылы жүзеге асырады. Әдіскердің көмегімен алдымен тұруды үйренеді,

кейін өз бетінше жататын төсегінің бұғаттарынан ұстап үйретеді. Бұл кезде науқас салданған және сау аяғымен қалыпты жағдайда тұруға тырысады. Кейінірек науқас жүруді бірте-бірте үйренеді. Алдымен бір орнында тұрып жүруді, кейін жататын төсегінің бұғаттарынан ұстап, одан кейін үш аяқты немесе төрт аяқты тіреу тренажорымен жүріп үйренеді. Науқас өз бетінше ешкімнің көмегінен жүруді тепе-теңдігі қалыпыты болғанда және жеңіл салданғанда жүруге болады. Қадамдарының арасымен қимыл-қозғалысын көбейту: бөлме ішінде жүру, кейіннен аурухананың дәлізінде, теппешектерде, аулаға шығып жүру және транспорттарды қолдану.

Тұрмыстық заттарды және өзбетінше қызмет жасауды кезең бойынша қалпына келтіру. Алдымен өз бетінше қызмет жасауды оңайынан үйрену: өз бетінше тамақтану, жеке бас гигиенасы, кейіннен өзбетінше киіну, дәреткана мен жуынатын ванналарды қолдануды үйрену.

Инсульттен кейінгі ең бір қауіпті асқынулардың бірі зақымдалған бұлшықет тонусының өршуі. Іс-шаралар тонусының өршуіне төмендетуге бағытталған олар:

- Емдеу жүргізу (шеткері бөліктеріне 2 сағатқа арнайы лангетті қою (күніне 1-2 рет), ол бұлшықеттің тонусын жоғарлатады және босаңсытады);

- Тонусы жоғары жерлерге массаж жасау (мысалы, иықтың бүгілетін жерлеріне, буындарға, саусақтарға және бүгілген тізе буындарына), жай қимылмен ысқылау арқылы жүргізіледі;

- жылымен емдеу - спастикалық бұлшықеттерге парафин және озокеритті аппликация қолданылады.

Бұлшықеттің тонусының өршуі бар науқастарға жаттығулар жасалынбады, асқындырып алуы мүмкін: резиналы допты қысу немесе дөңгелек айналдыру, бұлшықеттің бүккіш буындарына эспандер қолдану. Инсульттен кейінгі кезеңдегі (алғашқы 1-3 айында) басқа асқынуларға буындардың зақымдалуы болып саналады. Осы жағдайда жансыздандыратын емшаралар жүргізіледі, олар электротерапия, магнитотерапия, лазеротерапия және инемен емдеу.

ҚОРЫТЫНДЫ:

Инсульт алған науқас үшін жоспарланған іс-шараларды жүргізу тиімді болып саналады. Реабилитациялық емдеуді ерте бастамағанда, науқастың жүрісі, қозғалысы қалыпсыз күйде қалып, яғни, дұрыс қолданбау синдромы немесе қолдана алмау синдромы қалыптасады. Бұдан кейінгі қалпына келтіру үшін жасалған емдеулер кеш болуы мүмкін. Инсульт алған науқасқа ерте жасалған реабилитациялық емдеу мүмкіндігінше мүгедектікті жеңілдету, азайту тіпті мүгедек болғызбауға тырысу мақсатында жасалады. Қайталамалы инсульттің болдырмас үшін алдын алу шараларын қадағалау қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Калашникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения. // Невролгич. журн. – 1997 – №1 – С.24–27.
2. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей/ Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
3. Основы медицинской реабилитологии / А. С. Медведев. – Минск : Беларус. навука, 2010. – 435 с.
4. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. – М.: «Миклош», 2003 – 176 С.
5. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра). // Журн. невропат. и психиатр. – 1986 – №4 – С.532–536.
6. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта. Популярн. практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт. М., «Миклош», 2002 – 46 С.

АННОТАЦИЯ

Алимбеков Е.К., магистрант

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Цереброваскулярные заболевания, в частности, инсульт, занимают первое место среди причин инвалидности. Правильная реабилитация пациентов после перенесенного инсульта подразумевает коррекцию моторных и когнитивных нарушений, а также социальную адаптацию. В

статья обсуждаются основные принципы реабилитации после инсульта, особенности реабилитации пациентов с двигательными, речевыми, когнитивными нарушениями. Обсуждаются вопросы использования препаратов, облегчающих процесс реабилитации.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, когнитивные нарушения, двигательные нарушения, речевая функция.

SUMMARY

Alimbekov E.K., undergraduate
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, c.Shymkent

RECOVERY OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS AFTER STROKE

Cerebrovascular diseases, stroke over all, are the most common cause of disability. Proper post-stroke rehabilitation includes both motor and cognitive restoration and patients' social adjustment as well. The article describes the basic principles of rehabilitation after stroke, especially the restoration of motor function, speech, and cognition. Drugs to promote restoration process have been listed.

Key words: stroke, rehabilitation, cognitive impairment, motor disorders, speech.

ӘӨЖ 616-083:616.831-005.1

Алиббеков Е.К., магистрант, **Бекназарова Ж.Б.**, магистрант, **Архарбекова А.М.**, магистрант, **Сакиева Ш.С.**, магистрант
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТТИ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ КЕЗЕҢІНДЕ ФИЗИКАЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯНЫҢ КӨМЕГІМЕН ҚИМЫЛ ТАПШЫЛЫҒЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

ТҮЙІН

Инсульт – буындардың зақымдануына алып келетін ми қанайналым бұзылыстарының ауыр түрі, мүгедектікке алып келеді. Инсульт алған науқастарға кешенді реабилитация кезінде әсер етуі бойынша физикалық реабилитация әдісі маңызды орын алады. Қалпына келтіру кезінде жұмсалған күштерінен тұратын элементтер биохимиялық және анатомиялық өзгерістерден тұрады. Физикалық реабилитацияда қимыл қозғалысы бұзылған науқастардың ми қанайналымын қарауда заманауи көзқарастар ұсынылды. Ерекше көзқарас қарқынды дамып келе жатқан физикалық реабилитация әдісіне, байланысы бар механотренажер қолдану, заманауи технологиялар, изометриалық физикалық жаттығулар, емдік костюмдерді қолдану.

Кілт сөздер: қимыл функцияларын қалпына келтіру, қимыл ақауы, инсульт, кинезотерапия, механотерапия, салдану, физикалық реабилитация.

Инсульт – бастың миы қантамыр зақымдалуының ауыр түрі. Біздің елімізде инсульттен кейінгі мүгедектік (40–50 %) алдыңғы орындарды алады, ал жұмысқа жарамсыздары (3,2 %) 10 мың тұрғынға шаққанда. Инсульт алғаннан кейінгі науқастардың қимыл қозғалысы алдыңғы қалпына қайта келуі қиын болады, қайта қалпына келуі үшін көп уақытты талап етеді. Басты бөгет, қимылдатқыш атқаратын қызметінің дәрежесі бұзылуының себептері: парез және параличтер, координацияның бұзылуы. Ақыр соңында емделушінің өмір сүру сапасының төмендетуіне келтіреді. Айтылған себептерге инсульттен кейін ауруды сауықтыруда, мүгедектікке алдын алу, оны дәрежесінің төмендету және физикалық, психикалық, әлеуметтік және кәсіби бейімделу жоспары барынша көмек беру медициналық және әлеуметтік мәселесі болып келеді. Бірақ та қай жердің зақымдалғанына байланысты емес, басты себебі қайтадан қалпына келуі инсульт алған күнінен бастау керек. Бұл факторлар келесі топтастырулар бойынша жүргізіледі:

– аса ауыр (инсульт алған күннен бастап 2-3 күн ішінде);

– өткір (инсульт алған күннен бастап 3 аптаға дейін);
– ерте қалпына келуі (3 аптадан 6 айына дейін), бұл этапта өзі екіге бөлінеді:
біріншісі (3 айға дейін), бұл этапта қимыл қозғалысын және зақымдалған күшін, екіншісі (3 аптадан 6 айға дейін), қимыл қозғалысын қалпына келтіру қиын кезең;
– кеш қалпына келтіру (6 айдан 1 жылға дейін), осы кезеңде қимылы мен сөйлеуін қалпына келтіреді.

Инсульттен кейінгі ерте кезеңінде толық зақымдалған факторларын және өзіндік нейрондарды қалпына келтіру, сонымен бірге ісікті кішірейту немесе толықтай жоқ қылу. Бірақ, кейінірек ми қантамырларының құрылымдарық компенсациясы және ішкі немесе сыртқы функционалды күйзелістерін қалпына келтіру. Бұл процестер жүйке иірімдері жүйелік және толықтай мінездеме береді. Қимыл орталықтарын локализациялау өзгеріссіз қалмайды, ересек адамдарда ми қантамырларының потенциалдарын сақтайды, ал жеке құлымындарын бір-бірімен байланыстырады.

Қорытындылай келе бүгінгі күнде зақымдалған ми қантамырларын зертеулерінен кейін физикалық оңалту шараларын жүргізілді. Көптеген ұсыныстар механотренажор, изометриялы емдік гимнастика жаттығулары, емдік костюмдерін, кері биологиялық әдістер және ортопедтік құрылғыларды кең көлемде қолданылған.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворлоу, Ч. И. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных [Текст] / Ч. И. Ворлоу, М. Деннис, Ч. Варлоу, Ж. Гейн, Ч. П. Ворлоу; пер. с англ. под ред. А. А. Скоромца, В. А. Сорокоумова. – СПб. : Политехника, 1998. – 629 с.
2. Гехт, А. Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде [Текст] / А. Б. Гехт // Consilium Medicum. – 2001; № 3 (5): 2–7.
3. Дамулин, И. В. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге [Текст] / И. В. Дамулин, В. А. Парфенов, А. А. Скоромец, Н. Н. Яхно // Болезни нервной системы. Руководство для врачей; под ред. Н. Н. Яхно. 4-е изд. – М. : Медицина, 2005. – С. 231–302.
4. Иванова, Г. Е. Современный подход к восстановлению ходьбы у больных в остром периоде церебрального инсульта [Текст] / Г. Е. Иванова, В. И. Скворцова, Е. А. Ковражкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 2010. № 4. – С. 25–30.
5. Кадыков, А. С. Реабилитация неврологических больных [Текст] / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. – М. : издательство «МЕДпресс-информ», 2008. – 564 с.

АННОТАЦИЯ

Алимбеков Е.К., магистрант, **Бекназарова Ж.Б.**, магистрант, **Архарбекова А.М.**, магистрант, **Сакиева Ш.С.**, магистрант

Ужно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОГО ДЕФИЦИТА

Инсульт – один из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга, нередко приводящих к инвалидизации. Среди факторов, влияющих на исход комплексной реабилитации пациентов, перенесших инсульт, одно из главных мест занимает метод физической реабилитации. Составляющими элементами восстановления утраченных функций являются биохимические и анатомические изменения. Представлены современные взгляды на физиологические аспекты физической реабилитации на двигательные нарушения у больных острым нарушением мозгового кровообращения. Особый интерес представляют активно развивающиеся методики физической реабилитации, связанные с применением механотренажеров, технологии виртуальной реальности, изометрических физических упражнений, использование лечебных костюмов.

Ключевые слова: восстановление двигательной функции, двигательный дефицит, инсульт, кинезотерапия, механотерапия, парез,пластичность, физическая реабилитация.

SUMMARY

Alimbekov E.K., undergraduate, **Beknazarova Z.H.**, undergraduate, **Arharbekova A.**, undergraduate,
Sakiyeva Sh., undergraduate
The South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

PHYSICAL REHABILITATION IN EARLY RECOVERY PERIOD OF THE ISCHEMIC STROKE OF PATIENTS WITH EXISTENCE OF MOTOR DEFICIENCY

Stroke - one of the most severe forms of vascular lesions of the brain, often resulting in disability. Among the factors influencing the outcome of the comprehensive rehabilitation of stroke patients, one of the main places occupied by the method of physical rehabilitation. Constituent elements of the recovery of lost functions are biochemical and anatomical changes. The modern views on physiological aspects of physical rehabilitation for movement disorders in patients with acute stroke. Of particular interest are actively developing methods of physical rehabilitation, involving the use of mehanotrenazherov, virtual reality technology, isometric exercise, the use of medical suits.

Key words: motor recovery, motor disability, stroke, kinesitherapy, mechanotherapy, paresis, spasticity, physical rehabilitation.

ӘӨЖ 616-083:616.831-005.1

Алимбеков Е.К., магистрант, **Алдешов А.А.**, м.ғ.к., доцент
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., eogma-101@mail.ru

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІН БЕЛСЕНДІ ЖАТТЫҒУЛАР АРҚЫЛЫ ҚИМЫЛЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

ТҮЙІН

Мақалада инсульттан кейінгі қимыл әрекеттерін кешенді реабилитациялық шаралар көмегімен жүргізілген. Реабилитация шараларын инсульт алған кейін ерте кезеңінде қимылын қалпына келтіру көрсетілген. Инсульт алған науқасқа ерте жасалған реабилитациялық емдеу мүмкіндігінше мүгедектікті жеңілдету, азайту тіпті мүгедек болғызбауға тырысу мақсатында жасалады.

Кілт сөздер: инсульт, реабилитация, қимылдың бұзылысы, қимылын қалпына келтіру, мүгедектік.

Реабилитация - бұл кешенді іс-шаралар, инсульт алған науқастарды қалпына келтіруге бағытталған. Инсульт бүкіл әлем бойынша өлім мен мүгедектіктің әлі күнге дейін бірден бір себебі болып келеді.

Инсульттен кейінгі реабилитацияда басты себептерінің бірі функционалды әрекеті, ол инсульт алған күннен бастап немесе бір апта ішінде өзіндік және интенсивті жаттығуларын жүргізу. Осы жасалған іс-шаралар сәтті өтсе инсульттен айықтыруға болады.

Инсульттан кейін қимыл әрекеттерін қалпына келтіруде ми қантамырлары мен нейропластикасы. Соңғы кезде кең спектрлі араласулар зерттелуде, яғни науқастың инсульттен кейінгі қимыл әрекеттерін қалпына келтіруге, бірақ бұл әрекеттер клиникалық тәжірибеде рұқсат етілмеген. Бұл емдеу әрекеттерінің барлығы қайталама жаттығулардың әсерінен нәтижелі болған, бұл тәжірибелік міндеттерінде қимыл әрекетін жаттықтыруда жақсы әсер береді.

Инсульттан кейінгі реабилитацияда қимыл жүйесінің барлық нысандары болуы керек: ми қантамырлары, жұлын және қаңқа бұлшықеттері. Көп жағдайларда психотерапия және когнитивті реабилитацияны қажет етеді, бұл жағдайда науқастың қимылдық әрекеттің бұзылыстарына қарамастан толыққанды өмірге қайта келуіне септігін тигізеді.

Инсульттен кейінгі қимыл әрекетінің барлық дәрежелері реабилитациялық араласуларға бағытталуы керек. Көп жағдайларда қимыл әрекетінің бұзылыстарына қарамастан науқастарға реабилитациялық сабақтарын тез машықтануға және толыққанды өмір сүруіне психикалық көмекті

керекті қажет етеді. Көптеген жаттығулардың әсерінен қойылған міндетге бағытталу, орталық жүйке жүйесіндегі өзгерістеріне және қимыл қызметтерінің бұзылыстарын қалпына келтіру.

Қимылдық әрекеттік қызметтерде жүйке иірімдерін қалпына келтіруде және реабилитациясында қағидаларға сүйеніп емдеуді жүргізеді. Егерде біз орталық жүйке жүйесінің бұзылыстарында анатомиялық және физиологиялық иірімдерінің әсері бар екенін білгенімізде тиімді емдеу іс-шараларын жақсартуымызға болар еді.

Физикалық реабилитацияны жүргізуде қосымша дәрі -дәрмектерді және электромагнитті стимуляторды қолданады, осы әрекетті қолдану арқылы иірімдерді өзгерістерде жоғарлатуға болады, бірақта осы жасалған әрекеттердің тиімділігі аз болып келеді.

Қимыл әрекеттерін қалпына келтіруде және бастапқы бұзылыстарында реабилитация нәтижелерін көрсетуде, науқастың жасы, емделу уақыты, психотропты дәрі дәмектерді қолдануында көптеген әсерлерін тигізеді. Реабилитация кезінде инсульттің негізгі себептеріне ерте инсультті алғаш алған күннен бастап жүргізу және толық немесе жартылай зақымдалған қызметтерін қалпына келтіруге, екіншілік асқынулардың (тұрақты пневмония, тромбофлебит, жауыр жара, бұлшықеттік дисфагия) болуын алдын алады. Реабилитацияны неврология бөлімшесінде бастау алу керек және аурухананың оңалту бөлімінде жалғасу керек немесе оңалту орталықтарында. Науқас және оның отбасы қалпына келтіру үрдістеріне белсенді қатысуы керек. Ми қантамырларының зақымдалған жерлерін қалпына келтіру ошақтың көлемімен орналасқан жеріне және қалпына келтіру шараларының толық жүргізілуіне байланыты.

Қорытындылай келгенде инсульттан кейінгі реабилитация шаралары қимыл жүйесінің барлық бұзылыстарына бағытталған. Көптеген жағдайларда психологиялық көмек және когнитивті реабилитация шаралары науқастың жаттығуларына оң әсерін тигізіп реабилитация сабақтарын тез машықтанып және бұзылыстарды сақтай отырып толыққанды өмір сүруіне ықпал жасайды. Көптеген жаттығулар арқасында орталық жүйке жүйесінің иірімдеріндегі өзгерістерін және қимыл жүйесіндегі бұзылыстарын қалпына келтіріу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцей Г.Я. и др., Новые методы терапии психических заболеваний. М.- 1981.-325с.
2. Дамулин, И. В. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге [Текст] / И. В. Дамулин, В. А. Парфенов, А. А. Скоромец, Н. Н. Яхно // Болезни нервной системы. Руководство для врачей; под ред. Н. Н. Яхно. 4-е изд. –М. : Медицина, 2005. – С. 231–302.
3. Аникин А.М. Методика применения гимнастических упражнений при постинсультных двигательных нарушениях // Клиническая медицина. -1957. -№6.-с.15-18.
4. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М.: Медицина, 1968. 547 с.
5. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. -Л.: Медицина,- 1989. - 208 с.
6. Демиденко Т.Д., Валунов О.А. Методы повышения эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт: Методические рекомендации. Спб., 1996. - 16 с.

РЕЗЮМЕ

Алимбеков Е.К магистрант, Алдешов А.А к.м.н доцент
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

УПРАЖНЕНИЯ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

В статье описаны комплексные составляющие современного подхода к двигательной реабилитации больных после инсульта. Показано, что восстановление утраченных двигательных функций целесообразно проводить в ранние сроки после инсульта. Двигательная реабилитация осуществляется в виде индивидуальных занятий, обучения ходьбе, механотерапии с использованием настольных тренажеров для кистей и пальцев.

Ключевые слова: инсульт, двигательная реабилитация, инвалидность, восстановление.

SUMMARY

Alimbekov.E.K undergraduate, Aldeshov A.A associate professor

The South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, c. Shymkent

EXERCISES TO RESTORE MOTOR ACTIVITY AFTER STROKE

The early rehabilitation phase focuses on exercise devices that allow cyclic movements, various modifications of such devices, and vertical standing frames. In the intermediate phase, the focus is transferred to equipment that helps improve muscular strength, vertical stability, and body balance during walking. In the late and long-term phases, patients work on all possible training devices that help to maintain functional performance at a certain level. Training programs are scheduled for long periods of time; training protocols are individually tailored, and the amount of workload is adjusted correspondingly.

Key words: stroke, rehabilitation, disability, motor impairments, motor recovery.

УДК: 616.831 – 005.1 – 036.83:615.851.32

А.А. Алдешов, м.ғ.к., доцент, **Жамбаева Н.Д.**, дәрігер, **Бекназарова Ж.Б.**, магистрант, **Султанова Ж.С.**, ассистент, **Алимбеков Е.К.**, магистрант, **Архарбекова А.М.**, магистрант
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент

ҚОЗҒАЛЫС КЕМШІЛІГІ БАР ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ АЙЫҚТЫРУ КЕЗЕҢІНДЕГІ ФИЗИКАЛЫҚ ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІ

ТҮЙІН

Инсульт – жиі мүгедектікке әкелетін ми қан тамырларының өте ауыр түрде зақымданатын формасы. Факторлардың ішінде инсульт алған пациенттерді комплексті қалыптастыруда, физикалық қалыптастыру әдісі шешуші орын алады. Жоғалтқан функцияларды қалпына келтіруде, биохимиялық және анатомиялық өзгерістер негізгі элементтер болып табылады.

Ми қан айналымы бұзылған науқастардың қимылын қалпына келтіруде физикалық қалпына келтірудің физиологиялық аспектісіне заманауи көзқарас берілген.

Физикалық қалыптастыру әдістері, механотренажорларды қолдану, изиометрикалық физкультуралық жаттығуларды қолдану, емдік костюмдерді қолдану айрықша қызығулар танытуда.

Кілт сөздер: қозғалыс қызметін қалыптастыру, қозғалыс кемшілігі, изометрикалық физикалық ауыртпалық, инсульт, кинезитерапия (еңбек терапиясы) әлсіреу (парез), инсульттің патофизиологиясы, физикалық қалыптастыру.

Инсульт – ми қан тамырларының ауыр түрде зақымданған формасы. Қазақстанда инсульттен кейін мүгедек болып қалу, зерттеу бойынша қарастырғанда (40 – 50% құрайды) ерекше орын алып, еңбекке жарамсыздыққа алып келеді, 10 % халыққа шаққанда 3,2 пациентті құрайды.

Инсульт алған науқастардың көпшілігі қозғалыс белсенділігінің күнделікті қалпына жиі келе алмайды және оларға қалпына келу үшін біраз уақыт керек болады.

Қозғалыс қызметінің күрделі бұзылуы: әлсіреуі (парез) және сал (паралич) болып қалуы, тепе – теңдіктің бұзылуы негізінен басты қиыншылық тудырады. Бұл дегеніміз пациенттің өмір сапасын өте қатты төмендетеді. Осы себепті инсульт алған науқастарды қалпына келтіру, мүгедектіктің алдын алу, оның ауыртпалығын төмендету, оған физикалық мүмкіншілігін, психикалық, әлеуметтік және кәсіби мамандық бейімделуіне көмек көрсету медициналық және әлеуметтік маңызы зор мәселе болып саналады.

Қалыптастырудың шешіміне әсер ететін факторлар, зақымның орналасуы, инсульттан кейінгі уақыт, өткізгіш жолдарының зақымдану көрсеткіші және ипсилатеральдық кортико – спинальдық жолдардың белсенділігі, генетикалық кемшіліктің болуы, қартаю, ятрогения және сыртқы ортаның жағымсыз әсері, созылмалы күйзеліс (стресс). Зақымданған жақтардың (оң жақ, сол

жақ) әсер етуі қарама – қайшылықпен көрсетілген; кейбір зерттеушілердің пікірінше доминанттық жарты шарда орын алған инсультті бейімдеу жақсы өтеді деп есептейді, кейбір авторлар қарама – қайшы көзқарасты ұстанады. Кейбір авторлар жақтардың қалпына келтіруге байланысы жоқ деп есептейді. Бірақ зақымданған жақтарға қарамастан, бейімделуге жағдайына әсер ететін факторлар, инсульт басталғаннан бергі уақытты құрайды.

Бұл келесі кезеңдерді классификациялау негізінде орын алады:

өте өткір кезең (инсульт пайда болғаннан кейінгі 2 – 3 күн).

өткір кезең (инсульт пайда болғаннан кейін 3 аптаға дейін).

ерте қалпына келтіру кезеңі (3 аптадан 6 айға дейін), бұл кезең өз кезегінде екі кезеңге бөлінеді:

Бірінші кезең (3 айға дейін) бұл кезеңде қимыл мөлшерін және сал болған қол- аяқтың қуатын қалыптастыру.

Екінші кезең (3 айдан 6 айға дейін), бұл кезеңде күрделі қимыл - әрекеттер біліктілігін қалыптастыру.

кеш қалпына келтіру кезеңі (6 айдан 1 жылға дейін), бұл кезеңде статикалық, еңбек және сөйлеу біліктілігін қалпына келтіру жалғасады.

Резидуалдық кезең (инсульттен кейін 1 жыл өткеннен соң) бұл уақытта бұзылған қызметтерді қалпына келтіру жалғаса беруі мүмкін.

Инсульттан кейінгі қалпына келтіру локальдық зақымдану факторларының төмендеуі және жекеше зақымданған нейрондардың қызметінің қалпына келуімен, тағыда пекумбр зонасындағы қан айналысының жақсаруы және ісіктің азайуы немесе жоқ болып кетуіне байланысты. Бірақ та келешекте структуралық қалпына келтіруде, мидың жұмсақтығы ерекше орын алады; себебі ішкі және сыртқы факторлардың әсерінен болған структуралық және қызметтік бұзылуды топтастыру мүмкіншілігі артады.

Нейропластикалық пен байланысты процесстер системалық, немесе жекешеленген түрде болады. Қозғалыс орталығының орналасуы өзгеріссіз бола бермейді, ересек адамдардың миы жұмсақтығын сақтайды, ми қыртыстарының байланысы алшақ структураға қайта өзгеріс әсерін тигізеді. Осылай, кортикальдық бөлімнің қайта өзгеріске ұшырауынан, сақталған структуралардың қызметінің тиімділігін арттырады да және қосымша жолдарды белсенді пайдалануға мүмкіндік береді. Бұл өзгерістерді клеткалық сатыда іске асыру үшін, синаптикалық қайта морльдеу және неосинаптогенез арқылы жүзеге асады. Кейбір жағдайларда синаптикадан тыс нейрональдық қоздырғыш берудің де маңызы зор.

Оңалтудың негізгі мақсаты, негізгі ауруды бірқалыпқа түсіру күнделікті тұрмыстық жұмыстарға үйрету, инсульттан кейінгі бұзылуларды азайту, дефектілерге үйрету, ол ерте сауықтыру терапиясы болғанда жүзеге асады.

Ми инсультінің шығуы зақымданған жердің мөлшері мен науқастың жасына байланысты, сондықтан емдік және оңалту іс – шараларын ұйымдастырғанда дифференцирлік айла керек – ауыр кезеңінде.

Экстрендік медицинаның мамандандырылған бөлімдерінде ми қан айналым бұзылулары бар науқастарға оңалту бөлімшелерін ашу керек.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Шварков С.Б., Давыдов О.С., Кууз Р.А. Новые подходы к реабилитации больных с неврологическим двигательными дефектами // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. - №3. – С.51 – 54.
2. Боголепов Н.К., Бурд Г.С., Дубровская М.К. Реабилитация больных при острых нарушениях мозгового кровообращения: Ме – тод. Рекомендации. – М., 1995. – 34 с.
3. Скворцова В.И., Гудкова В.В., Иванова Г.Е., Кирильченко Т.Д. и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом. // Журн. Невропатол. И психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – С.7; 28 – 33.
4. Пономаренко Г.Н., Анисимова Л.Н. Физические упражнения в восстановительном лечении больных в остром периоде инсульта // Вопр. курортол., физиотер. и лечебн. Физкульт. 2011. № 1. С. 6 – 9 .
5. Добровольский В.К. Лечебная физкультура в реабилитации постинсультных больных. – М.: Медицина, 2006. – 154 с.

АННОТАЦИЯ

А.А. Алдешов, к.м.н., доцент, **Жамбаева Н.Д.**, врач, **Бекназарова Ж.Б.**, магистрант, **Султанова Ж.С.**, ассистент, **Алимбеков Е.К.**, магистрант, **Архарбекова А.М.**, магистрант
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ДВИГАТЕЛЬНОГО ДЕФИЦИТА

Инсульт – одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга, нередко приводящих к инвалидизации. Среди факторов, влияющих на исход комплексной реабилитации пациентов, перенесших инсульт, одно из главных мест занимает метод физической реабилитации. Составляющими элементами восстановления утраченных функций являются биохимические и анатомические изменения. Особый интерес представляют активно развивающиеся методики физической реабилитации, связанные с применением механотренажеров, технологии виртуальной реальности, изометрических физических упражнений, использование лечебных костюмов.

Ключевые слова: восстановление двигательной функции, двигательный дефицит, изометрические физические нагрузки, инсульт, кинезитерапия, парез, патофизиология инсульта, физическая реабилитация.

SUMMARY

A.A. Aldeshev, candidate of medical sciences, associate professor, **Zhambayeva N.D.**, doctor, **Beknazarova Zh.B.**, magistrant, **Sultanova Zh.S.**, assistant, **Alimbekov E.K.**, magistrant, **Arharbekova A.M.**, magistrant
UKGFA, Shymkent

PHYSIOLOGICAL ASPECTS OF PHYSICAL REHABILITATION IN EARLY RECOVERY PERIOD OF THE ISCHEMIC STROKE OF PATIENTS WITH EXISTENCE OF MOTOR DEFICIENCY

Stroke is one of the most severe forms of vascular destruction which leads to disability. Physical rehabilitation is one of the general factors, which affects the outcome of rehabilitation. The recovery components of lost functions are biochemical and anatomical changes. Actively developing methods associated with the use of mechanotherapy, technology of virtual reality, isometric physical exercises, and special medical suites are of special interest.

Key words: motor recovery, motor disability, isometric physical exercises, stroke, kinesitherapy, paresis, pathophysiology of stroke, spasticity, physical rehabilitation.

УДК: 616.831 – 005.1 – 084

Алдешов А.А., м.ғ.к., доцент, **Бекназарова Ж.Б.**, магистрант
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент

ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУДЫҢ НЕГІЗГІ ПРИНЦИПТЕРІ

ТҮЙІН

Цереброваскулярлық аурулар экономикаға көп зиян тигізеді (емделу шығыны, өндіріс саласында жұмыс істейтіндердің медициналық оңалту). Инсульттен арылудың маңызды шараларының бірі ол – оңалту. Инсульт алған науқастың өмірі үшін күресте соңғы кездері тамыр – буын неврологиясының табыстары жақсы, бірақ постгоспитальді оңалту біршама артта. Науқас тірі қалғанның өзінде олардың 50% тұрмыстық қалыптастыру қайта келмейді, тек 10% ғана еңбекке келеді, қалғандары мүгедек болып қалады – бұл дегеніміз әлеуметтік – экономикалық күрделі мәселе.

Кілт сөздер: реабилитация, инсульт, әлеуметтік-экономикалық мәселе, массаж, физиотерапия, иглотерапия.

Инсульт алған науқастарды емдеуде негізгі – тамақ жұту мен таз органдары функциясының бұзылуларымен күресу, жүруді қимылдың бұзылыстарын қайта қалыптастыру және өз - өзін қамтамасыз ету. Ол үшін: 1.бұзылған функцияларды қайта қалыптастыру. 2.бар дефектілерге әлеуметтік және тұрмыстық адаптация. 3.жүрек – буын ауруларының алдын алу және қайта инсульт алуды профилактика жасау. 4.инсульт барысында пайда болатын басқа ауру түрлерін емдеу.

Қимыл – қозғалыс функциялары бұзылған науқастарда оларды қайта қалыптастыру кезеңінде өзгерістер бар; дұрыс емдік гимнастика жасағанда ауыр жағдайдағы науқастардың өзі тұрып жүре алады, арудан соң 3 – 6 айдан кейін. Ал егер бұл уақытта жақсы нәтижелер болмаса, оның себебі аяқ – қол сезім талдығының жоғалуы немесе науқастың оңалтуға деген сенімсіздігі. Бұл жағдай егер бас мидың доминантты емес жартышар зақымданса немесе сырқат белгілерінің аса қауіпті екенін түсінбеу және елемеуде болады.

Салданған аяқ – қол мүшелерінде қимыл қозғалыс жаттығуларын алғашқы күннен бастау керек, арнайы аспаптар көмегімен науқас адамды тұруға, жүруге, тамақ ішуге үйрету керек. Тұрмыста қажетті тіс жуу, жуыну, киім кию, шешу және т.б, істерге үйрету керек. Инсульт алған көптеген науқастарда бұлшық ет тонусының паретитті аяқ – қол мүшелерінде спастика жоғарлайды. Спастика қимыл – қозғалыс функциясын қиындатады да аяқ – қолда бұлшық еттердің спазмасын тудырады, контрактурдың пайда болуына әсер етеді, аяқ – қол деформациясын тудырады, қимылсыз қалған науқасқа күтімді қиындатады.

Спастикалық ауруды емдеу үшін пероральді антиспастикалық дәрілер қажет. Курс препараттың азғана дозасымен басталады да нәтиже жақсарғанша доза көтеріледі. Антисептикалық қажеттіліктер аяқ – қолда бұлшық ет тонусын біршама азайтады және ауыратын бұлшық ет спазмасын азайтады да физиотерапия көрсетуді жақсартады контрактур пайда болуын ескертеді.

Қолданылатын физиотерапия әдістері:

1. Қолғап түрінде паретитті аяқ – қол мүшелеріне парафинді немесе озокериттік аппликация жасау.

2. 15 – 20 минут көлемінде, қол мен аяқтың иілетін жерлеріне магнитті поле қолдану.

3. Тежегіштік әдістеме ретінде дұрыс массаж жасау күніге немесе 1 кун сайын.

4. Спастиканы азайтуға арналған иглорефлексотерапия қолдану. Сөйлеу қабілеті бұзылғанда (афазия, дизартрия) науқастар логопедке жіберіледі. Науқастың өзі сөйлеуіне оның қиын бұзылыстарында да ынталандыру қажет. Мысалы: дауыстап оқу, сурет салу және т.б істер. Және сөйлеу қабілетінің жақсаруына науқастың сенімі мен оның оңалту процессіне белсене араласуының және оның табыстарына дәрігердің, туыстарының жақсы ілтипат танытуы. Сонымен қатар логопедпен араласудың маңызы зор, оның тапсырмаларын науқас дер кезінде орындап, оған туыстары көмектескені жақсы.

Сөйлеу және когнитивті функциялардың жақсаруы үшін бас ми бөлігінде қан жүру мен метаболитикалық процесстердің өсуін жақсартатын істерде пайдалы. Бұл жағдайда нейротропты препараттар қолданылады немесе әр түрлі дәрілік вазоактивті препараттар комбинациясы тиімсіз. Бұл курстарды күндізгі стационарда істеген жөн. Отбасындағы психологиялық жағдайдың әсері бар. Науқасты қарайтын күтуші мен туыстарына науқасты түрлі жағдайларда (мысалы айналысып отырған жұмысы) көтермелеп қойған жақсы. Атап айтсақ: қимыл қозғалыс жаттығулары, сөйлеу жаттығулары, тұрмыстық және профессиональді іс – қимылдар. Егер неврологиялық бұзылуларда науқас бұрынғы проффессиясына келе алмаса, оған оның жағдайына қарап басқа жаңа жұмыстар мен қызығушылықтар тауып көмектесу керек. Қайта қалыптастыру немесе сауықтыру бөліміндегі емделіп жатқан науқастардың әлеуметтік адаптациясы үшін бұның маңызы зор.

Қайта инсульт алмаудың профилактикасын жасау керек, өйткені оның қайта болуы 1 жылда 10 – 16% . Бұл жағдай осы жастағы группалардың жалпы популяциясында 15 есе көп. Бір жылдан соң қайта инсульт алу 5% азайды, алдағы 4 жылға шаққанда. Қайта инсульт алу қаупі артериалді гипертония, аритмия, жүрек клапандарының патологиясында, тұрақты жүрек жетіспеушілігінде, қант диабетінде жоғары. Профилактика жұмыстары ерте басталып, тоқтаусыз жүргізілуі керек. Ол инсульттің өсу катеріне корригирлік фактор береді. Салауатты өмір салтын ұстау өте зор. Мысалы: темекі тартпау, шегілетін темекі санын азайту, наркотик қабылдамау, алкогольден бас тарту, физикалық белсенділік және семіздік.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Белова А.М., Шипетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. М., 1999, Т.2. – 147с.

2. Демиденко Т.Д. Системный подход к реабилитации больных с нарушением мозгового кровообращения. // Реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Л., 1999 – С.7 – 17.
3. Скворцова В.И. и др. Ранняя реабилитация больных с инсультом: Методические рекомендации №44. М.: Изд – во РУДН. 2004; 40:ил.
4. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. – Л.: Медицина, - 1989. – 207 с.
5. Камаева О.В., Полина Монро. // Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Под ред. акад. РАМН проф. А.А.Скоромца. СПб., 2003.
6. Камсюк Л.Г., Михеева Л.В., Шаровар Т.М., Методологические и организационные аспекты медико-социальной реабилитации // Сов.Здравоохранение. – 1998. - № 2 – С. 58 – 62.

АННОТАЦИЯ

А.А. Алдешов, к.м.н., доцент, Бекназарова Ж.Б, магистрант

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Цереброваскулярные заболевания наносят огромный ущерб экономике (расходы на лечение, медицинскую реабилитацию больных, которые заняты в сфере производства). На фоне заметных успехов сосудистой неврологии в борьбе за жизнь больного с инсультом значимо отстает этап постгоспитальной реабилитации. Даже если больные выживают, то более у 50 % из них не происходит восстановление бытовой независимости, лишь 10 % больных возвращаются к труду, остальные становятся инвалидами, а это большая социально – экономическая проблема.

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, социально-экономическая проблема, массаж, физиотерапия, иглотерапия.

SUMMARY

A.A. Aldeshev, candidate of medical sciences, associate professor, Beknazarova Zh.B, magistrant
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent. Kazakhstan

BASIC PRINCIPLES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH STROKE

Cerebrovascular diseases cause enormous damage to the economy (treatment costs medical rehabilitation patients who are engaged in production) against vascular neurology notable successes in the struggle for life of the patient with stroke remains significantly lagging phase post hospital rehabilitation even if patients survive more than 50 % of them are not going recovery of household independence only 10 % of patients return to work the rest become disabled and it is a great social and economic problem.

Key words: rehabilitation, insult, social – economic problems, massage, physiotherapy, acupuncture.

УДК 616.34-008.6-053.3

Умарова А.Н., ассистент, Курманалиева Р.А., Шегебаева А.М., Айтбаева Н.М., Мамадалиева К.М., - резиденты-педиатры

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия г.Шымкент, Республика Казахстан

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

В статье освещены клинические проявления, дифференциальной диагноз мальабсорции у детей. Изложены современные взгляды на вопрос лечения. Основное положение которое необходимо

выдерживать при синдром мальабсорбции как можно раньше диагностировать и раньше начинать лечение, не допуская глубоких метаболических сдвигов. Прогноз при своевременной диагностики и лечения благоприятный. Профилактика заключается в диетотерапии с исключением непереносимых продуктов.

Ключевые слова: синдром мальабсорбции, дети, диагностика, лечение, профилактика, диетотерапия.

Синдром мальабсорбция (СМА) – синдром нарушенного кишечного всасывания. Клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушением всасывания через слизистую оболочку тонкого кишечника одного или нескольких питательных веществ [1-2]. Распространенность заболеваний кишечника у детей чрезвычайно велика, причем частота их продолжает нарастать. Среди них весьма существенное место, особенно у детей раннего возраста, занимает как наследственные, так и приобретенные заболевания кишечника, протекающие с синдромом кишечной пищеварительной недостаточности.

Основными клиническими проявлениями СМА являются: диарея, стеаторея, снижение веса, признаки поливитаминовой недостаточности (Ю. В. Белаусов, 2005; О. С. Третьякова, Г. В. Бекетова, 2006)

Целью нашего исследования явилась диагностика синдрома мальабсорбции у детей раннего возраста, а так же назначения адекватной патогенетической и симптоматической терапии.

Материалы и методы исследования. В гастроэнтерологическое отделение г. Шымкенте ОКДБ ретроспективно изучено 14 историй болезни за 2013 – 2014 годы госпитализированных с диагнозом синдром мальабсорбции. Нами проведено анализ клинических проявления, параклинические данные и оценки подбор проводимой заместительной терапии СМА у детей раннего возраста.

Результаты и обсуждение. Заподозрить СМА можно у пациентов с хронической диареей с высоким содержанием жиров в кале, снижением массы тела, анемии и практически не поддающиеся лечению традиционными средствами. Для постановки диагноза важно учитывать возраст ребенка при манифестации СМА. В первую очередь, с изменением питания на 1-м году жизни, является важными дифференциально- диагностическими критериями. Отчетливое ухудшение состояния в ближайшие 30 мин. после приема молока с урчанием живота, вздутие живота, беспокойством, болями в животе, проявлением разжиженного стула характерно для лактазной недостаточности. Аналогичная картина после употребления продуктов, содержащих сахар наблюдается при сахарозной недостаточности, а так же при употреблении продуктов, содержащих глюкозу и галактозу - при глюкозо – галактозной мальабсорбции. Связь с введением в питание глиадин – содержащих продуктов (манная, геркулесовая, овсянная и др.), возможно с латентным периодом 1-2 мес. характерна для целиакии.

Сохранение неустойчивого стула после перенесенной кишечной инфекции возможно при дисбактериозе кишечника, постинфекционном энтерите, вторичной лактазной недостаточности, вторичной сахарозной-изомальтозной недостаточности.

Клинические проявления: характер диарейного синдрома может также сузить круг дифференциально-диагностического поиска.

- Разжиженный пенистый с кислым запахом стул наблюдается при дисахаридазной недостаточности и глюкоза-галактазной мальабсорбции.

- Водная диарея может быть при инфекциях и инвазиях, постинфекционном энтерите, пищевой аллергии, непереносимости белка коровьего молока.

- Жирный стул при экзокринной недостаточности ПЖ, в т.ч. целиакии, дисбактериозе кишечника.

- Очень жирный стул, нередко при муковисцидозе и врожденной липазной недостаточности.

- Выраженная полифекалия - при целиакии.

При обследованных детей с диареей обязательным является исследование кала на патогенную флору, яйца гельминтов, цисты лямблий, копрологическое исследование, компьютерной томографии, эндоскопическое исследование тонкой кишки, биопсия тонкой кишки, дыхательные тесты, проба с лактазой, титры антиглиадиновых антител [5-8].

СМА может быть врожденным и приобретенным. Наследственным СМА встречается в 10% случаев. Как правило, это дети с целиакией, муковисцидозом, синдромом Швахмана – Дайтмонда, дисахаридазной недостаточностью, недостаточностью лактазы, сахаразы и изомальтазы, цистинурией (наследственным заболеванием, характеризующимся нарушением транспорта ряда аминокислот в эпителиальных клетках кишечного тракта), болезнь Хартнупа (мальабсорбцией триптофана в результате нарушением транспортной функции клеток слизистой оболочки

кишечника). Приобретенный СМА наблюдается у детей с энтеритом, болезнью Уиппла, кишечной лимфангиэктазией, тропической спру, синдром короткой кишки, злокачественными опухолями тонкого кишечника, хроническим панкреатитом, циррозом печени [1-8].

Таблица - Сроки манифестации синдрома мальабсорбции

| Фактор предшествующий Манифестации СМА | Причина развития СМА |
|--|--|
| Введение глиадинсодержащих продуктов | Целиакия |
| Введение коровьего молока, молочных смесей | Непереносимость белков коровьего молока, лактазная недостаточность |
| Введение сахарсодержащих продуктов | Сахаразная – изомальтозная недостаточность |
| Введение различных продуктов | Пищевая аллергия и псевдоаллергия |
| Отмена грудного вскармливания | Нерациональное питание, энтеропатический акродерматит |

По данным Ю. Г. Мухиной, П. В. Шумилова (2009), по степени тяжести СМА делятся на легкий, среднетяжелый и тяжелый степени.

В основе лечения СМА – это диета и лечебное питание основными принципами которых является определение и элиминация продуктов, вызывающих СМА, с их адекватной заменой, а так же индивидуальный подход к составлению элиминационного рациона.

СМА всегда сопровождается болевым синдромом, спастическими явлениями и гиперсекреции. Блокада парасимпатических влияний дает возможность предупреждать кишечный спазм, гиперсекрецию желудка и ПЖ, что способствует исчезновению многих симптомов при СМА. Такими свойствами обладает препарат Риабал, который является селективным М – холиноблокатором. Дозировка Риабала у детей от 3 до 6 мес-по 1-2мл каждые 6-8 часов, от 6 до 12 мес – по 2мл каждые 6-8 часов, от 1 года до 3 лет – по 5мл каждые 6-8 часов. Для коррекции поливитаминой недостаточности применяют витамин В12 100мкг/сут в/м в течение 10-15 дней , никотиновая кислота по 0,5мл по следующей схеме 2мл-2 дня ,3мл- 3 дня и т.д. До 5 мл после этого уменьшается. Для коррекции анемии назначают препараты железа и фолиевой кислоты. Фолиевая кислота назначается детям по 1мг/сутки.

Антисекреторные и противодиарейные препараты, уменьшает кишечную секрецию и замедляют моторику тонкой кишки. Сандостатин в дозе 1-10мкг/кг/сутки, Имодиум 1м2 2 раза в сутки. Урсофальк оказывает холеретический эффект 8-10мг/кг/сутки 2 раза.

Применяются: Креон,мезим форте, панцитрат- заместительной терапии ферментами ПЖ. Важная составляющая успешного выхаживания детей с СМА – правильный уход и профилактика вторичных инфекционных осложнений. Чтобы назначения врача соблюдалось, к уходу и кормлению необходимо привлечь мать больного ребенка ,т.к. именно от ее навыков и мотивированности зависит эффективности терапии, особенно в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология детского возраста. Под.ред.С.В.Бельмера, А.И.Хавкина, П.Л. Щербакова – М.:Медпрактика – 2010 -С.189-286
2. Абаев Ю.К. Боли в животе у детей. Практическое руководство.- Ростов Н/Д; Феникс, -2007-287с.
3. Белаусов Ю.В. Белаусова О. Ю. Функциональная заболевания пищеварительной системы у детей. – Харьков 205-265с.
4. Третьякова О.С. ,Бекетова Г.В. ,Вовк С.С. и др. Гастроэнтерология детского и подросткового возраста:избр.вопр.(Под.ред. С.С.Казак-к .,2006-260с.)
5. Методическое письмо «Новые технологии питания детей, больных целиакией и лактазной недостаточностью» - М: 2005.
6. Рабочий протокол диагностики и лечения целиакии у детей // Детская гастроэнтерология – 2005-№ 1.- С.-38-46.
7. Слободян Л. М. Синдром мальабсорбції діагностика,реабілітація- Герноліль. Укрмед книга, 2001-114с.
8. Сенаторова А.С. Дифференциальная диагностика мальабсорбции у детей //Саучасна педіатріс. Проблем та перспектива-2007- с.21-24.

9. Клинические особенности пищевой аллергии у детей. Д. Ш. Мачарадзе. Педиатрия/2013/ том 92/№3.С.110-121.

ТҮЙІН

Умарова А.Н., ассистент, Курманалиева Р.А., Шегебаева А.М., Айтбаева Н.М., Мамадалиева К.М.,-резидент-педиатрлер
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан.

ЕРТЕ ЖАС ТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ МАЛЬАБСОРБЦИЯ СИНДРОМЫ

Мақалада балалардағы мальабсорбцияның клиникалық көрінісі, ажырату диагнозы айтылған. Қазіргі заманғы емдеу көзқарасы келтірілген. Балалардағы мальабсорбция синдромына мейлінше ерте диагноз қойып, емдеуді бастау шарт, өйткені терең метаболикалық өзгерістерге жол берілмеуі керек. Уақытылы диагноз қойып емдесе бұл науқастардың болжамы, келешегі дұрыс болады. Аурудың қайталауының алдын алу, ол қортпайтын тағамдар берілмеуі тиіс, диетотерапияны қатаң ұстау.

Кілт сөздер: Мальабсорбция синдромы, балалар, диагнозы, емі, алдын-алу, диетотерапия.

RESUME

Umarova A.N., - assistant, Kurmanaliyeva R. And, Shegebayeva A.M, Aytbayev N. M, Mamadaliyeva K.M., - the resident-pediatr
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent. Kazakhstan

SINDROM MALABSORPTION IN INFANTS

The article highlights the clinical presentation, differential diagnosis of malabsorption in children. Presents modern views on the question of treatment. To diagnose a basic position which needs to be maintained at a malabsorption syndrome as soon as possible and earlier to begin treatment, not the dopuskayaglubokikh of metabolic shifts. The forecast at a timely diagnostikiya of treatment and favorable. Prevention consists in a dietotherapy with an exception of transferable products.

Key words: malabsorptionsindrome, children, diagnosis, treatment, prevention, dietotherapy.

УДК:616.831-005-084

Нұсқабаева Г.Н.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРҒА КЕШЕНДІ ОҢАЛТУ

ТҮЙІН

Мақала да кешенді оңалтудың мақсаты, бағыты, басты ерекшеліктері қаралған. Кешенді ем ишемиялық инсульттің неврологиялық жетіспеушіліктің қайта қалыпқа келуін қамтамасыз етеді, өмір сүру салтын белсенділігін күшейтеді, әлеуметтік бейімделушіліктің дәрежесін төмендетеді және оңалтулық болжамды жоғарылатады.

Кілт сөздер: инсульт, оңалту, ишемия, гипертония, тромбоз.

Инсульт (лат. Insultus - соққы, қыспа, талу, инсульт) - ми тканінің зақымдалып оның қызметінің, мидағы қан айналысының кенеттен бұзылуы. Осының салдарынан миға қан құйылады немесе ми тамырлары бітеліп қалады (тромбоз). Қазіргі кезде инсульт мүгедектікпен өлімнің басты себебі болып отыр. ДСҰ мәліметі бойынша әр елде 100-300 инсульт аурулары тіркеледі. Инсульттің

басты себебі - гипертония ауруы және ми тамырларының атеросклерозы. Оның пайда болуы қан айналысының тасуына байланысты. Осыған орай инсульт алған науқасты өз күйіне қайтару үшін оңалтуды, яғни кешенді оңалтуды қолданамыз.

Оңалту (реабилитация) - науқастың денсаулығын қалпына келтіру мақсатында жүргізілетін іс - шаралардың жиынтығы [1].

Кешенді оңалту – стационарлы және стационарлы емес болып екіге бөлінеді. Оған медициналық, психологиялық, әлеуметтік, физикалық түрлері жатады. Оңалту науқастың қимыл қозғалысына, инсульттің түріне, ауру жағдайына қарай әзірленеді.

Физикалық оңалту-денсаулықты сақтау мақсатында дене шынықтыруларды емдік және алдын алу мақсатында қолданылады. Физикалық оңалту медициналық оңалтудың бір бөлігі және ол барлық кезеңде қолданылады. Физикалық оңалтудың мақсаты науқастың қолынан келгенше өзін - өзі қамтамасыз етуі.

Әлеуметтік оңалту-бұл мүмкіншілігі шектеулі жандарға өз бетінше, қоғамдық және отбасылық - тұрмыстық белсенділіктерін қалыптастыруға бағытталған.

Психологиялық оңалту - омыртқаның жарақаттануы, жұлынның зақымдалуы - тек ғана ағзаның қалыпты жұмысының бұзылуы ғана емес, сонымен қатар психологиялық жарақат алу. Психологтың, психотерапевттің жұмыс тәжірибесі жұлын ауруын басынан өткерген науқасқа жалғыз өзі аурумен қиыншылықпен күресуден гөрі, мамандарға көріну керектігін айтады.

Медициналық оңалту – бұл ауру немесе жарақаттың салдарынан болған бұзылыстарды толық қалпына келтіруге бағытталған белсенді үдеріс [2].

Кешенді оңалту іс – шаралары мынадай жолмен жүргізіледі:

-оңалту қызметін көрсету: тренажерлер, физиотерапиялық ем, уқалау, механотерапия, емдік дене шынықтыру, сумен емдеу т.б.;

-қосымша медициналық көмектер, дәрігерден, тіс дәрігерінен емі туралы консультация алуы керек;

-әлеуметтік;

- медициналық және санитарлы гигиеналық қызметі;

- педагогикалық өзін өзі басқаруға дағдыландыру және т.б.;

- құқықтық;

-заттық -тұрмыстық қызметтер, тұру жағдайы,тамақтандыруды, бос уақытын дұрыс ұйымдастыру [7].

Мақсаты міндеті және негіздері. Кешенді оңалтудың басты мақсаты науқастың жағдайын толығымен қалпына келтіру және оған дұрыс ұйымдастырылған көмек көрсету, аурудың ерекшелігіне қарай науқасты кәсіби түрде мамандандырылған қалыпқа дағдыландыру және дамыту [4].

Оңалтудың басты міндеттері:

-жазылуды жеделдету;

-ауырсынуды, алдын алу шараларын төмендету;

-науқастың өмірін сақтап қалу үшін, оңалтудың барлық түрлерін қолдану;

-мүгедектік санын азайту;

-адамға еңбекке, кәсіби жағынан белсенді өмір сүруге көмектесу;

Кейбір жарық көрген әдебиеттерде кешенді оңалтуды жүргізу, яғни науқастың жағдайының жақсаруы алғашқы 6 айда делінсе, кей деректерде 3 ай делінген, ал қимыл қозғалыс әрекеттері 6 - 12 айға созылады.

Зерттеушілердің бірқатары кешенді оңалтуды қолдану инсульттің ауыр түрінде жақсы болжам жасауға болатындығын көрсетеді.

Негізінен біріншілік инсультті адамдардың 75% алса, қайталамалы инсультті адамдардың 25% алады. 45 жастан адамдар инсульттің қауіптілігінің алдында тұрады [3].

Ишемиялық инсульт алған науқас үшін жоспарланған кешенді оңалтуды жүргізу тиімді болып саналады. Ишемиялық инсульттің өткір кезінде кешенді оңалту дайындау, неврологиялық тапшылықтың және әлеуметтік дезадаптацияның дәрежесінің қалпына келтіреді.Ишемиялық инсульттің жіті кезінде,кешенді оңалту жасаудың, жынысы бойынша шкалалары (ерлерде: неврологиялық бұзушылықтың орта мәнді шкаласы $47\pm 0,3$ келді, Бартела шкаласы бойынша - $86\pm 1,2$, әлеуметтік дезадаптацияның оксфордтық шкаласы - $1,65\pm 0,09$; әйелдерде: $47\pm 0,4$, $85\pm 1,5$ және $1,63\pm 0,11$) және аурудың жасы бұзылыстардың атқаратын қызметінің қалпына келтіруіне ықпал етпейді. Неврологиялық бұзылыстың, күнделікті тіршілік әрекетінің және әлеуметтік дезадаптацияның дәрежесінің белсенділігінің қалпына келтіру серпінділігі - кешенді оңалту дайындау болып табылады.

Қорытынды: Кешенді ем ишемиялық инсульттің неврологиялық жетіспеушіліктің қайта калыпқа келуін қамтамасыз етеді, өмір сүру салтын белсенділігінің күшейтеді, әлеуметтік бейімделушіліктің дәрежесін төмендетеді және оналтулық болжамды жоғарылатады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2007. - 707 с.
2. Амбани Бандиш. Практическая гомеопатия // Материалы школы прогнозирующей гомеопатии. - 2005. - С. 112.
3. Балунов О.А. Банк данных постинсультных больных: факторы, влияющие на эффективность реабилитационного процесса // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1994. - №3. - С. 60 - 65.
4. Балунов О.А., Коцюбинская Ю.В. Роль некоторых социально-бытовых 'факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт // Неврологический журнал. 2001. — №6. - С. 28 - 30.
5. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. М.: Медицина, 1982. - 184 с.
6. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных сотрудников. М., 2004. - 432 с.
7. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. М.: Антидор, '2000. - 568 с. 10. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. М., 1998. - С. 30 - 33.

РЕЗЮМЕ

Нускабаева Г.Н.

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

В статье сделано акцент на цель, особенности комплексных реабилитации. Предложен комплекс методов обследований, способствующих объективизации неврологического дефицита, активности повседневной жизнедеятельности и степени социальной дезадаптации, у пациентов в остром периоде церебрального ишемического инсульта.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, ишемия, гипертония, тромбоз.

SUMMARY

Nuskabaeva G.N.

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, c. Shymkent, Republic Kazakhstan

COMPREHENSIVE REHABILITATION IN THE STROKE PATIENTS

In the article written about complex rehabilitations. The aim is tasked and bases complex to the rehabilitation. Also event of complex rehabilitation. Complex rehabilitation is formulated of quality of lite and social of adaptation.

Keys words: insult, rehabilitation, ischemia, hipertension, thrombosis.

УДК 616-053.2-039.1-084

К.Р. Карсыбаева – преподаватель, **А.Б. Сыдықова** – резидент-педиатр, **С.Ш. Пирметова** – резидент-педиатр, **Н.П. Курманалиева** - резидент-педиатр, **У.Т. Наурызбаева** - резидент-педиатр, **П.Н. Таменова** - резидент-педиатр

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

ПРОБЛЕМЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЕ

РЕЗЮМЕ

Часто болеющие дети до настоящего времени представляют большую проблему в педиатрии, как в плане правильной диагностики, так и плане адекватной терапии. Но не меньшее значение имеет восстановительный процесс, его планирование и направление на продление срока ремиссии. Основу такого лечения составляют лечебно – охранительный режим, диета, лечебная физкультура, массаж и физиотерапия. Закаливание – проведение в период ремиссии с постепенным увеличением интенсивности, систематически и последовательно, используя непрерывность, контрастность.

Ключевые слова: ЧБД, проблема, диагностика, терапии.

Детей часто подверженных респираторным инфекциям принято называть часто болеющими (ЧБД) [1]. Однако, ЧБД – это не нозологическая форма заболевания и не диагноз (поэтому его нет в МКБ 10), а группа диспансерного наблюдения, с целью проведения эффективных способов реабилитации, а при необходимости – дополнительного обследования для исключения пациентов с серьезными отклонениями в состоянии здоровья.

В группу ЧБД относят детей на основании критериев, предложенных В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым (1986), в возрасте до года – 4 и более эпизодов ОРЗ в год, от 1 года до 3 лет – 6 и более эпизодов, от 3 до 4 лет – 5 и более раз в год, от 4 до 6 лет – 4 и более, старше 6 лет – 3 и более эпизодов ОРЗ [1-3].

Частые и, особенно, тяжело протекающие ОРЗ могут приводить к нарушению физического и нервно – психического развития детей, способствуют снижению функциональной активности иммунитета, формированию хронических воспалительных процессов в органах дыхания. Частые ОРЗ также могут приводить к социальной дезадаптации ребенка из-за ограниченности общения со сверстниками и пропусков занятий в школе. Частые ОРЗ поглощают значительные материальные ресурсы, нанося экономический ущерб, связанные как непосредственно с затратами на лечение, так и с потерей трудового времени родителей [4-6].

Цель исследования: Оценка возможных путей решения проблемы по снижению респираторной заболеваемости у детей, входящих в так называемую группу, часто болеющие дети (ЧБД).

Материалы и методы исследования: Для изучения проблемы диагностики, лечения и профилактики у ЧБД проведен анализ диспансерных работ на педиатрическом участке №1, №2, №3, №4 в городской детской поликлинике №1 г.Шымкент за 2013 – 2014годы.

Результаты исследования: В исследование включены 36 детей, в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, состоящие на Д учете по поводу ЧБД. Проведен осмотр детей, оценка физического и нервно-психического развития. Изучено ф№112, ф№63, ф№30, вновь тщательный сбор анамнеза жизни, анамнез болезни, перенесенные заболевания, обследования и проведенные лечебно-профилактические работы с каждым ребенком и его результаты.

Возникновению частых респираторных заболеваний способствует повышенное число контактов с источниками инфекции, а также эндогенные и экзогенные факторы, повышающие восприимчивость к ним. Среди экзогенных факторов наибольшую роль играют следующие: дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и занятиями физической культурой, нерациональное питание и режим дня способствуют повышению восприимчивости детского организма и заболеваемости ОРЗ; - низкий уровень санитарной культуры семьи и, как следствие этого, несоблюдение правил здорового образа жизни как наиболее действенного подхода к формированию здоровья; низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия.

Начало посещения детьми дошкольных учреждений в раннем возрасте, в котором наблюдается повышенная восприимчивость детей к респираторным инфекциям. Учащение ОРЗ также может быть связано с расширением контактов в семье, транспорте и др..

Экологические нарушения способствуют повышению заболеваемости ОРВИ и увеличению число ЧБД, что связано с повышением степени бронхиальной гиперреактивности под влиянием аэрополлютантов. Последняя в свою очередь приводит к более выраженным проявлениям ОРВИ (бронхит). Особо следует отметить «пассивное курение» как один из факторов способствующих усилению болезни грудного возраста. Частые ОРВИ в этой группе отмечаются до возраста 7-8 лет, редко дальше, у небольшой части детей развивается рецидивирующий обструктивный бронхит или бронхиальная астма.

Ятрогенное воздействие при нерациональном использовании различных лекарственных средств (длительное и необоснованное применение антибиотиков, жаропонижающих и др.).

К эндогенным факторам риска возникновения частых респираторных инфекций у детей можно отнести: - неблагоприятные анте – и/или постнатальные факторы развития ребенка (недоношенность, незрелость, гипотрофия, анемия, рахит, ранее искусственное вскармливание), отражающиеся на функционировании иммунной системы и других защитных механизмов; перинатальную гипоксию, ведущую к частым нарушениям адаптации к факторам внешней среды и расстройствам терморегуляции. Изменения функционального состояния вегетативной нервной системы и повышенная метеолабильность также могут влиять на повышенную восприимчивость организма к респираторным инфекциям.

Аллергию и наследственную предрасположенность к неадекватной иммунной реактивности. У таких детей сопутствуют частые ОРВИ с аллергическими заболеваниями. Очаги хронической инфекции рта и носоглотки сопровождаются снижением эффективности местного иммунитета и других факторов защиты, способствуя повышению восприимчивости к инфекционным возбудителям.

Результаты обследования: 36 ЧБД дошкольного возраста свидетельствуют, что в 44,4% случаев формальным был не только отбор в группу ЧБД, требовалось уточнения диагноза. Проведенное при этом комплексное клиническое обследование показано, что у большинства детей имела место поздняя диагностика различных заболеваний и функциональных нарушений. Среди впервые выявленной в ходе исследования патологии наиболее часто диагностировали хронические заболевания носоглотки. При этом было установлено, что 55,5% детей с рекуррентными респираторными инфекциями ранее вообще не были осмотрены врачом – отоларингологом. Особо настораживал тот факт, что у 16,6% детей, несмотря на частые ОРИ, протекавшие с затяжным течением или бактериальными осложнениями в виде среднего отита, гнойного ринита, также отсутствовало наблюдение ЛОР – врача. В целом поздняя диагностика хронического тонзиллита имело число у 10,8% детей, рецидивирующего аденоидита – у 19,4%. Кроме этого в ходе исследования у 11,1% детей впервые был выявлен рецидивирующий бронхит, а у 8,3% - аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма). При этом во всех перечисленных случаях указанные заболевания на протяжении ряда лет ошибочно трактовались как ЧБД, что и определяло отсутствие эффекта от проводимых лечебно – реабилитационных мероприятий.

Комплексная реабилитация ЧБД на всех этапах оздоровления (семья, организованный коллектив, поликлиника, санаторий) включает проведение мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья детей, а также адекватную терапию острого заболевания.

- Рациональный режим дня. Увеличить продолжительность сна на 1 – 1,5 часа, обязательным является дневной сон или отдых, прогулка на свежем воздухе перед сном, а также прием седативных трав (пустырник, валериана, саносан, перин, алталекс и др.). Необходимо ограничить поездки в транспорте.

- Рациональное питание. В питание ЧБД необходимо использовать оптимальное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей, важно обязательное включение в ежедневный рацион свежих овощей, фруктов и ягод, при недостаточном потреблении которых необходимо использовать поликомпонентные витамин – микроэлементные препараты. Детям с пищевой аллергией необходимо соблюдать диету с исключением продуктов, содержащих прогенно – значимые аллергены.

- Оздоровительные мероприятия. Закаливающие процедуры необходимо сочетать с проведением гимнастики и массажа грудной клетки. Рекомендуются систематическое стопотерапии, массаж стоп, ладонью подушечками пальцев или пальцами, сложенными в кулак. Систематическое проведение специальных комплексов ЛФК, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной мускулатуры.

- Медикаментозная коррекция. Для лечения ЧБД нередко предлагают использовать так называемые адаптогены: опилок, прополис, политабс, экстракты радиолы розовой, левзеи, элеутерококк, залгапихи, лимонника китайского, пантокрин и др. Неспецифической иммуностимулирующей терапии – Рибомукил. Препарат принимается один раз в сутки (утром, натощак). Курс лечения – 6 месяц.

Выводы: Таким образом, выделение ЧБД с рецидивирующими инфекциями на сегодня является реальным фактом, поэтому следует определить наиболее приемлемые, мало затратные, но эффективные меры, способные снизить частоту респираторных заболеваемости у этой категории детей.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Учайкин В.Ф. Особенности лечения и профилактики у детей с рецидивирующими инфекциями респираторного тракта//Педиатрия- 2009- №87(1) – С.134-136.

ТҮЙІН

К.Р. Қарсыбаева – оқытушы, **А.Б. Сыдықова** – резидент-педиатр, **С.Ш. Пирметова** – резидент-педиатр, **Н.П. Курманалиева** - резидент-педиатр, **У.Т. Наурызбаева** - резидент-педиатр, **П.Н. Таменова** - резидент-педиатр

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕСІ МЕН ОЛАРДЫҢ ОҢАЛУЫ

Жиі ауыратын балалар әлі осы күнге дейін педиатрияда диагноз қоюда және оңалтуды жүргізуде үлкен өзекті мәселе. Жағдайын қалпына келтіруде жоспарлау және ремиссияның уақытын ұзартудың маңыздылығы жоғары. Осындай емдеудің негізгі құрамы емдеу – сауықтыру күн тәртібі, диета, емдік дене шынықтыру, уқалау және физиотерапия. Шынықтыру – ремиссия кезеңінде біртіндеп қарқынын үдету, тұрақты және үздіксіз әртүрмен ауыстырып отыру керек.

Кілт сөздер: ЖАБ, өзекті мәселе, диагноз, терапия.

SUMMARY

K.R. Karsubaeva – teacher, **A.B. Sydykova** – resident-pediatrician, **S.Sh. Pirmetova** – resident-pediatrician, **N.P. Kyrmanalieva** - resident-pediatrician, **U.T. Nayruzbaeva** - resident-pediatrician, **P.N. Tamenova** - resident-pediatrician

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

PROBLEM OF OFTEN ILL CHILDREN AND THEIR IMPROVEMENT

Often ill children so far it represents a big problem in pediatrics, as in respect of the correct diagnostics, and the plan of adequate therapy. But no less important to the recovery process, its planning and direction of the extension of remission. The basis of this treatment is therapeutic and protective, regime, diet, exercise therapy, massage and physiotherapy. Hardening – holding in remission with a gradual increase in intensity, systematically and consistently, using the continuity and contrast.

Key words: Often ill children, problem, diagnostics, therapy.

УДК 378.661:616:378.146

А.Л. Дробков, к.м.н., доцент, кафедра общей хирургии и войсковой медицины
Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина.

СТРУКТУРА ОПТИМИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются вопросы особенности структуры учебно-педагогического процесса и возможности его оптимизации на кафедре общей хирургии, а так же роль повышения личной мотивации студентов в обучении вопросов теории и при получении практических навыков.

Ключевые слова: общая хирургия, учебно-педагогического процесс, мотивация.

Вступление: Принципиальное отличие пропедевтической кафедры заключается в том, что она закладывает основы теории, практики и врачебного мышления по базисным тематикам.

Одной стороной любого педагогического процесса является устойчивое усвоение полученных теоретических знаний и практических навыков, что особенно важно на пропедевтических кафедрах.

Другой ключевой стороной обучения является формирование у студентов высокой мотивации к обучению, личной заинтересованности в получении знаний и практических навыков.

Обе стороны являются неотъемлемыми частями учебно-педагогического процесса, которые призваны не только сформировать в будущем современном специалисте шаблоны врачебного и клинического мышления, но и выработать потребность, умение и навыки к самообразованию.

Обширная тематика кафедры общей хирургии, подаваемая "крупными блоками" не столько погружает студента в нюансы той или иной патологии, сколько, образно говоря, после усвоения студентом ключевых понятий становится "плацдармом", с которого хорошо обзревается и усваивается другой материал, получаемый на последующих кафедрах, становится ориентиром действий высокого уровня обобщений.

Основная часть: На кафедре общей хирургии ОНМедУ ежегодно проходит обучение около 800 студентов II и III курсов лечебного, педиатрического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов. Программа состоит из 40 тем и 7 модулей.

Усвоение теоретических вопросов и тем учебной программы на кафедре предусматривает:

Лекционный цикл, который несколько опережает программу тем практических занятий, это повышает интерес у студентов к лекциям.

Чередование тем практических занятий таким образом, что при их обучении можно опираться на ранее пройденный материал.

Использование, при подготовке к занятиям, методических разработок кафедры, представленные в печатном и электронном варианте, где подчеркнуты основные положения темы. Обсуждение тестовых заданий, для закрепления полученных знаний.

Возможным вариантом улучшения мотивационной составляющей является самостоятельная работа студента при подготовке к одному из вопросов темы занятия, используя учебники, монографии, интернет. Результаты докладываются студентом в виде короткого доклада. Дискуссия, возникающая между преподавателем и докладчиками создает творческую атмосферу, позволяет более живо воспринимать тематику всей группе. Разбор ситуационных задач, приведение конкретных примеров из личной врачебной практики дают возможность активизировать усвоение материала и закрепить полученные знания.

Формирование мотивационной составляющей является важным фактором для усвоения теоретической части учебной программы. Следует отметить, по сравнению с предыдущими годами мотивация студентов изменилась не в лучшую сторону, что обусловлено происходящими социальными, материальными и общественными переменами в государстве. У многих студентов к моменту обучения на III курсе уже сформировались предпочтения, на которые не могут повлиять ни плохие отметки, ни излишняя требовательность преподавателя, и в некоторых случаях вызывает лишь негативную реакцию на обучение. Здесь необходим индивидуальный подход. Немаловажную играет роль личность самого преподавателя – его успешность, эрудиция, профессионализм, клинический опыт и умение вести дискуссию, так что бы заинтересовать студента в ее продолжении.

Получение студентами практических навыков осуществляется:
Участие в обходах и утренних разборах поступивших больных
Работа у постели больного, особенно если характер патологии совпадает с темой занятия.
Работа в перевязочной, манипуляционной и других подразделениях клиники, под контролем преподавателя.

Наблюдение и участие в плановых или неотложных операциях.

Активное участие в лечебно—диагностическом процессе, во время сестринской практики или самостоятельно - во время дежурств, что повышает интерес к профессии хирурга.

Во время курации студенты, под руководством преподавателя, не только осваивают структуру опроса больного по системам и органам, методику его обследования, в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания, но и получают навыки правильного психологического контакта с пациентом.

Задачи, по усвоению практических навыков, во время сестринской практики, успешно решаются на базе многопрофильного военного госпиталя, который является клинической базой кафедры. В данном лечебном учреждении представлен фактически весь спектр основных хирургических специальностей. В отделениях, работающих на современном уровне, оказывают как плановую, так и неотложную помощь, в том числе, по поводу боевых комбинированных и сочетанных ранений – конечностей, головы, брюшной и грудной полости.

На наглядных, жизненных примерах студент видит как следует правильно дренировать гнойную рану, ушивать ранения кишки, дренировать брюшную или грудную полость при гнойном процессе, когда необходима ампутация, а когда конечность еще можно спасти. Как осуществляется преемственность раненым при оказании медицинской помощи на этапах эвакуации из зоны боевых действий и каковы принципы, позволяющие уменьшить количество осложнений и снизить летальность. Этот опыт позволяет в короткие сроки дать более полное представление о хирургии и с большей заинтересованностью воспринимать теоретический материал.

Таким образом, учебно-педагогический процесс на кафедре общей хирургии и войсковой медицины ОНМедУ представлен непрерывной и последовательной работой, чередующей теорию и практику.

Выводы: 1. Четкое следование структуре учебного процесса повышает, оптимизирует учебный процесс, повышает результаты получения теоретических знаний и практических навыков.
2. Уровень мотивации и формирование базисного клинического мышления зависит от личности преподавателя, достигается индивидуальным подходом и непосредственным участием студентов в лечебно-диагностическом процессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маслоу А. Мотивация и личность / СПб: Питер, 2003 – 352 с.
2. Юлиш Е.И., Чернышева О.Е., Сорока Ю.А. Этика учебного процесса на клинических кафедрах.// Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького //Журнал «Здоровье ребенка» № 5 (32) 2011 г.
3. Соколов И.М. Железнякова Н.А., Лямина Н.П. Гафанович Е.Я. Эволюция мотивации в процессе обучения студентов в медицинском университете. Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования» 2015 г, № 1, Раздел медицинские науки. (www.science-education.ru).
4. Малыш Я.В. Определение мотивов выбора медицинской профессии и уровня профессиональной ориентированности студентов. VI Международная студенческая электронная научная конференция 15 февраля – 31 марта 2014 г.

ТҮЙІН

А.Л. Дробков, м.ғ.к., доцент, жалпы хирургия кафедрасы мен әскери медицина Одесса ұлттық медицина университеті, Одесса қаласы, Украина.

ҚҰРЫЛЫМЫ ОҢТАЙЛАНДЫРУ ЖӘНЕ ОҚУ ҮДЕРІСІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖАЛПЫ ХИРУРГИЯ КАФЕДРАДА

Мақалада сұрақтар құрылымының ерекшеліктері оқу-педагогикалық үдеріс және оны оңтайландыру кафедрасы жалпы хирургия, сондай-ақ рөлін арттыру, жеке мотивацияға студенттердің ғылыми мәселелерді шешу теориясы мен практикалық дағдыларды алу.

Кілт сөздер: жалпы хирургия, оқу-педагогикалық процесті ынталандыру.

SUMMARY

А.Л. Дробков, the candidate of medical Sciences, associate Professor, Department of General surgery and military medicine
Odessa national medical University, Odessa, Ukraine.

STRUCTURE OPTIMIZATION AND PECULIARITIES OF EDUCATIONAL PROCESS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY

The article examines the features of the optimization of teaching and educational process in the department of general surgery and increase the role of increasing the personal motivation of students in training theoretical issues and the preparation of practical skills.

Key words: General Surgery, Teaching-pedagogical process, motivation

Ш.М.Құрманбекова

Отырар аудандық емханасы, Шәулдір селосы, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы

ОТЫРАР АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫНЫҢ НЕГІЗГІ ҚЫЗМЕТТІК КӨРСЕТКІШТЕРІ

ТҮЙІН

Мақалада өзекті мәселелер амбулаториялық-емханалық көмек Отырар ауданы. Қамтамасыз етілуі, қызмет көрсетілетін контингенттің негізгі түрлерімен, емдеу-диагностикалық және медициналық-профилактикалық көмекті және кадрлық қамтамасыз ету.

Кілт сөздер: амбулаториялық-емханалық көмек, емдеу-диагностикалық, медициналық-профилактикалық жәрдем көрсету, ауылы, қоғамдық денсаулық сақтау.

Өзектілігі:

Денсаулық сақтау саласын дамыту мен оны әлемдік бәсекелестікке қабілетті ету үшін жаңа стандарттар мен инновациялық әдістерді пайдалана отырып емдеу, басқару жүйелерін енгізу керек. Осы орайда, «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының да негізгі мақсаты – елдің орнықты әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз ету үшін азаматтардың денсаулығын жақсарту болып табылады. Денсаулық сақтау ісін ықпалды басқарудың негізгі стратегиялық міндеттеріне денсаулық сақтау ісін дамытудың стратегиялық жоспарлау жүйесін құруды, денсаулық сақтау ісін дамытудың сценарийін жасауды, іс-әрекетті жоспарлаудың индикативті тәсіліне көшуді, саланы модернизациялауды, еңбекке ақы төлеудің салалық жүйесіне көшуді және т.б. жатқызуға болады. Ал негізгі тактикалық міндеттер денсаулық сақтау мекемелерін құралдар мен жабдықтаудың бағдарламаларын ойластыру, қаржыландырудың нормативтік тәсіл негізінде денсаулық сақтау мекемелерінің жаңа шаруашылық механизміне көшуі және т.б. болып табылады. Қазіргі заманғы жағдайдағы денсаулық сақтау ісін стратегиялық дамыту сала дамуының нақты мақсаттарын жоспарлауды, басымдылықтарды таңдауды, сала инфрақұрылымын оңтайландыруды, ресурстық және технологиялық базаны қалыптастыруды, сала үшін басшылар мен экономистердің жаңа ұрпағын дайындауды талап етеді [1.2.3].

Зерттеу мақсаты: 2013-2014 жж «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарлама шеңберінде халықтың денсаулық жағдайын бағалау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Зерттеуге «Отырар аудандық емханасының» 2013-2014 жж жұмыс көрсеткіштерінің статистикалық мәліметтері алынып, статистикалық талдау жасалынды.

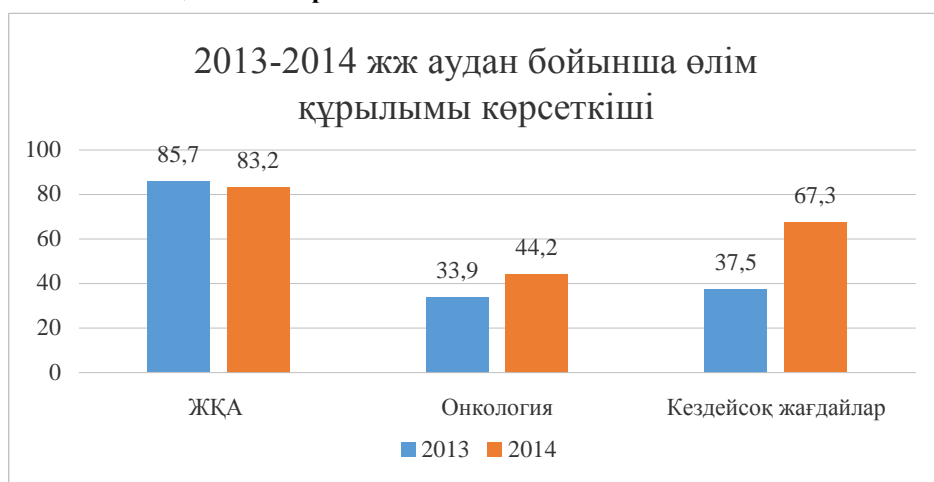
Зерттеу нәтижесі: Отырар ауданы облыс бойынша халықтың тығыз орналасуы жоғары және экологиялық аймақ болып табылады. Аудан бойынша 2014 жылдың қорытындысы бойынша 56800 адамды құраса, жылдық орташа көрсеткіш 56500 тұрғынға тең. Халықтың құрамы бойынша 16600

бала 0-14 жасқа дейінгі балалар, 4800 жасөспірімдер, 18 жас және одан жоғары тұрғындар саны – 35400-ге тең болса, туу жасындағы әйелдер саны 14900 құрады.

Аудан бойынша 6 аурухана (1 орталық аурухана, 4 ауылдық аурухана, 1 туберкулезге қарсы аурухана), 12 амбулаторлы-емханалықұйым (1 аудандық емхана, 11 дәрігерлік амбулаториялар) бар. Демографиялық көрсеткіш аудан бойынша бір қалыпты туу көрсеткіші 2013 жылы 23,9 болса, 2014 жылы 23,37 құрады. Табиғи өсім 2013 ж 19,2 болып, 2014 жылы тиісінше 0,2 төмендеп 19,0 құрады.

Тұрғындар денсаулығына келетін болсақ бірінші кезекте өлім көрсеткіші бірінші орынды алады. Барлық қайтыс болғандарды қоса алсақ 1000 адамға есептегенде 2013 жылы 4,6 (259), ал 2014 жылы 4,7 (265) теңболды. Өлім құрылымына келер болсақ жүрек-қантамыр ауруларынан 2013 жылы 100000 тұрғынға шаққанда 85,7; ал 2014 жылы 83,2 жағдайдан тіркелген. Онкологиялық аурулардан 2013 жылы 33,9 болса, 2014 жылы 44,2 болып 23,3% өсім берген. Ал кездейсоқ және бақытсыз жағдайлардан қаза болғандар 2013 жылы 37,5 болса, 2014 жылы күрт өсіп 67,3 құрады.

Кесте - **Отырар аудандық емханасының 2013-2014 жж жұмыс көрсеткіштерінің статистикалық мәліметтері**



Аудан бойынша кадр мәселесі ең өзекті болып табылады. Бірақ кадр тапшылығын жою мақсатында атқарылған шаралар арқасында келіп жатқан жас мамандар саны көбеюде. 2013 жылы 99 дәрігер 10000 халық қызмет көрсетсе (17,6), 2014 жылы 109 дәрігер ауданд а жұмыс атқарған (19,2). Орта медициналық қызметкерлер саны 2013 жылы 359 (63,8) болса, 2014 ж 357 (32,9) құраған.

Емхананың жұмысы халықтың келіп қаралу санына тікелей байланысты. Қаралулар саны 2013 жылы 254456 болса, 2014 жылы 248830 болды. Үйге барып қарап-көру 2013 ж 23891, 2014 ж 20833 құраған. Есептейтін болсақ бір тұрғынның жылына қаралу көрсеткіші 2013 ж 4,5 болса, 2014 жылы 4,4 тең болды. Жалпы аурушандық 2013 жылы 108057,1 құраса, 2014 жылы 90984,1 құрап, 15,7% төмендеген. Бұл аурулардың алдын алу мен диспансерлік есепте тіркелген науқастарды сауықтыру жұмысының көрсеткіші десек болады.

ҚОРЫТЫНДЫ:

Қорыта келе ауданда денсаулық сақтау саласы оң бағытта дамып келеді. Халық арасында жүргізілген салауатты өмір салтын насихаттау мен аурулардың алдын алуға бағытталған іс-шаралар өзінің жемісін беріп жатыр десек болады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы N 1113 Жарлығы. "Казахстанская правда" от 10.12.2010 г., № 334-335
2. Кан В.В., Тоцкая Е.Г., Новоселов В.П., АЛЯБЬЕВ Ф.В. Моделирование организации инновационной деятельности в учреждении здравоохранения // СМЖ . 2012. №3.
3. Денсаулық сақтау ісін басқаруды жетілдіру мәселелері (http://med-kz.ucoz.com/publ/dariger_maqalalary/densaulyq_saqtau_isin_basqarudy_zhetildiru_maseleleri/2-1-0-654)

РЕЗЮМЕ

Ш.М.Құрманбекова

Отрарская районная поликлиника, с.Шаульдер, Южно-Казахстанская область, Казахстан

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ОТРАРСКОГО РАЙОНА

В статье представлены актуальные вопросы амбулаторно-поликлинической помощи Отрарского района. Обеспеченность обслуживаемых контингентов основными видами лечебно-диагностической и медико-профилактической помощи и кадровое обеспечение.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебно-диагностическая, медико-профилактическая помощь, село, общественное здравоохранение.

SUMMARY

Sh.M.Kumanbekova

Otrar district polyclinic district polyclinic, village Shaulder, South-Kazakhstan region, Kazakhstan

KEY PERFORMANCE INDICATORS POLYCLINICS OTRAR DISTRICT

The article presents current issues of outpatient care Otrar district. Security troops served the main types of medical diagnostic, medical and preventive care and staffing.

Key words: outpatient care, diagnostic, health, village, public health.

УДК 616.12-008.331.1:616.72-002.77

Каркабаева А.Д., д.м.н., проф., **Теляева Н.Н.,** **Туртаева А.Е.,** к.м.н., **Алиханова К.**

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

АННОТАЦИЯ

Изучены данные по 245 больным ревматоидным артритом (РА). Выбраны больные с РА с верифицированным диагнозом «артериальная гипертензия» (АГ). Остальным больным для подтверждения или исключения диагноза АГ в течении 5 дней измерялось АД. Сформированы группы больных РА с АГ-110 человек, без АГ – 135 человек. Среди больных РА старше 40 лет АГ встречается чаще, чем в популяции - 45,6%. Заболеваемость АГ у больных РА прогрессивно увеличивается с возрастом. Максимальная частота АГ определяется у женщин с РА в возрасте 40-69 лет.

Проведен анализ распространенности АГ у больных РА по десятилетним периодам жизни у мужчин и женщин. У мужчин с РА в возрасте от 18 до 39 лет АГ выше, чем у женщин. В периоде от 40 до 70 лет у женщин с РА артериальная гипертензия встречается достоверно чаще, чем у мужчин РА. Особенно велика разница в возрасте 40-69 лет, эти данные позволяют предположить, что РА с АГ ассоциируется с женским полом: в возрасте 40-49 лет -32,31%, 50-59 лет-46,43%, 60-69 лет-62,25%.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, артериальная гипертензия, артериальное давление.

Актуальность

Артериальная гипертензия является одним из наиболее частых хронических заболеваний современного человека. По данным отечественного исследования распространенность АГ в Казахстане составляет 39,4% среди мужчин и 41,5% среди женщин. Результаты последних

исследований убедительно показали, что активное лечение АГ позволяет снизить как общую смертность, так и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, а также частоту развития инсультов. Сочетание АГ с ревматоидным артритом отражается на структуре смертности больных с РА, увеличивая долю сердечно-сосудистой смертности. Данные по распространенности АГ при РА противоречивы и требуют уточнения. Анализ литературных данных по частоте АГ у больных РА показывает, что большой разброс значения определяется отсутствием репрезентативности изучаемых выборок, разным контингентом больных по тяжести РА, недоучетом половых и возрастных особенностей, разными при теориями АГ по уровню (АД), используемые в разных классификациях. При этом большинство исследователей признают, что частота АГ у больных РА зависят от возраста, степени активности и выраженности внесуставных проявлений.

Цели исследования

Изучение распространенности АГ у больных РА в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы

Было обследовано 245 больных РА. Мы изучили документацию. После анализа первичной документации была создана электронная база данных с систематизацией анамнестических, клинических и лабораторных показателей. Были выбраны больные с верифицированным диагнозом АГ. Остальные больные для подтверждения или исключения диагноза АГ вызывались в клинику, им было предложено измерение АД в течении недели. Если в течение трех дней САД превышал 140 мм рт ст и ДАД 90 мм рт ст, то такие пациенты были отнесены в группу больных РА с АГ. На всех больных заполнялись специально разработанные анкеты. Проводился клинический анализ РА и АГ по возрасту и полу.

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных критериев (коэффициента корреляции Пирсона, t-критерий студента).

Результаты и обсуждение

Среди проанализированных нами больных РА сочетается с АГ у 44,89% (110), а у 55,11% (135) РА протекал без АГ. Средний возраст больных РА с АГ составляет 60,8±9,29 лет против 50,72±12,3 лет у больных РА без АГ. Эти данные подтверждают известное положение об ассоциации АГ с возрастом, в том числе у больных РА. Анализ частоты АГ у больных РА в зависимости от возраста показал значительное увеличение АГ у больных РА (табл. и рис.).

По литературным данным распространенность АГ в популяции выше у мужчин, но после 50 лет отмечается увеличение частоты случаев АГ у женщин. При изучении распространенности АГ у женщин выявлен прогрессивный рост АГ с возрастом: РА в возрасте 40-69 значительно превышает популяционный уровень.

Таблица 1 - Распространенность АГ у больных РА стандартизованная по возрасту и полу

| Возраст больных РА (годы) | Распространенность АГ у больных РА N=1622(%) | Распространенность АГ у женщин с РА | Распространенность АГ у мужчин с РА |
|---------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 18-29 | 2,34 | 1,65 | 5,14 |
| 30-39 | 8,25 | 7,37 | 10,9* |
| 40-49 | 25,79 | 32,31 | 12,87* |
| 50-59 | 40,67 | 46,43 | 21,65* |
| 60-69 | 61,35 | 62,25 | 51,76* |

Примечание: *- достоверность различий (p<0,05) между мужчинами и женщинами

Эпидемиологические исследования по распространенности АГ в популяции и у больных РА сложно сопоставлять. Исследования должны проводиться по единому протоколу, единой стратегии отбора населения для обследования, унифицированной методике измерения АД.

Заключение

Вопрос об истинной распространенности АГ среди больных РА крайне важен, поскольку при сравнении с популяционным контролем ответ на него позволяет уточнить характер гипертензии. При соответствии популяционной распространенности АГ и распространенности АГ среди больных логичным является предположение об эссенциальном характере гипертензии. В случае выявления большей распространенности АГ у больных РА, чем в популяции, можно думать о патогенетически обусловленной (ревматоид обусловленном варианте) вторичной гипертензии.

Результаты исследования показывает, что в целом распространенность АГ у больных РА выше, чем в популяции и составляет среди больных РА старше 40-69 лет 45,6%. Как и в популяции, у

больных РА отмечается значительный рост заболеваемости АГ с возрастом. АГ у больных РА ассоциируется с женским полом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуковский Г.С., Константинов В.В., Варламова Т.А., Капустина А.В. Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация в России и других странах. РМЖ, 1997, 5, 9, 551-552.
2. Зверева К.В., Грунина Е.А., Надирова Н.Н. Особенности артериальной гипертонии при ревматоидном артрите. Тер.архив, 1997, 5, 26-27.
3. Истомина А.В., Каракин А.А., Хрусталеv О.А. и др. Исследование нарушений ритма сердца, суточной динамики артериального давления и внутрисердечной гемодинамики у больных ревматоидным артритом. Росс.кардиол.журнал, 1999, 6, 18-20.
4. Парнес Е.Я., Ермоленко Е.А. Артериальная гипертония и центральная гемодинамика у больных ревматоидным артритом пожилого возраста. Клини.геронтол. 2000, 3-4, 24-27.
5. Kannel W.B. Hypertension as a risk factor for cardiac events-epidemiological results of long-term studies. J. Cardiovasc. Pharmacol., 1993, 21, 2, 2-12, 27-37.
6. Lawrence R.C., HelmickCh.G., Arnett F.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. Arthr. Rheum., 1998, 41, 778-799.
7. Shalnova S.A., Deev A.D., Organov R. Arterial hypertension impact on mortality in Russia. Eur. Heart J., 1998, 4, 24-27.

ТҮЙІН

Қарқабаяева А.Д., м.ғ.д., профессор, **Теляева Н.Н.**, **Тұртаева А.Е.**, м.ғ.к., **Алиханова К.**
АҚ «Астана медициналық университеті», Астана қ.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТІ БАР НАУҚАСТАРДА АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ТАРАЛУЫ

РА-пен 245 науқастың құжаттары қаралды. РА-пен АГ диагнозы қосарланған науқастар бөліп алынды. Басқа науқастарда АГ диагнозын растау немесе жоққа шығару үшін 5 күн бойы АҚҚ өлшенді.

РА және АГ-мен 110 адам, АГ-сыз 135 адам іріктеліп топтастырылды РА-пен науқастар арасында АГ 40 жастан жоғарғыларда жиірек кездеседі. РА-пен науқастардың жасының ұлғаюына байланысты АГ-мен аурушандық жоғарылайды. РА-пен 40-69 жас аралығындағы әйелдерде, АГ жоғарғы жиілікте анықталады. Біз РА-пен әйелдер және ерлердің 10 жылғы өмірлері аралығындағы АГ-ның таралуын талдадық. Ерлер арасында РА-пен АГ 18-39 жас аралығында, әйелдерге қарағанда жоғары. РА-пен әйелдер арасында 40-70 жас аралығында АГ ерлермен салыстырғанда жиірек кездеседі. Әсіресе өзгеріс 40-69 жастағыларда жоғары, осы көрсеткішке сүйене отырып РА-пен әйелдерде АГ жоғарылайды деп болжам жасауға болады. 40-49 жастағыларда 32,30%-ды, 50-59 жастағыларда 46,43%-ды, 60-69 жастағыларда 62,25%-ды құрайды.

Кілт сөздер: ревматоидты артрит, артериалды гипертензия, артериалды қысым.

SUMMARY

Karkabayeva A.D., doctor of medical science, Professor, **Telyaeva N. N.**, **Turtayeva A.E.**, the candidate of medical Sciences, **Alikhanova K.**
JSC "Medical University of Astana", Astana
SKSFA, Shymkent

PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS.

It was studied documentation of 245 sick RA. Patients with RA with the verified diagnosis of AG are chosen. By other patient for confirmation or an exception of the diagnosis of AG within 5 days it was measured the HELL. Groups of sick RA with AG-110 of people, without AG – 135 people are created. Among sick RA 40 years of AG are more senior meets more often than in population - 45,6%.

Incidence of AG at sick RA progressively increases with age. The maximum frequency of AG decides at women on RA at the age of 40-69 years.

We carried out the analysis of prevalence of AG at sick RA on the ten-year periods of life at men and women. At men with RA aged from 18 till 39 years of AG is higher, than at women. In the period from 40 to 70 years at women arterial hypertension meets RA authentically more often than at men of RA. The age difference of 40-69 years is especially great, these data allow to assume that RA with AG is associated with a female: at the age of 40-49 years of-32,31%, 50-59 years-46,43 of %, 60-69 years-62,25 of %.

Key words: rheumatoid arthritis, hypertension, blood pressure.

УДК:616.5-002-056.43-053.2-085

А.Х.Хайруллаев, ассистент кафедры,**М.С. Бабаназарова**, **С.Р. Махаметова**, **А.З. Наршабаев**,
А.А. Абдимауленов, резиденты-педиатры
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

АННОТАЦИЯ

В статье дается данные литературы и результаты собственных исследований атопического дерматита у детей младшего возраста. Значительное место в работе принадлежит проблемам терапии, в том числе наружной и фармакологической. Отражены подходы к профилактике обострений атопического дерматита, включающая элиминацию аллергенов, аллергенспецифическую иммунотерапию и фармакотерапию, подбор диетотерапии у ребенка раннего возраста, страдающего пищевой аллергией.

Ключевые слова: дети, атопический дерматит, аллергия, антигистаминные препараты, диетотерапия.

Атопический дерматит (АД) является актуальной прежде всего детской дерматологии и педиатрии, поскольку это одно из наиболее распространенных в мире аллергических заболеваний у младенцев и детей. АД-хронически рецидивирующее заболевание, характеризующееся экзематозными и лихеноидными высыпаниями, возникновение которого связано с атопией и развитием аллергического воспаления кожи. В разных странах АД страдает от 6 до 25,6% детского населения (1,5,7). Более высокая распространенность АД отмечается у детей раннего возраста, у подростков он выявляется в 11% наблюдений(3-6).

Цель исследования: диагностика, оценка эффективности проводимых терапии и профилактики АД у детей раннего возраста.

Методы и материалы. Наши исследования проводились в 2013-2014 годы на базе областной клинической детской больницы в отделении детей младшего возраста. Всего обследовано и проведено лечение 24 больных АД в возрасте от 1-го месяца до 3 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. Нами проведен анализ клинических проявлений АД у 24 больных детей, лечившихся в областной детской больнице. Изучено 24 историй болезни за период 2013-2014 годы. У всех больных были использованы общеклинические, тщательный сбор аллергоанамнез, определение концентрации общего IgE в сыворотке крови, кожные тесты с аллергенами, назначение элиминационной диеты и провокационной тесты, определение аллергенспецифических IgE АТ в сыворотке крови, бактериологические, биохимические, инструментальные методы диагностики. Возраст заболевших: от 1мес. до 6мес.(24%), от 6 мес. до 1 года(36%), от 1года до 2 лет(28%) и от 2 лет до 3 лет(12%). Среди них мальчиков было 40%, девочек 60%. Из них 58% проживали в г.Шымкент, остальные в различных регионах области 42%. АД начинается обычно в течение первых 6 месяцев жизни и нередко продолжается и во взрослом возрасте. Чаще болеют дети в возрасте до 1года, в семьях которых прослеживаются случаи аллергических заболеваний. АД характерны наследственная предрасположенность к аллергии, возрастная морфология высыпаний, стадийность развития и склонность к хроническому

рецидивирующему течению. АД подразделяется на 3 последовательные фазы: младенческий(до 2 лет), детский (от 2-х до 13лет), подростковый и взрослый (от 13 и старше), имеющие различные особенности проявления(8-10).

Младенческая форма АД наблюдается у ребенка с момента рождения до 2 лет. Излюбленная локализации дерматита: лицо, разгибательные поверхности конечностей, может распространяться на туловище. Характерно мокнутие, образование корок, сухость кожи. Часто АД обостряется при введении прикорма и при прорезывании зубов.

К обязательным критериям диагноза относятся зуд, хроническое рецидивирующее течение, атопии у самого больного или родственников и типичные по виду и локализации высыпания. Диагноз АД зависит от исключения таких заболеваний как чесотка, аллергический контактный дерматит, себорейный дерматит, псориаз и ихтиоз.

Лечение: безмолочный стол дает улучшение в 85% случаев. Смеси на основе гидролизата белка(Альфаре, Хумана ГА) предпочтительнее соевых, которые обостряют процесс в 10-14%, а также козьего молока. Вводят овощи, конину, баранину, кролика, свинину, индейку и безмолочные каши. Исключаются и др. пищевые и бытовые аллергены. Основой лечения АД является увлажнение и смягчение кожи мазями и кремами. Предпочтительны средства лечебной косметики для атопиков, не содержащие красителей, отдушек (Атодерм, Трикзера, Экомега, Локобейз, Липикар, Мюстелла, Идельт, Топикрем), их наносят многократно в день, в том числе при лечении МГК и Элиделом. При инфицированных высыпаниях, опрелостях, периоральном дерматите эффективны Сикальфат, Дермалибур, Мюстелла, Стеллатопия, УрьятКупрум-Цинк, Атодерм-Цинк. При купании используют не содержащие щелочь и не сушащие кожу мыло и шампуни («мыло без мыла») с нанесением увлажняющих кремов на еще влажную кожу. На сухих лихенизированных участках используют жирные и очень жирные мази. Важна борьба с расчесами, перегревом, усиливающими зуд. У части больных хорошо действуют солнце, морская вода.

Местное лечение: в острой фазе экссудации, корках, зуде-очищение кожи теплой водой, высыхающие примочки(Буровская жидкость, р-р Риванола 1:1000, 1% р-р таника на 20-40 мин.2-4 раза в день), красители(жидкость Кастеллани, 1-2% р-р метиленового синего), затем МГК: сначала 3-5 дней на туловище и конечности сильные - II-III класса(на лицо,гениталии,складки-I класса-опасность атрофии кожи), затем I-Класса -2раза в день 1 неделя, затем 1 раз в день 1-2 нед. Эффект лучше от слабых МГК при более частом втирании, чем редкие втирания- сильных. МГК у детей - 2 лет можно заменить на крем с промекролимусом (Элидел) или такролимусом (Протолик), в т.ч. в ремиссию, что снимает частоту обострений. Пиритион цинка (Цинокал крем, Скин-кал, 0,2% аэрозоль и крем) обладает противовоспалительным и антибактериальным эффектом, уменьшает зуд(поддерживающая терапия).

При стафилококковой инфекции: мазь Бактробан, внутрь макролиды, цефалексим; частое использование антибактериальных спреев и мазей усиливает сенсibilизацию. При грибковой инфекции: МГК с клотримазолом или изоконазолом(Тридерм, Травокорт и др.). При подозрении на чесотку к МГК добавляют бензилбензоат, при экземе Капоши-ацикловир 80 мг/кг/сут.

Базисная системная терапия: в острой фазе- сорбенты, противогистаминные средства 2-го поколения (в возрасте до 1 года-Зиртек) на 2-3 нед., при зуде- 1-го поколения коротким курсом. Есть данные об эффективности кетотифена (курс 3-6 мес.), АЛР. Цинка сульфат (Цинктерал 0,3-0,5г/сут.) показан при частых ОРВИ, акродерматите (на дефицит цинка указывает низкий уровень щелочной фосфатазы крови). При тяжелых формах используют аналоги Налкрема- Интал 100 мг/сут, Аллерговал, Пентатоп. Иммуносупрессивные препараты (Циклоспорин 2,5-5 мг/кг/сут, азатиоприн, ГКС) используют короткими курсами.

Профилактика АД. Из рациона ребенка надо полностью исключить продукты (как и лекарства) вызывающие обострение, предупреждение ОРВИ, прекращение курения в доме, уменьшение контакта с другими аллергенами. Особенно у детей с аллергической наследственностью, включает грудное вскармливание хотя бы до 6 мес(с ограничением молока,яиц и др аллергизирующих продуктов для кормящей матери). Рацион беременной не должен включать продукты, вызывающие у нее аллергическую реакцию. Гипоаллергенный прикорм, позднее (12-18 мес) введение коровьего молока и блюд с ним, глютенсодержащих продуктов и яиц, не ранее 3 лет-рыбы, орехов.

Выводы: Совместные действия врача и больного, а также системный подход в лекарственной терапии при обострениях АД, так и комплексе мер профилактического и протигоревидивного характера создают условия для успешного и эффективного лечения особенно сопутствующим заболеваниям тяжелого течения АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саломыков Д.В. Особенности течения и терапии атопического дерматита у детей с грибковой колонизацией кожных покровов// Педиатрия- 2003-№5.-70с.
2. Лечение аллергических болезней у детей/Под ред.И.И.Балаболкина. -М.МИА,2008-352с.
3. Лусс Л.В. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость, терминология классификация, проблемы диагностики и терапии. М.:Фармарус Приинт,2005.-28
4. Лечебное питание детей с атопическим дерматитом. Пособие для врачей. Под ред. В.А.Ревякиной, Т.Э.Боробик. М.: НЦЗД,2002:36с.
5. Монахов К.М., Соколовский Е.В., Домбровская Д.К. Интермиттирующая терапия местных глюкокортикостероидами больных атопическим дерматитом// Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2010. - №5. - С.60-67

ТҮЙІН

А.Х.Хайрулла, кафедра ассистенті, М.С.Бабаназарова, С.Р.Махаметова, А.З.Наршабаев, А.А.Абдимауленов, педиатр-резиденттері
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.,Қазақстан Республикасы

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ: ДИАГНОЗЫ, ЕМІ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Мақалада ерте жастағы балалардағы атопиялық дерматиттерге әдебиет шолу және өзіміздің тексеру нәтижелеріміз келтірілген жұмыстың ауқымды бөлігін емдеудің өзектілігіне, оның ішінде сыртқы фармакотерапия. Атопиялық дерматиттің алдын алу, аллергендерді элиминациялау, арнайы аллеген иммуно-фармакотерапия, ерте жастағы балаларға тағамдық аллергиясымен диетотерапия таңдау айтылған.

Кілт сөздер: балалар, атопиялық дерматит, аллергия, антигистаминді препараттар, диетотерапия.

ANNOTATION

A.N.Nayrullaev, assitent Department. M.S Babanazarova, S.R Makhametova, A.Z. Narshabaev, A.A. Abdimaulenov pediatricians residents
YUKGFA, Shymkent, Kazakhstan

ATOPIC DERMATITIS IN INFANTS: DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION.

In the article the literature data and the results of their own research of atopic dermatitis in young children. A significant place in the work belongs to the problems of therapy, including external and pharmacological. Recorded approaches to prevention of exacerbations of atopic dermatitis, which includes the elimination of allergens, allergen immunotherapy and pharmacotherapy, choice of diet therapy in a young child suffering from a food allergy.

Key words: children, atopic dermatitis, allergies, antihistamines, diet.

УДК 616.61 – 053.2 – 07 – 084

Стоева Т.В., д.мед.н. профессор, **Копейка А.К.**, к.мед.н., **Годлевская Т.Л.**, к.мед.н., **Прохорова С.В.**, к.мед.н.

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

РЕЗЮМЕ

Тенденции в детской нефрологии на сегодняшний день демонстрируют изменение семиотики, часто олигосимптомное развитие и течение нефропатий, что приводит к поздней обращаемости за помощью и хронизации процесса. Возрастает актуальность профилактического направления в педиатрии, когда задачей медиков является предотвращение болезни на этапе доклинических проявлений. Здоровье ребенка формируется под комплексным воздействием наследственной склонности к определенной патологии и разнообразных внешних факторов, которые постоянно воздействуют на организм. Целью исследования явилось изучение совокупности факторов риска развития нефропатий у детей, а также их групповой интеграции на основании наличия общности происхождения и взаимосвязи. Анализ факторов риска проведен с позиции интегральной оценки целостного организма путем кластерного анализа, который отобразил внутреннюю структуру в общем массиве неблагоприятных признаков. Анализ полученных данных поможет в оптимизации профилактического направления в педиатрической практике.

Ключевые слова: факторы риска нефропатии, детский возраст, кластерный анализ

Актуальность: В настоящее время наблюдается увеличение частоты заболеваний органов мочевыделительной системы в детской популяции. При этом в первую очередь увеличение частоты нефропатий отмечается в экологически неблагоприятных регионах. Часто первые проявления регистрируются уже на первом году жизни ребенка. При экологическом неблагополучии окружающей среды, ухудшения качества продуктов питания и воды, почки становятся органами – мишенями, на которые воздействуют разнообразные повреждающие и неблагоприятные факторы. Но, благодаря функциональным резервам почек, эконефропатии не всегда сопровождаются клиническими проявлениями. Это в значительной степени маскирует патологические изменения в почках, что лежит в основе их несвоевременной диагностики. Сегодняшние тенденции демонстрируют изменения семиотики, наблюдается олигосимптомное развитие и течение нефропатий, что приводит к поздней обращаемости за помощью и к хронизации процесса.

Здоровье ребенка формируется под комплексным воздействием наследственной склонности к определенной патологии и разнообразных внешних факторов, которые постоянно воздействуют на организм.

Следует подчеркнуть, что наследственность в отношении почечной патологии рассматривается как один из наиболее важных факторов риска возникновения заболеваний почек у детей и их хронизации.

Также большое значение в развитии нефропатий у детей имеет перинатальная патология, которая оказывает существенное влияние на закладку органов мочевыделительной системы и динамику становления почечных функций у ребенка.

При обследовании ребенка необходимо учитывать тесные межорганные структурно-функциональные связи между почками и другими системами. Часто у детей с почечной патологией определяются заболевания органов пищеварения. Известно, что органы мочевой системы и желудочно-кишечного тракта имеют не только схожие морфофункциональные особенности, но и близкие терминологические периоды в своем эмбриогенезе, поэтому нередко происходит одновременное развитие патологического процесса в этих системах органов.

Говоря о микробно-воспалительном процессе в мочевой системе, следует отметить увеличение значимости вирусной инфекции в развитии нефропатий у детей. Вирусы, в отличие от бактерий, могут проходить через неповрежденный почечный фильтр, поэтому повторные ОРВИ у детей являются безусловным фактором риска развития нефропатий из-за снижения иммунной резистентности. Не менее важной проблемой является и частое необоснованное использование антибактериальных препаратов, что приводит к нарушениям микробиоценоза кишечника, и определенно влияет на микробные экосистемы мочевого тракта.

Трудно переоценить значимость алиментарного фактора в процессе роста и развития ребенка. Весьма неблагоприятным является преждевременное окончание грудного вскармливания. Для развития нефропатий дисметаболического генеза наряду с нарушениями пищевого и питьевого режимов важную роль играет также несбалансированный микроэлементный и витаминный состав еды, качество питьевой воды. Стойкая тенденция к ухудшению качества питьевой воды вызывает особую обеспокоенность медиков в отношении нарастания числа нефропатий.

Многофакторные этиопатогенетические механизмы определяют и сложности в ведении пациентов, и не всегда достаточную эффективность терапевтических мероприятий. Сегодня в педиатрии актуальным является профилактическое направление, когда задачей медиков является предотвращение развития болезни на этапе доклинических проявлений. Для изучения и прогнозирования состояния здоровья необходимо учитывать в совокупности большое количество факторов: биологические, этнические, социально – гигиенические, социально – экономические, экологические и другие факторы, которые оказывают влияние на развивающийся организм ребенка. То есть, основным полем действия превентивных мероприятий является определение факторов риска нефропатий на популяционном, семейном, индивидуальном уровнях.

Данные литературы свидетельствуют о том, что часто исследуются и принимаются к вниманию только некоторые факторы риска развития патологии в детском возрасте, в то время как важным является учет целого комплекса неблагоприятных факторов и определение взаимосвязи между ними. В разнообразных комбинациях, наслаиваясь друг на друга, факторы риска могут усиливать риск возникновения заболевания. В таких ситуациях сочетание нескольких факторов риска создает наиболее выгодные условия для возникновения и прогрессирования патологии, чем одиночные факторы. Таким образом, важным является выявление именно комбинаций неблагоприятных факторов риска.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение совокупности факторов риска развития нефропатий у детей, а также их групповой интеграции на основании наличия общности происхождения и взаимосвязи.

Материалы и методы:

В ходе исследования проведен ретроспективный анализ медицинской документации (архивный материал). Изучались истории болезней детей (средний возраст $8,27 \pm 1,21$ лет) с различными формами нефропатий (всего 600 историй болезней; из них 300 историй болезней детей с нефропатиями микробно – воспалительного генеза, 300 историй болезней детей с нефропатиями дисметаболического генеза) за период с 2008 по 2014гг. Для учета полученных данных была разработана индивидуальная карта, которая включала 60 наиболее распространенных признаков, способных влиять на развитие нефропатий, таких как: состояние здоровья родителей ребенка, наличие наследственной патологии, акушерский анамнез матери, профессиональные вредности родителей, особенности развития ребенка на первом году жизни и характер питания, в том числе длительность грудного вскармливания, сопутствующая патология у ребенка со стороны разных систем органов, особенности пищевого и питьевого режимов в семье.

Проведен анализ выявленных факторов риска с позиции интегральной оценки целостного организма.

Изучение факторов риска проводилось методом кластерного анализа, суть которого заключается в выявлении определенных групп (кластеров), имеющих близкие значения влияния на возникновение заболевания. Т.к. кластерный анализ выявляет структуру, свойственную сложным совокупностям данных, его задачей является объединение элементов в кластеры таким образом, чтобы факторы внутри одного кластера имели высокий уровень «природной близости» между собой, а сами кластеры при этом были «достаточно отличными» друг от друга. Цель кластерного анализа в в представленной работе заключалась в поиске внутренней структуры в общем массиве неблагоприятных признаков, которая не визуализируется при обычном анализе данных.

В ходе кластерного анализа, который осуществлялся по принципу «ближайшего соседа», было построено иерархическое дерево (дендрограмма), демонстрирующее объединение групп неблагоприятных признаков в отдельные классы таксономий на определенных уровнях. На дендрограмме видно, как кластеры первого уровня объединяются на каждом последующем уровне, пока все не сольются в единый кластер. (рис.1)

Результаты и обсуждения: В результате кластерного анализа, многочисленные неблагоприятные факторы были распределены на 10 кластеров, объединенных на разных уровнях иерархического дерева, которые сливаясь между собой в единый объединяющий кластер, показывают тесную и последовательную взаимосвязь между изучаемыми факторами.

Каждая отметка (соответственно цифра) горизонтальной оси дендрограммы соответствует определенному неблагоприятному признаку. На вертикальной оси показано расстояние объединения, на котором кластеры группируются в новые классы таксономий. (рис.2)

1 – й кластер: наследственность со стороны родителей (мочекаменная болезнь по отцовской линии - 22, сахарный диабет по материнской линии - 19). Объединение этих признаков в отдельный кластер указывает на важности именно сочетанного влияния наследственности по отцовской и материнской линии.

2 – й кластер объединил в себе несколько групп признаков:

- патология беременности и родов (нефропатия - 3 и артериальная гипертензия беременных - 5, угроза прерывания беременности - 2, роды до срока - 6),
- особенности вскармливания на первом году жизни (искусственное вскармливание со дня рождения - 30, короткий период грудного вскармливания, менее 3 месяцев - 29),
- наследственность со стороны родителей (со стороны матери: гипертоническая болезнь - 20, пиелонефрит - 15, желче-каменная болезнь - 17, воспалительные заболевания ЖКТ - 18; и со стороны отца: пиелонефрит - 21, сахарный диабет - 26, ожирение - 25, желче-каменная болезнь - 24, воспалительные заболевания ЖКТ - 23),
- профессиональные вредности (у матери: механические - 9 и биологические факторы - 11; у отца: механические - 12, химические - 13 и биологические факторы - 14),
- вес ребенка на 1 – м году жизни (излишний вес - 28 и недостаточный набор веса - 27).

Таким образом, все перечисленные признаки, которые являются составными частями второго кластера взаимосвязаны между собой: действие профессиональных вредностей и наследственность со стороны родителей определяют уровень их соматического здоровья, что обуславливает в дальнейшем течение беременности и родов у матери. В свою очередь неблагоприятное течение беременности и родов отражается на возможности адекватного вскармливания на первом году жизни, что впоследствии влияет на темпы увеличения веса ребенка.

3 – кластер является объединением на одном уровне кластеров 1 и 2. То есть, этот кластер отображает суммарное действие медико-социальных факторов со стороны родителей.

4 – кластер: гипеоксически-ишемическая энцефалопатия - 32, ацетонемическая рвота - 57, снижение аппетита - 56, периодические жалобы на боли в животе - 42. Выделение признаков патологии желудочно-кишечного тракта ребенка в отдельный кластер в сочетании с неврологической патологией на первом году жизни доказывает тесную взаимосвязь между этими системами органов.

5 – кластер: объединил признаки патологии беременности и течения родов (анемия беременных - 4, самопроизвольные выкидыши в анамнезе - 8, артериальная гипертензия - 5 и нефропатия беременных - 3, гестоз - 1, преждевременные роды - 6) и наследственность со стороны матери в виде мочекаменной болезни.

Выявленное сочетание признаков очень интересно, так как из всех наследственных признаков, которые подлежали учету, с патологией беременности и родов объединились признаки наследственности со стороны матери в виде мочекаменной болезни, что доказывает важность влияния наличия именно нефрологической патологии у матери как возможного триггерного механизма в цепной реакции развития нефропатий у детей уже в антенатальном периоде развития ребенка.

6 – кластер объединил на одном уровне 3, 4 и 5 кластеры, которые характеризуют, как указывалось выше, медико – социальные и медико – биологические факторы риска в большей степени со стороны родителей ребенка.

7 – кластер: содержал признаки, которые характеризуют особенности питьевого режима семьи (употребление неочищенной воды - 51, употребление неочищенной кипяченой воды - 52). Выделение питьевого фактора в отдельный кластер не случайно, потому что неблагоприятное влияние употребления некачественной воды может отобразиться на всех уровнях и звеньях патогенеза заболевания почек.

8 – кластер: содержит медико – биологические признаки исключительно со стороны ребенка: кишечные отравления - 37, нарушения микробиоценоза - 46, частые эпизоды ОРВИ в анамнезе - 33 (более 6 эпизодов в год), хроническая патология ЛОР – органов - 34, сопутствующая пищевая аллергия - 31, ранний кариес - 49, вегетативные расстройства - 48, поносы - 39, безпричинные эпизоды субфебрилитета – 40, запоры - 38, боли в суставах - 43, боли в пояснице - 41, лишний вес ребенка - 44, фимоз - 47).

Практически все перечисленные признаки патогенетически взаимосвязаны между собой: кишечные инфекции в анамнезе часто являются причиной нарушений микробиоценоза, что может

проявляться как в виде поносов так и запоров, вследствие чего страдает иммунная система детского организма и ребенок становится уязвимым к частым простудным заболеваниям, формируется хроническая патология со стороны ЛОР органов. Кроме того, доказана тесная связь нарушения кишечного микробиоценоза с возникновением микробной инфекции мочевой системы. Признаки раннего кариеса являются показателем того, что в организме ребенка постоянно присутствует очаг хронической инфекции. Наличие фимоза у мальчиков создает благоприятные условия для инфицирования мочевых путей восходящим путем.

9 – кластер: нарушение пищевого режима (употребление еды с общего стола, «фаст-фуда», газированных напитков) - 50 и лишний вес ребенка - 44.

Объединение признаков, которые характеризуют нарушения пищевого режима ребенка с лишним весом вполне понятно, потому что нерациональное питание в разные возрастные периоды ребенка создает так называемый метаболический стресс в организме, что приводит к обменным нарушениям и, как вследствие этого к избыточному весу, развитию дисметаболических нефропатий.

10 – кластер: включает единственный признак - гельминтную инвазию - 35.

Обособленность гельминтной инвазии от других неблагоприятных факторов объясняется тем, что хотя влияние гельминтов и отражается на функции многих систем органов, все равно этот фактор является экзогенным и полностью контролируемым, независимо от других.

На заключительном уровне дендрограммы происходит объединение 6, 7, 8, 9 и 10 кластеров в единый завершающий кластер, что тем самым доказывает взаимосвязь между всеми неблагоприятными признаками, которые изучались в ходе исследования кластерного анализа.

Выводы: Изучение факторов риска развития нефропатий у детей доказывает, что вероятность возникновения, развития и прогрессирования нефропатий увеличивается при наличии сочетанного влияния групп факторов.

При наличии данных о влиянии значимых факторов риска и их сочетания на здоровье ребенка становится возможным оптимизация профилактики патологических состояний путем воздействия на факторы риска на доклинических стадиях развития болезни.

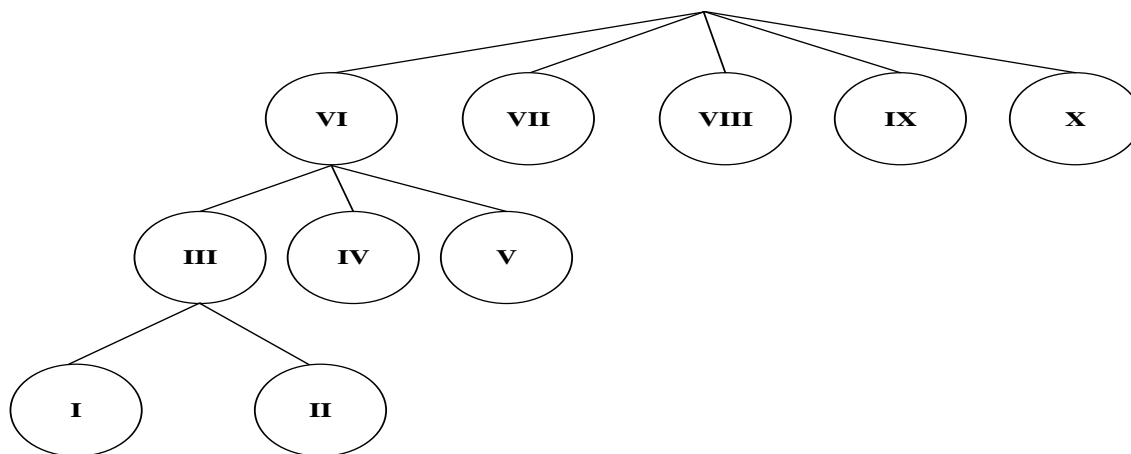
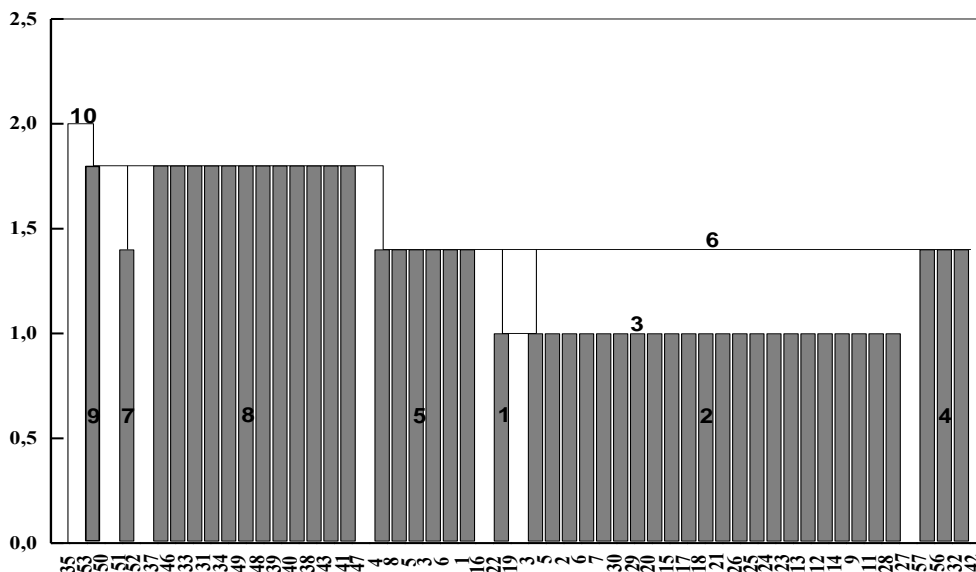


Рисунок 1 - Схематическое изображение объединения кластеров факторов риска.



По оси абсцисс – факторы риска
 По оси ординат – расстояние объединения

Рисунок 2 - Дендрограмма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубаренко О.В. Клініко – анамнестичні пре диктори прогресування при дисметаболичній нефропатії у дітей / О.В. Зубаренко, Т.В. Стоєва // Одес.мед.ж. – 2013. - №4 (138). – С. 47 – 52.
2. Жамбю М. Иерархический кластерный анализ и соответствия / М. Жамбю. – М.: Финансы и статистика, 1988. – 342 с.
3. Игнатова М.С. Детская нефрология. – М: Медицинское информационное агентство, 2011. – 696с.
4. Мендель И. Кластерный анализ / И. Мендель. – М. : Финансы и статистика, 1988. – 176 с.
5. Маковецкая Г.А. Перспективы развития профилактического направления в нефрологии / Г.А. Маковецкая, Н.В. Русакова // Рос.вестн. перинатологии и педиатрии – 2003. -№ 3. – с. 43–45.
6. Реброва О. Статистический анализ медицинских данных / О. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2006. – 305 с.
7. Петросян Э.К. Детская нефрология. Системный подход. – М.: ГЭОТАР – Медиа, - 2009. – 192с.
8. Tiselius H.G. A hypothesis of calcium stone formation: an importation of stone research / H.G. Tiselius // Urol. Res. – 2011 - #39 (4). – P 231 – 243
9. Family history in stone disease / Н.Н. Koyuncu, F.Yencilek, B.Eryildirim, K.Sarica // Urol. Res. – 2009 – V.10. – P.240 – 249

ТҮЙІН

Стоєва Т.В., м.ғ.д., профессор, Копейка А.К., м.ғ.к., Годлевская Т.Л., м.ғ.к., Прохорова С.В., м.ғ.к.

Одесса ұлттық дәрігерлік университеті, Одесса, Украина

БАЛАЛАРДАҒЫ НЕФРОПАТИЯЛАРДЫҢ ДАМУЫ ТУРАЛЫ КЛАСТЕР ФАКТОРЛАРДЫҢ ТАЛДАУЫ

Бүгінгі күнге нефрологияда баласыда тенденциялар семиотиканың өзгерісі көрсетіп жатыр, нефропатиялардың жиі олигосимптомное дамытуы және ағымы, не көмектің артында кешірек айналымдылыққа алып келіп жатыр және хронизации процессті. Медиктердің есеппен доклинических әсер етулерге кезеңде аурулар сақтап қалуы келген кезде, педиатрияда алдын алу бағыттар өзектілік өсіп жатыр. Бөпені денсаулығы нақтылы патологияға тұқым қуалаған мейілдердің кешенді әсердің астына қалыптасып жатыр және организмге тұрақты әсер еткен алуан сыртқы факторларды. Зерттеулер мақсатпен тектеріне және өзара байланыстарына ортақтығында бар болуларына негізінде балаларда, және олардың топтық кірігуінде нефропатиялар дамытулары тәуекелі факторлардың жиынтықтары зерттеуі көрінді. Факторлардың талдауы тәуекел қолайсыз белгілердің жалпы алғанда массивке ішкі құрылымды суреттеген кластер талдау жолымен бүтіндік организмнен интегралды бағадан позициядан өткізілген. Талдау алған алдын алу ықшамдауда осы көмектеседі

Кілт сөздер: нефропатия факторлар, бала жасы, кластер талдау тәуекел.

SUMMARY

Stoeva T.V., MD , Professor, **Kopeika A.K.**, candidate of medical sciences, **Godlevskaya T.L.**, candidate of medical sciences, **Prokhorov S.V.**, candidate of medical sciences
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

CLUSTER ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR NEPHROPATHY IN CHILDREN

Today's trends in Pediatric Nephrology demonstrate a change of semiotics, often oligosymptomatic development of nephropathy, which leads to develop of chronic process. Relevance of preventive pediatric is increasing, and the task of physicians is to prevent disease at the stage of pre-clinical manifestations. Child Health formed under the combined action of hereditary predisposition to a certain disease, and a variety of external factors that affect the body constantly. The aim of the study was to evaluate the combined risk of nephropathy in children, as well as the integration of the group by virtue of having a common origin and relationships. Analysis of risk factors conducted from the perspective of an integrated assessment of the entire organism through cluster analysis, which displays the internal structure in the general adverse signs. Analysis of the data will help to optimize preventive direction in pediatric practice.

Key words: nephropathy risk factors, childhood, cluster analysis.

ПЕДАГОГИКА

УДК 811.111:378.147

Svichkar Y.V.

SKSPhA, Shymkent, Republic of Kazakhstan.

COMMON APPROACHES TO IMPROVE ORAL ENGLISH

SUMMARY

This article aims to report common approaches that indicate success in English oral communication. Whether English learning is for basic, intermediate or advanced learners, the ability of students to articulate simple to complex ideas in English can be verified, assessed, and improved using various educational techniques. Once students become comfortable using the basic approaches of communicating meaning in English, they can start participating in English conversations, whether through orchestrated scenarios or in real life encounters.

Key words: common approaches, conversational skills, proficiency of students, foreign language articulation

Introduction

One of the factors that indicate success in English is the proficiency of students in oral communication. Whether English learning is for basic, intermediate or advanced learners, the ability of students to articulate simple to complex ideas in English can be verified, assessed, and improved using various educational techniques. Once students become comfortable using the basic approaches of communicating meaning in English, they can start participating in English conversations, whether through orchestrated scenarios or in real life encounters.

In any linguistic context, the process of conversation involves listening, mental formulation of meaning and speaking. Each participant in a conversation has to perform all three tasks in order to remain an active and relevant player in the encounter. Because these tasks are by no means easy to perform for most non-native speakers, the experience of successfully participating in a complete session provides much pleasure, excitement and satisfaction among students. Often, there is some sort of eureka moment when an idea expressed in English is correctly apprehended by the student and when a specific idea students are trying to convey in foreign language is articulated correctly and clearly understood by a native English speaker. Likewise, teachers of English as a second or foreign language whose students have developed conversational skills are adequately affirmed in terms of their profession as well as the learning strategies and techniques that they adopt.

Getting students to develop conversational skills in English is riddled with challenges, however. The fact is, the various forms of oral discourses - light conversation, role-plays, debates, topic discussions and recitations - are seen with dread and apprehension by many students. This results to a considerable timidity or hesitation among students to proactively articulate their thoughts in English. A number of factors have been identified to cause or reinforce learners' reluctance to speak in English. These include:

1. The topic is irrelevant or totally foreign to the student.
2. The student does not have an opinion or anything to articulate about the subject.
3. The student does not know how to correctly articulate an idea and is fearful of making mistakes and ridiculed by the class or the conversation partner.
4. The student is intimidated by the higher level of proficiency exhibited by other students. The possibility of being compared to more articulate learners results to a nagging reluctance to participate even when the student has valid ideas about the topic.
5. The student is conscious about and ashamed of the peculiar accent he or she exhibits when speaking in English.

Getting these common hindrances out of the way is the first major step a competent teacher should take. Here are some logical, common sense approaches in doing so:

1. Teachers should be aware of socio-cultural contexts they are teaching in. Aligning lesson plans that make use of highly relevant and familiar topics will help students to easily form ideas and opinions that they need to express in English.
2. To facilitate a better learning environment, English teachers should make it a point to get to know their students individually as much as possible. In smaller classes, getting to know students' hobbies or interests may help yield valuable conversation topics. This may not be possible in much bigger classes, however.
3. Creating an open, tolerant, and socially constructive classroom is critical in fostering collaborative learning. At the beginning of the lesson, teacher should already have established that mistakes will inevitably occur and that there is no reason to be ashamed of them.
4. In some learning scenarios, competition is a strong motivation for success. In others, however, collaborative techniques that wholly benefit the group are better utilized.
5. Exhibiting accents is a normal manifestation in second or foreign language articulation. Educators and linguists differ on how they regard this phenomenon, however. On one hand, the spread of English around the world has transformed it into a global language such that no single ethno-linguistic group can now really claim it as its own. After all, linguists believe that language is organic and continually evolving, with different groups assimilating a particular language and imbuing it with their own characteristic nuances and accents. On the other hand, there are teachers who maintain that encouraging the use of a neutral English accent is the best course to take in the long run, especially in global communication. Hence, teachers should constructively teach the globally acceptable way of speaking in English.

Finally, in addition to classroom activities, teachers may encourage their students to visit online portals that offer live English conversations to second or foreign language learners. Most of these are paid services but other websites do offer free audio records of different situational dialogues. These audio records can be good practice aids to help students improve their English conversational skills.

Conclusion

In English as a foreign language, the focus is often on teaching reading, writing and grammar skills while little time is spent teaching speaking skills. This becomes a problem when students need to use English to speak. The research of many scholars in the fields of improving speaking skills helps to identify and explain effective approaches and tools for improving learners' oral English. Combining how common approaches are understood, what oral communication consists of and where oral communication takes place leads to a greater understanding of how to teach speaking skills.

REFERENCES

1. Stephen D. Krashen. "What does it take to acquire language?", 2000.
2. Marianne celce-Murcia, Donna M. Brinton and Janet M. Goodwin."Teaching Pronunciation"; 1996.
3. Timothy Bell. "Extensive reading: Why? And how?", 1998. Internet resources: http://www.ehow.com/how_6496012_improve-oral-english.html

ТҮЙІН

Свичкарь Е.В.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

АУЫЗША АҒЫЛШЫН ТІЛІН ЖАҚСARTУДЫҢ ҚАРАПАЙЫМ ЖОЛДАРЫ

Бұл мақалада ағылшын тілі бойынша дәрістерде студенттердің коммуникативті машықтануларын дамыту жолдары кеңінен қарастырылады. Бұл мақсатта тілдің әртүрлі деңгейлерінде ағылшын тілінің жай сөздерінен бастап, күрделі қолданыстарында артикуляцияны жақсартуға, бағалауға және тексеруге бағытталған білім берудің әртүрлі техникалары пайданылды.

Студенттер негізгі коммуникативті машықтарды пайдаланып пікірталасқа қатысу барысында коммуникацияның нақты жағдайлық тапсырмаларын және тақырыпты өздігінен дамыта алады.

Кілт сөздер: қарапайым жолдары, коммуникативті дағдылар, студенттердің дайындықтары, шет тілінің артикуляциясы.

РЕЗЮМЕ

Свичкарь Е.В.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан

ПРОСТЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ УСТНОГО АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

В данной статье рассматриваются распространенные подходы к развитию коммуникативных навыков студентов на занятиях по английскому языку. Для этих целей используются различные образовательные техники, направленные на проверку, оценку и улучшение артикуляции, начиная от простейших слов и выражений и заканчивая сложными оборотами на английском языке на разных языковых уровнях. Как только студенты начинают включаться в дискуссию, используя основные коммуникативные подходы, они могут самостоятельно развивать тематику и реальные ситуационные задачи коммуникации.

Ключевые слова: простые подходы, коммуникативные навыки, подготовленность студентов, артикуляция иностранного языка

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ | |
| Е.С. Мельников, Г. В. Раменская ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЕГО АКТИВНОГО МЕТАБОЛИТА ЭНАЛАПРИЛАТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ МЕТОДОМ ВЭЖХ-МС/МС | 2 |
| Рябухин К.В. КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ | 4 |
| Чернышев О.В. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ | 8 |
| В.Н.Запорожан, И.А.Анчева КОМПЛЕКСНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ | 12 |
| Алтынбекова А.Ж., Асильбекова А.Д., Каракулова А.Ш. ИЗУЧЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО СОСТАВА ОТХОДОВ ПЕРЕРАБОТКИ ХИМИКО- ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ | 16 |
| Әшім А., Аманбаева Қ.Б., Асильбекова А.Д. ТАНТАЛДЫҢ ӨНЕРКӘСІПТЕ ПАЙДАЛАНЫЛУЫ | 18 |
| Ақтау Л.Ө., Джаксылыкова Р.Б., Асильбекова А.Д. КҮРІШ КЕБЕГІНЕН БАЛАУЫЗ АЛУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ | 19 |
| ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ | |
| Бондарев Е.В. ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИНА ГИДРОХЛОРИДА И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОСТРОЙ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЕ У КРЫС | 22 |
| Т.Н.Муратова, В.А.Полясный ПРОТИВОТРЕВОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПАЛЕОЦЕРЕБЕЛЛЯРНОЙ КОРЫ МОЗГЕЧКА У КРЫС С КОРАЗОЛОВЫМ КИНДЛИНГОМ | 28 |
| Жумашов С.Н., Ишигов И.А., Жумашов Б.С., Нарымбетова Т.М., Жумабекова Р.Б., Махамбетова Г.С., Молдалиева Р. С. ВЛИЯНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ ПЕСТИЦИДОВ НА МОРФОСТРУКТУРУ ТИМУСА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ | 32 |
| Жумашов С.Н., Ишигов И.А., Мырзагали-улы О.М., Жумашов Б.С., Сагинбаев К.Т., Махамбетова Г.С., Молдалиева Р. С. ВЛИЯНИЕ КОБАВИТА НА ИММУНЬЙ ОТВЕТ К ЭРИТРОЦИТАМ БАРАНА И У КРЫС С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОСФОРНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ | 36 |
| Б.С. Бегалиев, М.А. Шегебаев, А.К. Мырзалиев НОВОЕ В КОНЦЕПЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА | 39 |
| Бабиенко В.В., Михайленко В.Л., Герасименко Е.А. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮГА УКРАИНЫ | 41 |
| С.А. Богданова ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ БЛОКИРОВАНИЯ D ₂ /D ₃ -РЕЦЕПТОРОВ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНО- ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ДИСБАЛАНСЕ АНДРОГЕНОВ | 45 |
| Г.А. Фролова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ | 49 |

| | |
|---|-----|
| БЛОКИРОВАНИЯ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У САМЦОВ И САМОК БЕЛЫХ КРЫС В БАТАРЕЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ТЕСТОВ | |
| Г.К. Каусова, А.И. Нуфтиева, М.А.Булешов, А.У.Ембердиев, З.И. Макеева, А.К. Турланова СКРИНИНГ НА БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ | 52 |
| Г.К.Каусова, М.А.Булешов, А.У.Ембердиев, М.А. Одаманов, О.К. Жандосов, А.И. Нуфтиева К ВОПРОСУ ОБРАЩАЕМОСТИ И ПОТРЕБНОСТИ В СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ. МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮКО | 54 |
| КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА | 59 |
| Lyudmyla Volodymyrivna Rakhman, Marianna Vladyslavivna Markova CLINICAL POLYMORPHISM AND NEUROCOGNITIVE DYSFUNCTIONS IN TREATMENT RESISTANCE DEPRESSIONS | |
| Мамедбейли А.К. ХАРАКТЕРИСТИКА БРЕМЕНИ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПО ВОЗРАСТНОМУ СОСТАВУ УМЕРШИХ | 65 |
| Г.А. Ахметова КРИТЕРИИ ОТБОРА НА ИМПЛАНТАЦИЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА | 69 |
| О.В.Кривоногова ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ | 72 |
| Возный Д.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ | 77 |
| Баскина В.В. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА | 79 |
| Волощук Д. А. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ | 83 |
| Тулеметов С.К., Акрамова М.Ю., Ахадова З.А., Исаева Н.З. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПИРЕТРОИДАМИ | 87 |
| Ашикбаева Б.М. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ | 93 |
| О.Ш.Ержанов ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ | 96 |
| Алимбеков Е.К. ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚИМЫЛ ҚОЗҒАЛЫСЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ | 99 |
| Алимбеков Е.К., Бекназарова Ж.Б.,Архарбекова А.М.,Сакиева Ш.С ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТТІ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ КЕЗЕҢІНДЕ ФИЗИКАЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯНЫҢ КӨМЕГІМЕН ҚИМЫЛ ТАПШЫЛЫҒЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ | 101 |
| Алимбеков Е.К., Алдешов А.А. ИНСУЛЬТТАН КЕЙІН БЕЛСЕНДІ ЖАТТЫҒУЛАР АРҚЫЛЫ ҚИМЫЛЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ | 103 |
| А.А Алдешов, Жамбаева Н.Д, Бекназарова Ж.Б, Султанова Ж.С, Алимбеков Е.К, , Архарбекова А.М. ҚОЗҒАЛЫС КЕМШІЛІГІ БАР ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ АЛҒАН | 105 |

| | |
|---|-----|
| НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ АЙЫҚТЫРУ КЕЗЕҢІНДЕГІ ФИЗИКАЛЫҚ ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІ | |
| А.А Алдешов, Бекназарова Ж.Б ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУДЫҢ НЕГІЗГІ ПРИНЦИПТЕРІ | 107 |
| Умарова А.Н., Курманалиева Р.А, Шегебаева А.М., Айтбаева Н.М, МамадалиеваК.М, СИНДРОМ МАЛЬАБСОРЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА | 109 |
| Нұсқабаева Г.Н ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРҒА КЕШЕНДІ ОҢАЛТУ | 112 |
| К.Р. Карсыбаева, А.Б. Сыдықова, С.Ш. Пирметова, Н.П. Курманалиева, У.Т. Наурызбаева, П.Н. Таменова ПРОБЛЕМЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЕ | 115 |
| А.Л. Дробков СТРУКТУРА ОПТИМИЗАЦИИ И ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ | 118 |
| Ш.М.Құрманбекова ОТЫРАР АУДАНДЫҚ ЕМХАНАСЫНЫҢ НЕГІЗГІ ҚЫЗМЕТТІК КӨРСЕТКІШТЕРІ | 120 |
| Каркабаева А.Д., Теляева Н.Н., Туртаева А.Е., Алиханова К. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ | 122 |
| А.Х.Хайруллаев, М.С. Бабаназарова, С.Р. Махаметова, А.З. Наршабаев, А.А. Абдимауленов АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА | 125 |
| Стоева Т.В., Копейка А.К., Годлевская Т.Л., Прохорова С.В. КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ | 128 |
| ПЕДАГОГИКА | 134 |
| Svichkar Y.V. COMMON APPROACHES TO IMPROVE ORAL ENGLISH | |