

Подписной индекс 74026

Редакция мекен жайы:
050012
Алматы, Төле би көшесі, 94

Адрес редакции:
050012
Алматы, ул.Төле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

Главный редактор
Ректор, профессор Аканов А.А.

Зам. главного редактора
Рамазанова Б.А.

Выпускающий редактор
Тян М.А.

Редакционная коллегия

Шарманов Т.Ш.
Рахишев А.Р.
Ормантаев К.С.
Мирзабеков О.М.
Дуйсекеев А.Д.
Тулбаев К.А.

Редакционный совет

Асимов М.А.
Досаев Т.М.
Зазулевская Л.Я.
Исмаилова Ю.С.
Кенесариев У.И.
Куракпаев К.К.
Нурмухамбетов А.Н.
Пичхадзе Г.М.
Тастанбеков Б.Ж.
Кияшев Д.К.
Сапаргалиева А.Д.
Тогузбаева К.К.

Международный редакционный совет

Афанасьев В.В. (Россия)
Джусупов К. (Кыргызстан)
Гаспарян А.Ю. (Великобритания)
Вадим Тэн (США)
Клаудио Колозио (Италия)
Мейрманов С. (Япония)
Мейманалиев Т.С. (Кыргызстан)
Тадевосян А.Э (Армения)
Винсент О'Брайн (Великобритания)
Михаэль Андреас Карл Попп (Австрия)
Чандран Ачутан (США)
Пинхасов Альберт (Израиль)
Скотт Миллер (США)
Туминский В.Г. (ФРГ)
Михайлевский И. (Израиль)
Скальный А.В. (Россия)
Аванесов В.С. (Россия)

International Editorial Board

Afanas'ev V.V. (Russia)
Dzhusupov K. (Kyrgyzstan)
Gasparyan A.Y. (UK)
Vadim Ten (USA)
Claudio Colozio (Italy)
Meirmanov S. (Japan)
Meimanaliev T.S. (Kyrgyzstan)
Tadevosyan A.E. (Armenia)
Vincent O'Brien (UK)
Michael Andreas Karl Popp (Austria)
Chandran Achutan (USA)
Pinkhasov Albert (Israel)
Scott Miller (USA)
Tuminsky V.G. (Germany)
Mihaylevsky I. (Israel)
Skalny A. V. (Russia)
Avanesov V.S. (Russia)

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

УДК 616-071-08-036.868

И.Ш. ДАУБАСОВА

Городская клиническая больница №1 г.Алматы

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БЕСПЛОДИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Бесплодие - неспособность лица репродуктивного возраста к воспроизводству потомства. Супружескую пару считают бесплодной, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни без использования средств и методов контрацепции. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения «...около 8 % супружеских пар в течение репродуктивного периода жизни сталкиваются с проблемой бесплодия».

Ключевые слова: бесплодие, гормональные нарушения, гинекологические заболевания, контрацепция, аборт

Бесплодие у женщин – серьезный вопрос для многих будущих матерей. Кто-то считает, что если после полугода регулярной половой жизни без контрацепции не наступила беременность – надо обследоваться. Кто-то думает, что надо начинать не раньше года, а то и трех лет. Но суть одна – бесплодие – и не болезнь, вроде, но и не совсем здоровье – оно существует и приносит немало тяжелых минут многим людям.

К сожалению, с развитием науки, диагностики, хирургической техники и изобретения новых лекарств хоть и большее число людей излечиваются, но взамен появляется еще большее количество нуждающихся в лечении. Давно бесплодный брак уже не считают «виной» только женщины, а по последним данным, 50% случаев бесплодия в больших городах – проблема здоровья мужчин.

Бесплодие у женщин – если снижено количество гормонов, не наступает овуляция, не происходит разрыв фолликула и выход его в маточную трубу – бесплодие может быть гормональным. Плохая проходимость труб, или их полная непроходимость называется трубным бесплодием. А если нарушается процесс прикрепления яйца в матке из за ее анатомических особенностей, рубцов после абортов и операций, бесплодие называется маточным. Встречается несколько видов одновременно, хотя превалировать может какой-то один, и к ним еще присоединяется столь частый в наше время психологический вид бесплодия.

Причины бесплодия у женщин часто совсем не те, которые мы предполагаем. Иногда при обследовании ни у женщины, ни у ее мужа не находят никаких нарушений в половой сфере, а беременность не наступает. Известны случаи несовместимости слизи, выделяемой шейкой матки женщины и спермы этого, конкретного мужчины. Часто женщина, даже много лет проходящая лечение, подсознательно не хочет ребенка – боится родов, не хочет оставлять карьеру, не любит мужа – вариантов может быть множество. А есть еще «бесплодие напряжения», когда женщина, не только долго не имевшая детей, но подчас и молодая девушка настолько сильно хотят ребенка и бояться не забеременеть, что процесс зачатия тормозится и становится невозможным – стоит только женщине решить, что «все, надоело, не хочу» – и тут же наступает беременность. Также могут быть у девушки проблемы с зачатием – при позднем наступлении первой менструации (после 16

лет), при очень нестабильном цикле, особенно длительном – дней по 45-50, при длительной, но не очень обильной менструации. Беременеют плохо худенькие девушки, особенно, если худоба не конституционная, а вызванная диетами, недоеданием, модными таблетками для снижения веса. Все виды гормонального бесплодия лечатся с применением гормонов, часто – длительными курсами, где один препарат сменяет другой, и сказать, что наработаны четкие схемы этого лечения, помогающие многим – нельзя, хотя эффект, конечно, бывает нередко.

Трубное бесплодие определяется лучше всего на процедуре, называемой пневмоперитонеум – другими словами – закачкой воздуха в брюшную полость, а лечится хирургическим путем. Так что унывать и излишне тревожиться не стоит – успешное лечение бесплодия у женщин сегодня вполне возможно. Если же говорить о причинах многих нарушений, как трубной проходимости, так и патологии матки и яичников, на одном из первых мест стоит инфекции половых путей. Длительный хламидиоз, например, приводит маточные трубы к такому состоянию, когда они вроде проходимы, но совершенно склерозированы и движение по ним невозможно. Учитывая также то, что бесплодие у женщин бывает не только первичным – когда у женщины никогда не было беременности – но и вторичным, когда беременность была, а следующая не наступает – здесь на первом месте по причинам стоят аборты, как бы все не говорили о их нынешней безопасности – но движение против природы всегда было чревато, и двойная перестройка – сначала на беременность, потом на ее прерывание, опасна, даже в отсутствии травмы или воспаления [1].

Иногда это результат стерилизации женщины (перевязки или пересечения маточных труб). Отсутствие маточных труб наблюдается после хирургического удаления трубы, например, в связи с внематочной (трубной) беременностью или гнойным процессом в ней (пиосальпинкс).

Спаечный процесс в малом тазу (перитонеальный фактор бесплодия) является следствием операций, воспалительного процесса, эндометриоза. Спайки могут окутывать яичник или располагаться между трубой и яичником, препятствуя попаданию яйцеклетки в трубу. При сочетании трубного и перитонеального фактора говорят о трубно-перитонеальном бесплодии.

Эндокринные (гормональные) нарушения — могут быть следствием патологии яичников (их истощения, синдрома поликистозных яичников и др.) и других эндокринных (гипоталамуса, гипофиза, надпочечников, щитовидной железы) и неэндокринных органов (печени, почек и др). К эндокринному бесплодию могут приводить нарушения обменных процессов, психический стресс и пр. Чем бы ни было вызвано эндокринное бесплодие, его ключевым моментом всегда является поломка механизма овуляции (ановуляция).

Эндометриоз, выражается в разрастании слизистой матки (эндометрия) за ее пределами. Между очагами эндометриоза возникают спайки, которые являются причиной трубно-перитонеального бесплодия.

Иммунологическое бесплодие — связано с наличием у женщины антител к сперматозоидам (антиспермальных антител).

Область медицины, исследующая бесплодие, называется репродуктология, объединяющая в себе соответствующие разделы гинекологии и андрологии.

Различают лечение бесплодия и преодоление бесплодия.

При лечении бесплодия пациент становится фертильным, то есть может иметь детей. К процедурам лечения бесплодия можно отнести, например, хирургическое восстановление проходимости фаллопиевых труб у женщины, или хирургическое восстановление семявыносящих путей у мужчины, или хирургическое лечение варикоцеле у мужчины.

При преодолении бесплодия используют такие медицинские подходы, при которых у супружеской пары появляются дети, но пациенты в дальнейшем остаются бесплодными. Преодоление бесплодия может достигаться путём временного эффекта (например, временное использование гормональных препаратов), либо путём вспомогательных репродуктивных технологий (наиболее эффективной среди которых является экстракорпоральное оплодотворение) [2].

Количество бесплодных пар в Казахстане резко увеличилось по материалам АО «Национальный научный центр материнства и детства» (рисунок 1).

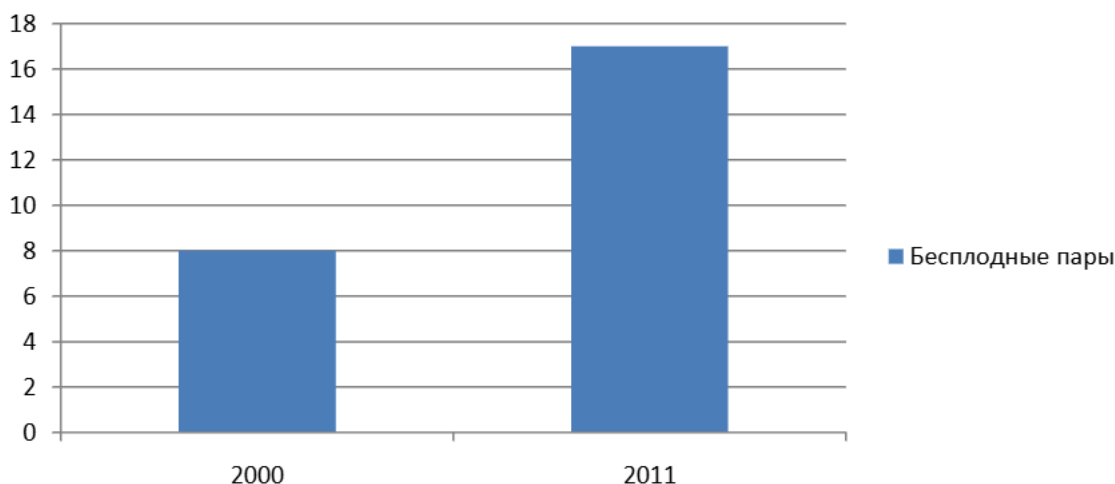


Рисунок 1 - Динамика развития бесплодия, %

Если несколько лет назад количество бесплодных браков было 8-10%, то сейчас удельный вес в нашей стране неумолимо растет, и сегодня он составляет порядка 16-17%. В таких условиях ЭКО, они должны быть доступны для наших жителей, и они доступны. В году такие вмешательства делают порядка 100-150 семейных пар.

Из них сегодня 70 пар в рамках гарантированного объема медицинской помощи.

С чем связан рост бесплодных пар, трудно сказать. На первом месте - это, прежде всего, инфекции, которых, может быть, нет сейчас у этой пары, а инфекции, которые могли перенести родители этой пары. А вторая причина - это отношение к жизни, питание, образ жизни, одежда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар / пер. с англ. Р. А. Нерсеяна.- 4-е издание. - М.: Изд-во «МедПресс», 1997. - С.10 - 91.
- 2 "Если вам нужен ребенок..." / М.Б.Аншина-10-е издание. - М.:Дипак, 2010. – 9 с.

И.Ш. ДАУБАСОВА

БЕДЕУЛІКТІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ, ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ

Түйін: Бедеулік деп адамның репродуктивті жастағы тұқымын жалғастыруға қабілетсіздігін айтамыз. Егер контрацепциясыз бір жыл ішінде әйел бала көтермесе, онда олар бедеу жұбайлар болып саналады. Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша «...бедеулік мәселесінен репродуктивті жастағы жұбайлардың 8% зардап шегеді»

Түйінді сөздер: бедеулік, гормондық бұзылыстар, гинекологиялық аурушылдық, контрацепция, жүктілікті тоқтату.

I.S. DAUBASOVA

TOPICAL ISSUES OF INFERTILITY, TREATMENT AND PREVENTION

Resume: Infertility - inability of the person of reproductive age to posterity reproduction. Married couple consider fruitless if pregnancy at the woman doesn't come within a year of regular sexual life without use of means and contraception methods. According to World Health Organization data "... about 8% of married couples during the reproductive period of life face an infertility problem"

Keywords: infertility, hormonal violations, gynecologic diseases, contraception, abortion

УДК. 618.146-006.6

И.Ш. ДАУБАСОВА

Городская клиническая больница №1 г.Алматы

О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РК

Рак шейки матки - это болезнь репродуктивной системы женщины, характеризующаяся развитием на шейке матки злокачественной опухоли. Практически во всех случаях развитие рака шейки матки происходит как следствие инфицирования человека вирусом папилломы человека.

Ключевые слова: шейка матки, злокачественная опухоль, кровотечение, эрозия

Данное заболевание является одним из наиболее часто встречающихся онкологических патологий у женщин. Рак шейки матки – это болезнь репродуктивной системы женщины, характеризующаяся развитием на шейке матки злокачественной опухоли. Основными симптомами данной патологии являются боли и маточные кровотечения, а в некоторых случаях симптомы и вовсе отсутствуют. В таких случаях заболевание диагностируется абсолютно случайно, во время планового профилактического осмотра женщины у врача – гинеколога.

Современная наука достоверно доказала, что рак шейки матки возникает из-за наличия в организме женщины вируса папилломы человека (ВПЧ). Конечно же, это не значит, что абсолютно любая женщина, которая заболела ВПЧ, должна столкнуться с раком шейки матки. Как правило, к развитию онкологических заболеваний приводит наличие вируса папилломы человека 16, 18 и 31 типа.

Врачам – гинекологам и онкологам на сегодняшний день известно две разновидности рака шейки матки. В большинстве случаев – примерно в 80% – раковое

злокачественное новообразование развивается из выстилающих шейку матки клеток плоского эпителия. В остальных 20% всех случаев рака шейки матки злокачественное новообразование развивается из тех клеток, которые отвечают за выработку шейечной слизи. Подобное явление носит название аденокарцинома шейки матки.

Рак шейки матки имеет одну характерную черту – для его развития необходимы предшествующие заболевания шейки матки, у женщины со здоровой шейкой злокачественное новообразование не разовьется никогда. Наилучшим средством профилактики развития рака шейки матки на сегодняшний день – это профилактика различных гинекологических заболеваний. Существует несколько заболеваний шейки матки, которые наиболее часто приводят к развитию злокачественного новообразования:

- Эрозия шейки матки. Данное заболевание является одним из наиболее часто встречающихся болезней шейки матки. К счастью, данная патология достаточно редко приводит к развитию рака шейки матки. Однако в

том случае, если эрозию не лечить, определенный риск все же существует [2].

• Цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Сокращенно данное заболевание у медиков носит название CIN. Данным термином врачи называют такое состояние женщины, при котором в шейке матки находятся патологические клетки, которые начинают делиться бесконтрольно, в результате чего очень велик риск того, что они с течением времени преобразуются в злокачественную опухоль.

Врачи выделяют три стадии данной патологии. Первые две стадии лечению поддаются весьма успешно – именно поэтому так важно вовремя обратиться за помощью к врачу – гинекологу. Если время будет потеряно, заболевание вступит в третью стадию, которая по своей сути уже является ничем иным, как начальной стадией рака шейки матки. После того, как три стадии предракового состояния будут пройдены, злокачественная опухоль начнет разрастаться вглубь шейки матки, постепенно поражая все новые ее площади.

Если злокачественное образование шейки матки не будет диагностировано своевременно, новообразование будет постоянно расти, прорастая в соседние органы – чаще всего в прямую кишку и мочевой пузырь. Но и это еще не все опасности – раковые клетки имеют свойство проникать в кровь, и с ее током разноситься по всему организму. Таким образом метастазы могут появиться практически в любом органе, в зависимости от того, какое место облюбовали раковые клетки.

Разумеется, весь данный процесс протекает не за неделю, и не за месяц – как правило, это занимает несколько лет, хотя, разумеется, иногда встречаются исключения. Но даже в этих случаях от начальной стадии до развития рака шейки матки проходит как минимум полгода. Именно поэтому наилучшим способом защитить свое здоровье являются регулярные профилактические осмотры у врача – гинеколога [3].

Зачастую злокачественные новообразования шейки матки протекают без какого-либо внешнего проявления и симптомов заболевания весьма длительное время. На этой стадии выявить злокачественное новообразование удастся случайно, во время профилактического осмотра либо в том случае, если женщина обратилась к врачу – гинекологу по какому – либо другому поводу. Однако в том случае, если заболевание остается не диагностированным в течение длительного времени, злокачественная опухоль продолжает увеличиваться в размерах и, соответственно, уже в значительной степени нарушает нормальное функционирование репродуктивной системы и организма женщины в целом. И у женщины появляются следующие рак шейки матки симптомы имеет следующие: кровянистые

выделения из половых органов, специфические выделения из влагалища, болевые ощущения, отеки наружных половых органов и конечностей, образование свищей, задержка нормального оттока мочи, гнойные инфекции мочевыводящих путей, отек одной конечности.

Для диагностики рака шейки матки врачи используют следующие способы диагностики: гинекологический осмотр с использованием зеркал, тест Папаниколау, кольпоскопия, биопсия шейки матки, внутривенная урография, ректоскопия и цистоскопия.

Врачи классифицируют рак шейки матки по степени развития заболевания по нескольким стадиям:

1. Первая стадия заболевания. На первой стадии рака шейки матки злокачественное новообразование локализуется исключительно в пределах шейки матки женщины. Лечение, начатое на данной стадии заболевания, самое эффективное. Оно позволяет обеспечить пятилетний порог выживаемости примерно у 90% всех больных женщин.

2. Вторая стадия заболевания. Во второй стадии рака шейки матки злокачественное новообразование имеет больший размер, чем в первой, однако стенок малого таза она еще не достигает. В данной стадии заболевания лечение также достаточно эффективно, но, конечно, шансы на пятилетний порог выживаемости немного ниже – примерно 60 % всех заболевших женщин.

3. Третья стадия заболевания. Данная стадия рака характеризует наличием злокачественной опухоли, которая поражает не только саму шейку матки, но и нижнюю треть влагалища. На данной стадии заболевания пятилетняя выживаемость имеет место всего у 35% всех женщин.

4. Четвертая стадия заболевания. Эта стадия рака шейки матки является последней и наиболее тяжелой. На данном этапе развития заболевания злокачественная область покидает пределы малого таза, поражая прямую кишку или мочевой пузырь. Кроме того, на данной стадии болезни нередко встречаются метастазы, поражающие прочие органы организма, находящиеся на значительном удалении от непосредственного очага – шейки матки. К огромному сожалению, если лечение заболевания начинается только на данной стадии, пятилетний порог выживаемости минимален – не более 10% всех женщин [4,5].

В Казахстане в целом если сравнивать с 2010 годом, то можно заметить незначительное увеличение смертности от рака шейки матки (2010-3,8 случая на 100.тыс населения и 2011 – 4,0)

Как видно из рисунка 1 в 2011 году наблюдается высокая смертность в Акмолинской, Атырауской и Восточно-казахстанской области (рисунок 1) [1].

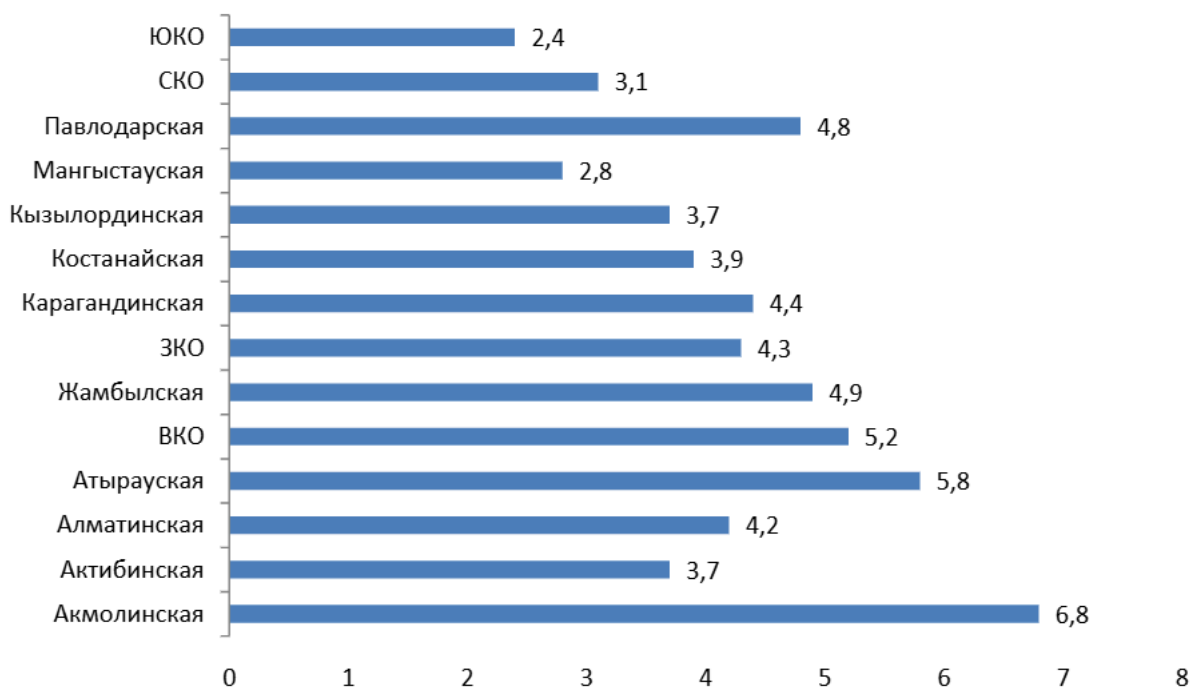


Рисунок 1 - Структура смертности рака шейки матки за 2011 г.

Анализируя данные, можно отметить, что высокие уровни смертности в основном в западных регионах республики связанные с климато-экологическими проблемами.

Также наблюдается рост заболеваемости, так в 2011 году взято на учет с первые в жизни установленным

диагнозом 1447 женщин, тогда как в 2010 году взято 1359 женщин. Из них I, II,III стадии в 2011 году 98,5% (2010 – 98,7%), IV стадии в 2011 году 3,3% (2010 – 2,3%) (рисунок 2).



Рисунок 2 - Структура заболеваемости рака шейки матки взятых на учет, %

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в 2011 году в республике были рак молочной железы (11,6%), рак легкого (11,4%), рак кожи (10,7%), далее – рак желудка (8,8%), рак шейки матки (4,8%)

При этом, в структуре заболеваемости среди женщин первое место по распространенности рака в женской популяции принадлежит новообразованиям молочной железы (21,4%), далее следуют опухоли кожи (11,6%), шейки матки (8,8%). Проблемой становится омоложение лиц, заболевших злокачественными новообразованиями.

Врачи – гинекологи очень часто слышат вопрос женщины о том, можно ли предотвратить развитие рака шейки матки. И это вполне разумный вопрос, ведь предотвратить заболевание, либо вылечить его на самых ранних стадиях развития гораздо проще, чем бороться с запущенной формой злокачественного образования. Врачи называют три основных метода профилактики развития рака шейки матки:

- Регулярное посещение врача – гинеколога. Женщина, находящаяся в репродуктивном возрасте, должна проходить профилактические гинекологические осмотры два раза в год. А один раз в год в обязательном порядке

должен быть проведен пап-тест. Подобные профилактические меры помогут выявить на ранних стадиях заболевания не только раковую опухоль шейки матки, но и достаточно большое количество иных заболеваний женской репродуктивной системы, которых, к огромному сожалению, существует достаточно большое количество.

- Предохранение от нежелательной беременности. Как показывают многочисленные наблюдения врачей гинекологов и онкологов, среди тех женщин, которые столкнулись с раком шейки матки, у двух из трех женщин в анамнезе имелись два и более искусственных прерывания беременности.

- Вакцинация против папилломавирусной инфекции. Как уже упоминалось, одним из самых часто распространенных факторов, провоцирующих развитие рака шейки матки, является вирус папилломы. На сегодняшний день врачи – гинекологи рекомендуют

делать прививку от него все девочкам, девушкам и молодым женщинам. Эта вакцинация позволит снизить риск развития осложнений примерно в 8 раз. Ведь забота о своем здоровье является в первую очередь задачей самой женщины. А врачи – лишь помощниками и союзниками в борьбе за здоровье и жизнь женщины.

На сегодняшний день в Казахстане уделяется большое внимание вопросам женского здоровья, постановлением Правительства РК №366 от 29.03.12 г. работает Программа развития онкологической помощи в РК на 2012-2016 годы. Также из республиканского бюджета на 2013 год областными бюджетами, бюджетами городов Астаны и Алматы выделены целевые текущие трансферты на обеспечение и расширение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе и на скрининговые исследования женщин на выявление рака шейки матки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». – Астана: 2012.
- 2 Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. - М.: Медицина. – 2004. – 380 с.
- 3 Прилепская В. Н., Рудакова Е. Б., Кононов А. В. Эктопии и эрозии шейки матки. - М.: МЕДпресс – информ, 2002. – 176 с.
- 4 Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Спб.: ООО Издательство Фолиант, 2002. - С. 195-229.
- 5 Новикова Е.Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции). - М.: МЕДпресс, 1999. – С. 153 – 159.

И.Ш. ДАУБАСОВА

ҚР ЖАТЫР МОЙНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІМЕН АУЫРУ ЖӘНЕ ӨЛІМ-ЖІТІМ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ

Түйін: Жатыр мойнының қатерлі ісігі – бұл әйелдердің репродукциялық жүйесінің ауруы, мұнда жатыр мойнында қатерлі ісік пайда болады. Көп кездерде жатыр мойнында қатерлі ісіктің пайда болуына адамның папилома вирусы әсер етеді.

Түйінді сөздер: жатыр мойны, қатерлі ісік, қан кету, эрозия

I.S. DAUBASOVA

CERVICAL CANCER CONTROL: A STUDY OF MORBIDITY AND MORTALITY TRENDS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: Cervical cancer - a disease of the female reproductive system, which is characterized by the development of malignant tumors of the cervix. In virtually all cases of cervical cancer occur as a consequence of human infection with the human papilloma virus. The disease is one of the most frequent pathologies of cancer in women. Cervical cancer - a disease of the female reproductive system, which is characterized by the development of malignant tumors of the cervix. The main symptoms of this disease are pain and uterine bleeding, and in some cases there are no symptoms at all. In such cases, the disease is diagnosed by chance during a routine checkup at the doctor woman - a gynecologist. Modern science has reliably demonstrated that cervical cancer is due to the presence in women of human papillomavirus (HPV). Of course, this does not mean that absolutely any woman who gets sick of HPV is to collide with cervical cancer. Typically, the development of cancer results in the presence of human papillomavirus 16, 18 and 31 type. Doctors - gynecologists and oncologists is to date two types of cervical cancer. In the majority of cases - about 80% - a cancer malignancy develops from cells lining the cervix squamous epithelium. The remaining 20% of all cases of cervical cancer malignancy develops from those cells that are responsible for the production of cervical mucus. Such a phenomenon is called adenocarcinoma of the cervix.

Keywords: cervix, cancer, bleeding, erosion

И.Ш. ДАУБАСОВА

Городская клиническая больница №1 г.Алматы

КИСТА ЯИЧНИКОВ: СИМПТОМЫ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЕ

Киста яичников - это доброкачественное образование яичника, которое относится к опухолевидным процессам и возникает вследствие накопления секрета в ткани яичника.

Ключевые слова: киста, яичники, доброкачественная опухоль, кровотечение

Киста яичника представляет полое образование небольшого размера, которое внутри заполнено жидкостью. Как правило, развиваются кисты из созревающего в яичнике фолликула. Стоит отметить, что большинство кист не опасны для здоровья женщины и зачастую проходят самостоятельно без какого-либо лечения, такие кисты называются **функциональными или временными**.

Такие кисты, как правило, появляются в результате нарушения овуляции. В этом случае, фолликул продолжает расти, а в желтом теле начинается скапливаться жидкость. Функциональные кисты проходят сами собой и не требуют лечения. Однако не исключены возникновения осложнений, таких как: разрыв кисты, перекрут, как следствие - внутреннее кровотечение.

Более серьезными патологиями, требующими лечения, являются **аномальные кисты**. Основная причина появления этих кист - гормональный сбой в организме женщины. Аномальными кистами считаются те кисты, которые не проходят в течение 3 месяцев.

Киста яичника представляет собой полость, заполненную жидкостью. Стенку кисты яичника образует тонкий слой клеток, которые и продуцируют эту жидкость. В случае, если киста не оказывает давления на другие органы, то ее не трогают и лечат медикаментозно, однако если есть опасность влияния кисты на соседние органы, то проводится пункция или назначается хирургическое удаление.

Киста яичника может быть небольшой, а может достигать огромных размеров, разрастаясь в диаметре до 10-12 см. Лечение кист может быть, как медикаментозным, так и хирургическим.

Фолликулярная киста яичника формируется во время овуляции и может вырасти до 5-7 см в диаметре.

Киста желтого тела образуется на месте регрессировавшего желтого тела, в центре которого, в результате нарушения кровообращения, накапливается геморрагическая жидкость. Диаметр **кисты желтого тела** обычно не более 6-8 см.

Паровариальная киста возникает и развивается в области брыжейки маточной трубы из околяичника и придатка яичника. Она представляет собой тонкостенное однокамерное образование, в диаметре от 12 до 20 см.

Дермоидная киста внутри часто содержит различные придатки: волосы, хрящи, жировые клетки, ткани костей и зубов и т.д., заключенные в слизистой оболочке, и покрытые плотной толстостенной капсулой. В диаметре **дермоидная киста** может достигать 15 см.

Эндометриодная киста образуется, когда ткани эндометрия растут в яичниках. **Эндометриодные кисты яичников** зачастую бывают двусторонними и разрастаются в диаметре от 4-5 см до 15-20 см.

Первыми симптомами, указывающими на наличие кисты яичника является тупая боль внизу живота, а также давление изнутри, ощущение полноты. Нерегулярные

болезненные месячные, наступающие позже обычного срока являются самыми распространенными симптомами кисты яичника. Также на наличие кисты яичника может указывать увеличение размера или вздутие живота [1].

Также возможны следующие клинические проявления кисты яичника:

- интенсивная, внезапная боль внизу живота при половом акте или в следствии физического напряжения
- частое мочеиспускание
- в некоторых случаях - набор веса
- тошнота, рвота
- повышение температуры тела до 38-39С
- напряжение передней брюшной стенки
- учащенное сердцебиение (тахикардия)

Как показывает статистика, **киста яичника**, диагностируется у 30% женщин с регулярным и у 50% с нерегулярным менструальным циклом. Как правило, частота встречаемости **кист яичника** после наступления менопаузы снижается до 6%.

Однако киста яичника может развиваться и бессимптомно. В связи с чем, выявить ее самостоятельно невозможно, поэтому чаще всего, кисты обнаруживаются случайно во время УЗИ диагностики. В связи с чем, крайне важно регулярно посещать гинеколога и делать УЗИ малого таза.

Для диагностики и выявления **кисты яичника** применяют следующие методы:

- **Гинекологический осмотр**, во время которого врач-гинеколог определяет болезненность внизу живота или диагностирует увеличенные придатки.
- **УЗИ диагностика** является самым информативным методом для выявления **кисты яичника**, особенно, когда при исследовании используется трансвагинальный датчик.
- **Пункция заднего свода влагалища**. При пункции можно определить наличие крови или жидкости в брюшной полости. Чаще всего такой способ используют при осложненных кистах.
- **Лапароскопия кисты яичника** – операция проводимая под общим наркозом без разрезов. Ее назначают при подозрении на разрыв кисты или перекрут ножки кисты. Этот метод позволяет врачу не только провести диагностику, но и при необходимости сразу же произвести хирургическое лечение.
- **Компьютерная томография** также может помочь отличить кисту от других новообразований яичников.
- **Общий анализ крови и мочи** назначается для того, чтобы выявить кровопотери и воспаления.
- **Определение опухолевых маркеров-антигенов (антиген-125).**

- **Тест на беременность** проводится для исключения внематочной беременности

Лечение кисты яичника зависит от сложности заболевания и его формы и может быть консервативным (медикаментозным) или же хирургическим.

- Консервативное лечение. Для лечения неосложненных кист чаще всего применяют монофазные и 2-х фазные оральные контрацептивы. Кроме того, пациентке с кистой яичника назначаются витамины А, Е, В1, В6, К и аскорбиновая кислота. При повышенной массе тела рекомендована диетотерапия, лечебная физкультура и бальнеотерапия. В случае, если консервативное (медикаментозное) лечение кисты яичника неэффективно, то необходимо хирургическое вмешательство [3].

Хирургическое лечение кисты яичника показано при дермоидных, эндометриоидных, муцинозных кистах яичника. Подобные операции проводятся, как обычным способом с полным разрезом, так и эндоскопически (лапароскопия).

В Казахстане в целом если сравнивать с 2010 годом, то можно заметить незначительное увеличение заболеваемости, а точнее количество операций проведенных на женских половых органах в поликлинических условиях в 2011 г.-31625 операций, (2010г.-31159 операций). В условиях стационара отмечается незначительное снижение операций в 2011г – 90386 операций, (2010 г.- 94038 операций), в процентном отношении к общему числу операций составило 2011 г. - 13,9% (2010 – 15,2%), процент осложнений - 0,2% (рисунок 1) [2].

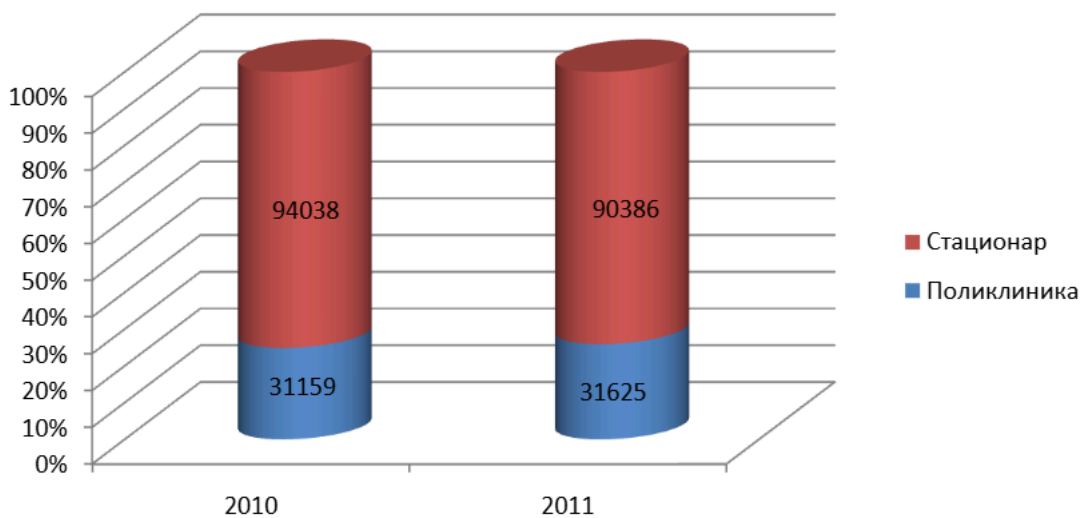


Рисунок 1 - Структура проведенных операций на женские половые органы в РК, (абс.числах)

Резюмируя данную статью можно сказать, что профилактика кисты и кистомы яичника мало отличается от таковой при миоме матки, заболевании шейки матки

или другой гинекологической патологии. Каждая женщина должна знать, что сохранение и укрепление здоровья в значительной мере зависит от нее самой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А. Н. Стриржаков, А. И. Давыдов, Л. Д. Белоцерковцева. Малоинвазивная хирургия в гинекологии. – М.: «Медицина», 2001. - 221 с.
- 2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». – Астана: 2012.
- 3 Давыдов С.Н., Хромов Б.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. – Л.: Медицина, 1982. – 296 с.

И.Ш. ДАУБАСОВА

АНА БЕЗІНІҢ КИСТАСЫ: СИМПТОМДАРЫ, ДИАГНОСТИКА ӘДІСТЕРІ, ЕМДЕУ ШАРАЛАРЫ

Түйін: Ана безінің кистасы – ана безі бөлінісінің жиналуына байланысты ісік үрдісіне әкелетін қатерсіз ісік болып саналады.
Түйінді сөздер: жатыр мойны, қатерлі ісік, қан кету, эрозия

I.S. DAUBASOVA

OVARY CYST: SYMPTOMS, DIAGNOSTICS METHODS, TREATMENT

Resume: The ovary is one of women's most significant organs as it is responsible for reproduction. In fact, a woman's reproductive cycle revolves around the ovary. The egg, whose role is to fuse with the sperm in fertilization, is produced by the ovary. There are two ovaries, one on each side of the uterus, and each is about the size of an almond. The ovary also secretes hormones, one of which is estrogen which is the hormone responsible for initiating menstruation. The egg released by the ovary moves into the fallopian tube, and from there gets fertilized. This natural cycle of the egg is known as ovulation. The process of ovulation can be disturbed by various factors, adversely affecting fertility. One common problem affecting the ovaries is the formation of ovarian cysts. Ovarian cysts affect women of all ages. The vast majority of ovarian cysts are considered functional (physiologic). This means they occur normally and are not part of a disease process. Most ovarian cysts are benign, meaning they are not cancerous, and many disappear on their own in a matter of weeks without treatment. While cysts may be found in ovarian cancer, ovarian cysts typically represent a harmless (benign) condition or a normal process. Ovarian cysts occur most often during a woman's childbearing years.

Causes of ovarian cysts:

Ovarian cysts can occur in a woman when she is of childbearing age. Because of the various hormonal changes occurring in women during this period, a lot of health problems, specifically related to the reproductive system, are experienced. Ovarian cysts are sac-like structures that are filled with fluid. These cysts are found either inside the ovary or on its surface, and they arise if the eggs are not released or if the follicle does not get dissolved after the egg has been released.

Diagnosing ovarian cysts:

Before treating ovarian cysts with the proper medication or surgery, there is a need to know the exact position and state of these cysts. That is, diagnosing the entire condition within the ovary is essential. The symptoms can be utilized for diagnosis but the best method is to use advanced diagnostic tools such as laparoscopy, ultrasound, pregnancy tests or the CA 125 blood test.

A positive pregnancy test would confirm that what is present is a corpus luteum cyst. This may develop when the follicle that has ruptured upon egg release gets resealed and then gets filled with fluid. A pelvic ultrasound is undertaken with the use of a transducer. This is a wand-like instrument that can receive and send high-frequency sound waves. These waves then work to form an image on a screen of your ovaries and your uterus. These images are then analyzed by the doctor to confirm the presence of ovarian cysts. Ultrasound tests also help determine the site of the cysts and whether they are filled with fluid, are solid, or mixed. A laparoscopy essentially works the same way, but a laparoscope is used instead. The change in blood content due to the formation of cysts can be identified by checking the blood composition.

Keywords: cyst, ovary, benign tumor, hemorrhage

УДК 618.16-009.613.7

**А.М. ЖУКЕМБАЕВА, Г. БАУБЕКОВА, М. АБДУХАНОВА, А. АЙЕКЕШЕВА, П. КОЙЛЫБАЕВА,
С. МУРЗАЛИЕВ, С. ШАДИМЕТОВА**

Кафедра постдипломной подготовки ВОП

ЗУД ВУЛЬВЫ

Это заболевание служит симптомом воспаления влагалища и наружных половых органов. Оно может появиться у в среднем у 30% всех женщин в любой период их жизни. Во время острой стадии заболевания могут инфицироваться и сексуальные партнеры. Основные симптомы болезни – это в первую очередь зуд, болевые ощущения, следы выделений, выделения обладают весьма неприятным запахом. Зуд вульвы обычно служит симптомом самых разных заболеваний. Это может быть вызвано диабетом, глистными инвазиями, а так же заболеваниями печени и желудочно-кишечного тракта. Кроме того зуд может возникнуть в результате интоксикаций, проявлений аллергии. Так же это заболевание может предвещать некоторые болезни крови, психические и нервные заболевания, расстройства эндокринной системы. Эссенциальный зуд вульвы изучен не настолько полно, как бы хотелось. Но никаким сомнениям не подлежит в нем ведущая роль нейроэндокринных нарушений. Так же тут значительны изменения в нервных рецепторах, ЦНС и проводниках, в общем, в местах, где возникает ощущение зуда. В вегетативной нервной системе отмечаются признаки функциональных нарушений. Эти признаки обычно выражаются в повышении возбудимости нервных окончаний кожи и нарушении кожной чувствительности.

Зуд (Prurigo - лат.) вульвы - может поражать любые участки кожи и границы между кожей и слизистой оболочкой вульвы. Зуд вульвы сопровождается большим числом заболеваний: вульвит, вагинит, цервицит, проктит, наличие острит, геморрой, диарею, недержание мочи, аллергию, опрелость, лейкемию, обтурационную желтуху, сахарный диабет, гиповитаминоз D, ахлоргидрию, дерматозы, психическое или половое напряжение.

Пациенты нередко обращают внимание на изменение цвета и формы наружных половых органов. Отек вульвы может быть обусловлен воспалительными заболеваниями, обструктивными поражениями и аллергическими проявлениями. Медленное нарастание опухоли вульвы позволяет предположить злокачественные новообразования или кисту.

Белые и красные поражения вульвы встречаются наиболее часто. Для обозначения белых поражений вульвы ранее использовали такие термины, как крауроз и лейкоплакия вульвы.

Термином крауроз обозначается состояние сухости зоны кожно-слизистого перехода вульвы, сопровождающееся сморщиванием кожи, которая при этом становится хрупкой и тонкой.

Лейкоплакия - образование на слизистой оболочке в виде белой утолщенной бляшки, которая иногда может трескаться. Причиной возникновения белых поражений вульвы (депигментация, гиперкератоз и акантоз) может быть множество состояний: депигментация, гиперкератоз и акантоз.

Депигментация	Гиперкератоз и акантоз
· пострадиационная	· дистрофия вульвы
· постдерматитная	· Рак insitu
· альбинизм	· инвазивный рак
· витилиго	· Опрелость
· лейкодерма	· авитаминоз А
Красные поражения вульвы возникают вследствие вазодилатации или неоваскуляризации:	
Воспалительная вазодилатация	Неопластическая неоваскуляризация
· кандидозы	· Плоскоклеточный рак insitu
· дерматиты и дерматозы	· Инвазивный плоскоклеточный рак
· другие грибковые заболевания	· Болезнь Педжета
· аллергические вульвиты	· Гемангиома

Среди заболеваний вульвы, кроме белых и красных поражений, выделяют язвенные болезни, отек вульвы, новообразования, воспалительные заболевания и врожденные патологии. Такое подразделение

достаточно громоздко и вносит много неясностей в диагностику. Наиболее приемлемой можно считать разделение заболеваний вульвы на следующие три большие группы заболеваний:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Дистрофия вульвы (гиперпластическая, склерозирующий лишай, смешанная форма дистрофии). 2. Кожно-венерические заболевания (псориаз, экзема, дерматиты, витилиго, сифилис, кондилома, кандидоз, простой герпес и др.). 3. Новообразования вульвы (папиллома, дерматофиброма, липома, фиброэпителиальный полип, кисты, сосочковая гидроаденома, плоскоклеточные раки и др.). |
|--|

Дистрофия вульвы, по определению Международного общества исследователей заболеваний вульвы, -

нарушения роста и созревания эпителия, которые приводят к появлению белых пятен.

Гиперпластическая дистрофия встречается в основном у женщин в климактерическом периоде. Характеризуется наличием утолщенной кожи в области вульвы белого или желтого цвета. Складки вульвы могут увеличиваться, но встречается и их сморщивание, при этом сужения входа во влагалище практически не наблюдается. При исследовании биоптата вульвы микроскопически выявляется утолщенный эпидермис за счет акантоза и гиперкератоза, сосочковый слой растянут, отек не выражен, в глубоких слоях кожи наблюдается картина хронического воспаления.

Склерозирующий лишай может встречаться в любой возрастной группе, хотя чаще всего бывает у женщин после наступления климакса. В отличие от гиперпластической дистрофии кожа в области вульвы становится тонкой, пергаментобразной, гладкой, блестящей и хрупкой, легко трескается. Складки уплотняются, клитор закрывается плотными рубцами, вход во влагалище резко сужается. При исследовании биоптата - эпидермис нормальный, сосочковый слой сглажен, поверхностные слои кожи отечны, наблюдается гиалинизация, в глубоких слоях кожи как и при гиперпластической дистрофии, наблюдается хроническое воспаление. Отмечается отсутствие подкожной жировой клетчатки.

Диагностика дистрофических изменений вульвы представляет определенные трудности. В комплекс диагностических мероприятий входят клиническое обследование, кольпоскопия, вульвоскопия, PAP-smear тест, исследование мазков для выявления специфической и неспецифической инфекции, морфологическое исследование биоптата вульвы.

Вульвоскопию проводят с использованием 2% водного раствора толуидин-голубого - синие пятна остаются в местах наличия атипичных клеток, однако тест малоспецифичен. Вульвоскопию проводят и с использованием пробы Шиллера, что дает возможность точно определить границы белых участков, поскольку они не окрашиваются йодом.

Кольпоскопия позволяет определить наличие сопутствующих атрофических изменений влагалища и экзоцервикса и исключить злокачественные образования шейки матки у пациенток с дистрофией вульвы.

Биопсия вульвы может быть проведена с помощью скальпеля при использовании местной анестезии, а также с помощью биоптатора Кейса. Биоптационная игла Кейса дает возможность проводить более щадящую биопсию, без потерь в информативности.

Лечение дистрофических заболеваний вульвы должно быть комплексным. Большое значение придается диете, так как острая, соленая, очень сладкая пища может спровоцировать усиление зуда у пациенток с дистрофией вульвы.

В связи с тем, что определенную роль в поддержании зуда играет выработка избыточного гистамина, рекомендуется назначать десенсибилизирующую терапию.

Пациентки с дистрофией вульвы, как правило, длительное время не обращаются к врачам, пытаются самостоятельно снять зуд вульвы, а поскольку им это не удается, то к врачу они попадают с уже сформированным "замкнутым кругом". Таким пациенткам необходимо назначение седативных средств.

В комплекс лечения входят и гормональные препараты, такие как кортикостероиды, андрогены и эстрогены.

Кортикостероиды обладают противовоспалительным действием, оказывают антигиперпластический эффект на пролиферирующие поверхностные слои кожи. Кортикостероиды вызывают дегидративное торможение синтеза коллагена, что способствует образованию рубцов при длительном использовании. Кортикостероиды обладают антиаллергическим, местноанальгезирующим и противозудным свойством.

Самым безопасным эстрогеном является эстриол. Овестин (эстриол) является натуральным эстрогеном, вызывает пролиферативные процессы в нижнем отделе полового тракта, не оказывая такого же действия на эндометрии и молочных железы.

Для лечения дистрофии вульвы используется крем "Овестин" в дозе 500 мкг в сутки в течение 2 - 3 нед ежедневно, а затем используют поддерживающую дозу 1 - 2 раза в неделю. Причем небольшая часть разовой дозы наносится непосредственно на вульву, а остальная вводится во влагалище дозатором.

Наиболее эффективной считается лазервапоризация участков вульвы, пораженных дистрофическим процессом. Многие исследователи отмечают травмирующее действие лазеркоагуляции, поскольку достаточно глубокая коагуляция вызывает деформацию вульвы. Отмечают также частые рецидивы заболевания на уже деформированной после лазеркоагуляции вульве.

Многие исследователи считают, что у пластической операции больше возможностей добиться положительного результата. При пластической операции иссекаются пораженные участки вульвы и на это место переносится здоровая кожа с бедер.

Необходимо отметить, что дистрофия вульвы - одно из наименее изученных заболеваний женской половой сферы, в этиопатогенезе и лечении которого много белых пятен. Однако необходимо помнить о данных заболеваниях вульвы и стараться своевременно оказывать помощь пациенткам. В сложных случаях проводить диагностику и лечение совместно с дерматологами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пауэрстейн К.Дж Гинекологические нарушения. 1985год издание (перевод с англ. Языка *В.Ф. Кобеляцкого стр-5.
- 2 Anderson MC, Jordan JA, Morse AR. Intergrated Colposcopy. – 1996. – 13 p.
- 3 Friedrich EG. Vulvar Diseases. – 1983. – 56 p.
- 4 Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Гинекология. 3-е изд.– М.: 1977. – 7 с.
- 5 Эдвард Д.Ж., Уилкинсон и Кейс Стоун 2009, Заболевание вульвы .Клиническое руководство пер.с.анг.языка. – 229 с.

Түйін: Қынаптың қышынуы немесе клаурозы – сыртқы жыныс жолдарының дистрофиялық, атрофиялық, склеротикалық өзгерістерін тудыратын рак алды ауруына алып келетін ауруды айтамыз. Көбінесе постменапауза немесе климакс кезеңіндегі әйелдерде жиі кездеседі. Симптомдары: Науқастың шағымына байланысты – сыртқы жыныс жолдары терісінің қызаруы, қышынуы мен құрғақтығы мазалайды. Айқын жыныс жолдарының атрофиялық өзгерістері, қынап кіреберісінің тарылуымен байқалады. Диагноз қою критерийлері: сыртқы жыныс жолдарының кольпоскопиялық зерттеуі, және ыдырау орнынан биопсия алу, мен лейкоплакия*

**A.M. ZHUKEMBAEVA, G. BAUBEKOVA, M. ABDUHANOVA, A. AYEKESHEVA, P. KOYLYBAEVA,
S.MURZALIEV, S. SHADIMETOVA**

ITCH VULVAL

Resume: This disease is a symptom of inflammation of the vagina and vulva. It may appear at an average 30% of all women at any time during their life. During the acute stage of the disease may become infected and sexual partners. The main symptoms of the disease - is primarily itching, pain, signs of discharge, discharge have a very unpleasant odor. Itching of the vulva is usually a symptom of many different diseases. This may be caused by diabetes, worm infestation, as well as diseases of the liver and gastrointestinal tract. Also itching may occur as a result of intoxication, symptoms of allergy. Just this disease may portend some blood diseases, mental and neurological diseases, disorders of the endocrine system. Essential itching of the vulva is not examined as fully as we would like. But no doubt it is not subject to the leading role of neuroendocrine disorders. As well there are significant changes in the nerve receptors, central nervous system and conductors, in general, in places where there is a sensation of itching. In the autonomic nervous system is showing signs of functional disorders. These symptoms are usually expressed in the increase in the excitability of nerve endings of the skin and skin sensitivity abuse.

И.Ш. ДАУБАСОВА
ГКБ №1 г.Алматы

ЭНДОМЕТРИОЗ КАК ЧАСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Статья посвящена диагностике эндометриоза и его лечению. В работе рассмотрены новые аспекты этиологии и патогенеза, предложены современные классификации эндометриоза. Освещены алгоритмы обследования пациенток с подозрением на эндометриоз и комбинированной реабилитационной терапии в зависимости от распространенности и инвазивности патологического процесса. Следует признать, что, несмотря на более чем вековую историю изучения различных сторон эндометриоза, это заболевание остается центральной медико-социальной проблемой. Эндометриоз стоит на 3-м месте в структуре гинекологической заболеваемости и поражает до 50% женщин с сохраненной менструальной функцией, приводя к функциональным расстройствам и структурным изменениям в репродуктивной системе, нередко отрицательно влияя на психоэмоциональное состояние женщин, значительно снижая качество жизни.

Для эндометриоза характерно образование тканей за пределами оболочки тела матки, ткань которая очень схожа с эндометрием. Процесс может быть генитальным и охватывать органы малого таза (маточные трубы, яичники, связочный аппарат) или/и экстрагенитальным, с вовлечением органов брюшной полости, мочевого пузыря, легочной ткани. В последние годы отмечается четкая тенденция к росту частоты эндометриоза, который занимает одно из лидирующих мест в структуре гинекологических заболеваний. Как и повсеместно, из обследованных 48 пациенток в гинекологическом отделении ГКБ №1 г. Алматы данная патология встречается у 10-15% женщин в возрасте фертильного возраста.

Ключевые слова: эндометрий, эндометриоз, женские заболевания, бесплодие

Для эндометриоза характерно образование тканей за пределами оболочки тела матки, ткань которая очень схожа с эндометрием. Процесс может быть генитальным и охватывать органы малого таза (маточные трубы, яичники, связочный аппарат) или/и экстрагенитальным, с вовлечением органов брюшной полости, мочевого пузыря, легочной ткани. Многообразие локализаций эндометриоза обусловило большое число гипотез его происхождения. Однако ни одна из них не может четко объяснить возникновение и разрастание эндометриозной ткани за пределами слизистой оболочки матки.

В последние годы отмечается четкая тенденция к росту частоты эндометриоза, который занимает одно из лидирующих мест в структуре гинекологических заболеваний. Как и повсеместно, из обследованных 48 пациенток в гинекологическом отделении ГКБ №1 г. Алматы данная патология встречается у 10-15% женщин в возрасте фертильного возраста.

Определить этот недуг без гинекологической диагностики крайне сложно. Каждый месяц в случае неоплодотворения яйцеклетки ткани матки, подготовленные к прикреплению плода, отторгаются. Однако может случиться, что вместе с током крови эндометрий попадет назад в маточные трубы и начнет разрастаться. Это и становится началом развития эндометриоза. Заболеванию подвержены женщины детородного возраста, женщины, чаще остальных подверженные стрессам [1].

Этот недуг проявляется в болях, как при менструации, так и во время полового акта, нарушении овуляции и прибавки в весе. Сила боли располагает к ошибочному диагнозу эндометриоза как аппендицита или внематочной беременности. Боль локализуется в зависимости от места возникновения эндометриоза – например, она может возникать при дефекации или мочеиспускании. Правильный диагноз эндометриоза – первый шаг к успешному излечению эндометриоза.

Выделяют эндометриоз:

- **генитальный** (локализация патологического процесса во внутренних и наружных половых органах)

- **экстрагенитальный** (развитие эндометриозных имплантантов в других органах и системах организма женщины).

Причины болезни до сих пор точно не установлены. По мнению многих специалистов, эндометриоз гинекологическое проявление системной патологии, возникшей в результате нарушения регуляции иммунных и гормональных процессов.

Факторами риска развития эндометриоза являются осложненные роды и роды в возрасте старше 30 лет, кесарево сечение, аборт, а также диатермокоагуляция шейки матки, которая часто используется для лечения эрозий. Если это вмешательство производится накануне менструации, то высока вероятность внедрения клеток эндометрия в раневую поверхность с последующим развитием эндометриозных разрастаний в толще шейки матки и полости малого таза.

Имплантационная теория эндометриоза предполагает, что отторгнутые частицы эндометрия при определенных ситуациях, например, хирургических абортах, травматичных родах, забросе менструальной крови из матки в трубы во время спастических сокращениях матки во время менструальных болей, оседают на яичниках, трубах, брюшине и дают начало развитию эндометриоза. На развитие эндометриоза также могут повлиять операции со вскрытием полости матки, воспалительные заболевания половых органов, нарушения менструального цикла, наследственная предрасположенность, избыточный вес, злоупотребление алкоголем, кофеином, курение [2].

Тяжелым осложнением эндометриоза является бесплодие, которое возникает более чем у 60% больных. В случае нами обследованных пациенток у 20-30% женщин данная патология привела к первичному и вторичному бесплодию.

По данным медицинской статистики, эндометриоз определяется в каждом втором случае женского бесплодия. При сдавливании нервных стволов могут

возникнуть различные неврологические нарушения. Частые кровотечения могут привести к анемии (малокровию), которая может приводить к повышенной утомляемости, бледности кожных покровов, одышке, сердцебиению, головным болям, а также головокружениям, шуму в ушах, неприятные ощущения в области сердца, резкую общую слабость. Самым грозным осложнением эндометриоза является малигнизация - перерождение эндометриальной ткани в злокачественную опухоль [3].

Диагностика. С уверенностью говорить о диагнозе возможно лишь на основании результатов дополнительного исследования. По показаниям выполняются УЗИ, лапароскопия, гистероскопия/гистеросальпингография, биопсия (исследование тканей патологических участков).

В настоящее время для диагностики внутриматочной патологии широко используется гистероскопия [2]. В организованных нами исследованиях среди подконтрольных пациенток наиболее частыми признаками в эндометрии являются: неравномерная толщина эндометрия – 28% случаев, полиповидные нарастания – 29%, неравномерная окраска и гиперемия слизистой оболочки – 21% и 14%, точечные

кровоизлияния – 11%, очаговая гипертрофия слизистой оболочки – 9%.

Лечение эндометриоза можно разделить на гормонотерапию и операционное, а также существует комбинация методов.

Медикаментозное лечение эндометриоза заключается в назначении гормональных препаратов, которые пациентка принимает в течение длительного времени. Они нормализуют работу яичников и предотвращают появление новых очагов. Однако данный метод эффективен только при начальной стадии заболевания, когда еще не появились кисты. Следует отметить, что при ретроцервикальном эндометриозе гормональная терапия неэффективна.

Ранняя диагностика позволяет избежать хирургического вмешательства, ограничиваясь медикаментозными методами.

Следует отметить, что даже оптимальные схемы лечения больных эндометриозом с существующими на данное время средствами вряд ли могут обеспечить абсолютный клинический эффект. Представляется необходимым вести поиск новых методов терапии этого заболевания с учётом тех механизмов его патогенеза, которые ответственны за имплантацию и развитие очагов эндометриоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Демидов В. Н., Гус А. И. Патология полости матки и эндометрия. ВМК. Практическое пособие. - М.: 2001. – С. 16–21.
- 2 Подзолкова Н. М., Бархина Т. Г., Осадчев В. Б. и др. Роль панорамной и микрогистероскопии в диагностике эндометриоза // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. - № 6.
- 3 Eisert W. G. Dipiridamole. Platelets/Ed. by Michelson A. D. - Cambridge (USA): 2002. – 215 p.
- 4 Glasser S. R., Aplin J. D. The endometrium. Taylor and Francis. - 2002.

И.Ш. ДАУБАСОВА

ЭНДОМЕТРИОЗ ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ЖІІ ПАТОЛОГИЯ РЕТІНДЕ

Түйін: Эндометриозға жатыр денесінен тыс жерде *эндометрийге* ұхсас ұлпалардың түзілуімен сипатталады. Бұл патология генитальдік болып кіші жамбас мүшелерін (жатыр түтігі, аналық без, байлам аппараты) немесе экстрагенитальді болып, құрсақ мүшелерін, қуықты, өкпе ұлпаларын қамтуы мүмкін.

Соңғы жылдары эндометриоз жиілігінің өсу қарқыны байқалып, гинекологиялық аурулар құрылымында алғашқы орындарға ие. Біздің зерттеуімізде, Алматы қаласының №1 қалалық клиникалық ауруханасының гинекологиялық бөлімінде тексерілген фертильді жастағы 48 пациенттің 10-15%-да кездескен.

Түйінді сөздер: эндометрий, эндометриоз, әйелдер ауруы, бедеулік.

I.S. DAUBASOVA

ENDOMETRIOSIS AS A FREQUENT PATHOLOGY IN GYNECOLOGY

Resume: The article is devoted to the diagnosis and treatment of endometriosis. The paper deals with new aspects of etiology and pathogenesis, classification proposed date of endometriosis. Covered algorithms examination of patients with suspected endometriosis and combined rehabilitation therapy, depending on the extent and invasiveness of the pathological process. It should be recognized that, despite more than a century of study of various aspects of endometriosis, the disease remains a central medical and social problem. Endometriosis is on the 3rd place in the structure of gynecological disease and affects up to 50% of women with preserved menstrual function, leading to functional impairment and structural changes in the reproductive system, often negatively affecting the emotional state of women, significantly reducing the quality of life. For endometriosis characterized by the formation of tissues outside of the body shell of the uterus, the tissue that is very similar to the endometrium. The process can be genital and pelvic organs include (fallopian tubes, ovaries, ligaments) and / or extragenital, with the involvement of the abdominal cavity, bladder, lung tissue. In recent years there has been a clear upward trend in the frequency of endometriosis, which is one of the leading places in the structure of gynecological diseases. Like everywhere, from the surveyed 48 patients in the gynecology department of City Clinical Hospital # 1 in Almaty this pathology occurs in 10-15% of women of childbearing age.

Keywords: endometrium, endometriosis, women's diseases, infertility

А.Д.САПАРГАЛИЕВА, И.К. МАНАСОВА, Э.Е.ИСКАКОВА, И.Г.ЕФИМЕНКО

Кафедра патологической анатомии КазНМУ,

Национальный Центр Охраны материнства и детства РК

МИОМА МАТКИ – ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ

Миома матки является патологией, которая встречается, не просто часто, а очень часто. В то же время, отсутствует полное понимание причин возникновения. В статье представлены современные концепции, объясняющие факторы риска, возникновения миомы матки, особенности течения миомы при беременности, связи миомы и фертильности.

Ключевые слова: миома матки, факторы риска, фертильность

За последние двадцать пять лет опубликовано значительное число работ, посвященных миоме матки. Среди этих публикаций имеются крупные обзоры, ставшие уже классикой, и в них обсуждаются вопросы диагностики и лечения миом. Тем не менее, и сегодня трудно сказать, что все аспекты миомы изучены, и миома матки все еще остается загадкой для исследователей. Благодаря современным технологиям, используемым в клинике, сегодня появились данные о генетических факторах, влияющих на образование миомы, и о протеинах, стимулирующих ее рост. Но в большей части опубликованных работ рассматриваются, в основном, факторы риска развития миомы и статьи носят эпидемиологический характер. Учитывая высокую частоту встречаемости этой доброкачественной опухоли, с нашей точки зрения, не меньший интерес представляют и работы, в которых обсуждаются вопросы влияния миом на фертильность беременности. Несмотря на то, что миома матки встречается часто, имеется парадокс, суть которого заключается в том, что научный интерес к проблеме «миома матки» значительно ниже, чем интерес к другим опухолям женской половой системы. Такое положение, по-видимому, можно объяснить доброкачественным характером течения опухоли, и тем, что миома никогда не становится причиной смерти женщины.

Наша статья посвящена анализу современной литературы по вопросам эпидемиологии, диагностики миомы матки, в том числе и морфологической, и влияния опухоли на фертильность и беременность.

Определение. Миома матки – это моноклональная опухоль из гладкомышечных клеток миометрия. В соответствии с гистогенетическим принципом, положенным в основу классификации ВОЗ, опухоль из гладкомышечных клеток называется «лейомиома». Опухоль включает значительное количество внеклеточного матрикса, имеющего довольно сложное строение, а интерстициальный компонент лейомиомы матки включает коллаген, фибронектин и протеогликаны.

Эпидемиологические аспекты. Лейомиома матки встречается очень часто: из 100 женщин перенесших гистерэктомию в 77% случаев обнаруживают лейомиому, в том числе и опухоли менее 1 см в диаметре. Учитывая определенные ограничения современной диагностической аппаратуры, когда имеются возможности визуализировать миому матки размерами больше 1 см, можно предположить более высокую частоту встречаемости опухоли. Узлы менее 1 см, как правило, клинически не проявляются, но диагностировать их необходимо в связи с влиянием на фертильность. Результаты гистерэктоми показало, что

имеется существенная разница в частоте встречаемости миом матки в зависимости от возраста. У молодых женщин число узлов, как правило больше, и может достигать до 20. Тогда, как у женщин в пременопаузе число опухолевых узлов составляет в среднем 7,6 узла, а в постменопаузе – число опухолей меньше, и составляет в среднем 4,2 узла.

Сегодня лейомиома матки рассматривается не только как медицинская проблема со всеми сложностями диагностики и лечения, но и как финансовая проблема, которая является серьезной нагрузкой для бюджета государства и семьи. По данным Farquhar CM, Steiner CA. (2002) только в одном 1997 году в США по поводу лейомиомы матки было проведено 199 000 гистерэктоми и 30 000 миомэктомии и общие затраты были оценены в 2,1 миллиард долларов США. Представленные финансовые затраты не включали затраты на реабилитационный период и время, потраченное на обследование в условиях поликлиники время нахождения в стационаре, т.е. время, «потерянное» для семьи и работы. Более того, пациентки с миомой матки – это еще и социальная проблема, так как нарушения репродуктивной функции, связанные с миомой матки, значительно снижают качество жизни.

Этиология. Причины развития лейомиомы матки все еще остаются неизвестными, но имеются данные о влиянии гормональных и генетических факторов на развитие опухоли. Возможно, что все эти факторы влияют только при определенных условиях, когда имеется генетическая предрасположенность, предполагающая большее, чем в норме, число эстрогенных рецепторов в миометрии при различного рода гормональных нарушениях. Возможно, что лейомиома матки – это ответная реакция миометрия на продолжительную ишемию во время менструального кровотечения, связанную с гиперэстрогенией. Поэтому можно рассматривать генетическую предрасположенность как фоновое состояние для воздействия и промоторов (гормонов), и эффекторов (факторов роста).

Генетический «портрет» лейомиомы матки. Лейомиома – это моноклональная опухоль, и почти в 40% случаев обнаруживаются хромосомные повреждения. Наиболее частые повреждения, которые встречаются в лейомиоме – это транслокация между 12 и 14 хромосомами, делеция 7 хромосомы и трисомия в 12 хромосоме. Хромосомные повреждения встречаются в миомах с признаками атипичности, что морфологически проявляется повышенной «клеточностью», или в больших миомах, характеризующимися дистрофическими изменениями в виде зон ослизнения, некрозов, кальцинатов. Но в 60% случаев никаких мутаций не обнаруживаются. В

последнее время определены более 100 генов, регулирующих рост клеток миомы, включая гены, связанные с рецепторами половых гормонов – эстрогена (a и b), прогестерона (a и b), фактора роста, пролактина, генов экстрацеллюлярного матрикса и генов коллагена. Многие из этих генов оказывают влияние на регуляцию роста опухолевых клеток, на процессы пролиферации и их дифференцировку.

Факторы риска. Существует довольно много работ, в которых обсуждаются факторы, предрасполагающие к развитию лейомиомы матки. Но при анализе публикаций даже эпидемиологического характера возникают определенные сложности интерпретации результатов исследований. Например, трудно определить ценность такого показателя, как «частота распространенности» лейомиомы матки в разных регионах мира. Данный показатель, к сожалению, не может стать «отправной точкой» для сравнительного анализа, так как страны отличаются друг от друга разной степенью доступности медицинской помощи, в том числе, и гинекологической. Поэтому данные о частоте встречаемости миомы матки представляет ценность для конкретного региона.

Возраст, как фактор риска – традиционно считается, что лейомиома матки диагностируется в возрастной группе от 40 лет и старше. Правда, и здесь не совсем понятна связь с высокой частотой встречаемости опухоли в данной возрастной категории с гормональными изменениями, характерными для этого возраста. Возможно, имеется один существенный момент, способный значительно исказить статистические данные по миоме матки – это рекомендации врача-гинеколога касательно времени начала лечения лейомиомы матки, когда женщина принимает решение больше не беременеть. Тем не менее, необходимо отметить «омоложение» возрастной категории, когда миома матки диагностируется у женщин активного репродуктивного возраста.

Нарушение уровня стероидных гормонов, как фактор риска – установлено, что ранние месячные (младше 10 лет) и поздние месячные (старше 16 лет) являются факторами риска для развития лейомиомы матки. В периоде постменопаузы отмечается значительное снижение уровня эстрогенов, что, в свою очередь, оказывает влияние на размеры узлов и их количество. Для этой возрастной категории характерны и маленькие размеры миоматозных узлов и меньшее количество узлов. При гистологическом исследовании обращают на себя внимание и небольшие размеры гладкомышечных клеток, из которых построена опухоль.

Семейный анамнез, как фактор риска – наличие у матери лейомиомы матки повышает риск развития опухоли у дочери в 2,5 раза по сравнению с общей популяцией. Однояйцевые близнецы чаще обращаются по поводу лейомиомы матки, по сравнению с разнояйцевыми близнецами.

Этническая принадлежность, как фактор риска – установлено, что лейомиома матки почти в 3 раза чаще встречается у афро-американок, чем у белых. Кроме того, у афро-американок лейомиомы возникают в более молодом возрасте, раньше проявляют клинически и характеризуются большим числом опухолевых узлов. В настоящее время отсутствует объяснение, чем обусловлены такие различия. Можно связать такие различия с генетическими факторами, более высоким уровнем эстрогена, особенностями питания или с факторами окружающей среды. Тем не менее, было

установлено, что фермент, участвующий в обмене эстрогенов – катехол-О-метилтрансфераза (COMT) встречается у 47% афро-американок, и только в 19% - у белых. Наличие данного фермента генетически детерминировано и связано с Val/Val генотипом. Именно у женщин с таким генотипом чаще развивается лейомиома матки, и возможно этим определяется преобладание лейомиом матки у афро-американок. Был установлен еще один интересный факт - лейомиома матки и келлоиды, которые встречаются с высокой частотой у афро-американок, имеют очень близкие генетические характеристики.

Избыточная масса тела, как фактор риска – риск развития лейомиомы матки увеличивается на 21% с каждыми «лишними» 10 кг. Ожирение приводит к усилению синтеза эстрогенов из андрогенов надпочечников, чем можно объяснить опухолевый рост.

Особенности питания, как фактор риска – имеются единичные исследования, в которых предпринята попытка связать развитие лейомиомы матки с особенностями рациона питания. В одном из таких исследований были представлены данные о том, что употребление в пищу мясных продуктов – говядины и ветчины становится причиной развития лейомиомы матки, тогда как преобладание в рационе питания овощей и фруктов значительно снижает риск развития опухолей. Результаты данного исследования сложно оценить с точки зрения достоверности, еще трудней определить их научную ценность, так как в исследовании не проводилась оценка соотношения потребленных белков и жиров.

Физические упражнения, как фактор риска – отсутствие адаптированной физической нагрузки может рассматриваться как предрасполагающий фактор для развития миомы матки. У спортсменок, даже бывших, частота встречаемости лейомиом матки на 40% ниже, чем у женщин, которые никогда не занимались физической культурой. Влияние физических упражнений на развитие лейомиомы матки, скорее всего, можно объяснить стабильным весом у атлетов, и, соответственно, отсутствием жестких требований к массе тела у нетренированных лиц.

Применение контрацептивов, как фактор риска – отсутствует прямая зависимость между использованием контрацептивных препаратов и развитием лейомиомы матки. В единичных проведенных исследованиях представлены противоречивые данные - предположено, что использование контрацептивов повышает риск развития лейомиом, хотя имеются исследования, в которых установлено, что ни само употребление контрацептивов, ни продолжительность их употребления не влияют на частоту возникновения лейомиомы матки. В некоторых исследованиях приведены данные о том, что употребление контрацептивов значительно снижает риск развития лейомиомы.

Заместительная гормональная терапия в период менопаузы, как фактор риска – у большинства женщин, находящихся в периоде менопаузы, гормональная терапия не вызывает роста лейомиом матки.

Беременность, как фактор риска – лейомиома матки и миометрий во время беременности схожи по своим биологическим свойствам, включая повышенную продукцию экстрацеллюлярного матрикса и повышение экспрессии рецепторов для пептидов и стероидных гормонов. Миометрий в послеродовом периоде подвергается обратному развитию и возвращается к

исходному состоянию, что сопровождается значительным снижением массы миометрия за счет резкого уменьшения размеров гладкомышечных клеток. Существует, как минимум два механизма, которые «включаются» при обратном развитии матки в послеродовом периоде – это апоптоз и дедифференцировка. Процесс обратного развития миометрия в послеродовом периоде, сегодня получил новое название «ремоделирование». Поэтому можно предположить, что инволютивные изменения в лейомиоме связаны с процессами ремоделирования, протекающими посредством апоптоза и дедифференцировки. Существует и другая точка зрения, объясняющая процессы регрессии и инволюции за счет снижения уровня кровоснабжения всего миометрия, и как следствие этого процесса – ухудшения кровоснабжения миомы.

Курение, как фактор риска – курение может стать причиной снижения частоты лейомиомы матки. Никотин угнетает процессы превращения андрогенов в эстрогены в тканях-мишенях, в том числе и миометрии. В крупных исследованиях, которые были проведены среди курящих женщин, не выявили высокой частоты встречаемости лейомиомы матки, и поэтому было предположено, что действие диоксина, как компонента никотина приводит к снижению уровня эстрогенов и угнетению процессов клеточной пролиферации в миометрии.

Тканевые повреждение миометрия, как фактор риска – воспалительные процессы в миометрии любой этиологии или гипоксические изменения в миометрии могут стать триггерными механизмами для развития миомы. Тем не менее, отсутствует прямая связь между частотой встречаемости лейомиомы и половыми инфекциями, числом половых партнеров, ранним началом половой жизни или установлением внутриматочной спирали. Кроме того, в лейомиоме были обнаружены Herpes simplex virus I или II, цитомегаловирус, вирус Epstein-Barr и хламидии. Сегодня специалистами обсуждается значение гипоксических повреждений миометрия во время менструального кровотечения, связанных с местной ишемией при выраженном спазме сосудов матки. Тем не менее, нет достоверных данных подтверждающих данный факт, и поэтому ишемический фактор рассматривается как один из многих факторов, которые могут иметь место, но не основной.

Структурная основа клинических проявлений лейомиомы матки – несмотря на то, что лейомиома матки, как патологическое состояние не является причиной смерти, но ее наличие отрицательно сказывается на качестве жизни, что связано с типичными клиническими проявлениями – кровотечением, а иногда и болевым синдромом.

Кровотечение. Механизм возникновения кровотечений при лейомиомах матки не совсем понятен, хотя имеются теории, объясняющие причины кровотечений. Одна из возможных причин кровотечений – это венозное полнокровие в результате механического давления узлов лейомиомы на стенки сосудов миометрия. По другой теории развитие кровотечения связано с усиленной продукцией и накоплением факторов роста, синтезируемых гладкомышечными клетками лейомиомы. Разнообразные факторы роста, вырабатываемые опухолевыми клетками, усиливают пролиферацию эндотелиальных клеток, оказывая влияние на размеры просвета сосудов, и стимулируя

процессы ангиогенеза. Данная теория является достаточно привлекательной в плане разработки патогенетического лечения миомы, так как влияние на процессы торможения ангиогенеза в опухолевых узлах могут стать принципиальным подходом в лечении.

Лейомиома и фертильность. Субмукозные миоматозные узлы повышают риск развития бесплодия, и их удаление значительно повышает возможности забеременеть. Субсерозные и интрамуральные узлы не нарушают процессов имплантации плодного яйца, и поэтому их удаление не оказывает прямого влияния на показатели рождаемости. К сожалению, среди современных публикаций, посвященных обсуждению проблемы «миома матки и фертильность», крайне мало рандомизированных исследований. Существующие работы носят констатационный характер, в них, как правило, отсутствуют данные о размерах опухолевых узлов, их количестве; не отмечена степень вовлечения полости матки в патологический процесс; иногда сравниваются разные возрастные группы больных. В большинстве таких исследований отсутствуют статистически достоверные результаты. Для установления связи между миомой матки и бесплодием ценностью представляют работы, выполненные с мета-анализом. По результатам одиннадцати таких исследований, было установлено, что риск развития бесплодия связан только с наличием миомы в подслизистом слое.

Миомы и беременность. Эхографическая диагностика миомы матки в период беременности представляет определенные сложности. Из 12600 женщин, которым была проведена УЗИ во втором триместре, только у 183 женщин (средний возраст – 33 года), были обнаружены миомы, что составило 1,5%. И только в 30% случаях из 183 женщин в ходе обследования возникло подозрение на наличие миомы. Имеются данные о результатах клинических исследований беременных, когда в 42% случаев были обнаружены миомы размерами больше 5 см, и в 12,5% случаев – менее 5 см.

Влияние беременности на миому. Беременность оказывает влияние на миому, рост миомы, вероятно, будет зависеть от индивидуальных особенностей организма, в том числе генетических факторов, факторов роста и числа рецепторов, расположенных в миоме и гормонального гомеостаза. Установлено, что большинство миом не увеличиваются в течение беременности. Так, в исследовании, включавшем 36 беременных женщин, в первом триместре на УЗИ были выявлены единичные миоматозные узлы. И при повторном исследовании – через 2 – 4 недели было установлено, что в 69% случаев размеры миомы не менялись. В 31% случаев было отмечено увеличение размеров миомы, при этом наибольшее увеличение произошло до 10-й недели беременности. Тем не менее, в данном исследовании отсутствует достоверная корреляция между исходным размером миомы и увеличением объема миомы на протяжении всего гестационного периода. В этом же исследовании были приведены данные и об уменьшении размеров миомы в послеродовом периоде – через 4 недели.

Уменьшение миомы матки во время беременности. Примерно в 5% случаев во время беременности происходит уменьшение размеров опухоли. Существует теоретическое обоснование данного феномена – увеличение мышечной массы беременной матки предполагает изменение ориентации питающих миому

кровеносных сосудов с последующей обструкцией их просвета.

Влияние миомы на беременность. Миома во время беременности крайне редко оказывает неблагоприятное воздействие. В исследовании, включавшем 12600 беременных женщин, не было обнаружено существенных различий в частоте преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, задержки роста плода, предлежании плаценты и послеродовых кровотечений, но частота кесарева сечения была выше у женщин с миомами (23% против 12%, $p < .001$). В другом исследовании, включавшем 15 104 беременных, миомы были выявлены у 401 женщины. Было установлено, что наличие миомы не повышает риск преждевременного разрыва плодных оболочек, развития хориоамнионита или эндометрита. Тем не менее, по результатам исследования был сделан вывод о том, что наличие миомы повышает риск преждевременных родов (19,2% против 12,7%), предлежания плаценты (3,5% против 1,8%) и послеродовых кровотечений (8,3% против 2,9%). Миома стала причиной более частого проведения кесарева сечения (49,1% против 21,4%). При миомах, расположенных в нижнем сегменте матки кесарево сечение проводится чаще, чем при миомах тела матки (53% против 30,8%). Наличие миомы в подслизистом слое или нескольких миоматозных узлов увеличивает риск оперативного родоразрешения. Вместе тем, существуют исследования, в которых отмечено, что только узлы больших размеров (более 10 см) оказывают механическое давление на плод и не влияют на частоту проведения кесарева сечения. Правда, случаи с механическим влиянием на плод встречаются крайне редко – с 1980 по 2005 г.г. в литературе было описано четыре случая. В одном случае миомой стала причиной деформации головки и задержки развития плода, в другом случае – привела к деформации скелета плода, в третьем случае – к деформации конечности, и четвертом случае – с миомой связали развитие кривошеи. Разрывы матки во время беременности на месте рубца после миомэктомии. Разрыв матки во время беременности или родов после миомэктомии

встречается крайне редко. На 98872 родов в течение 30 лет имели место 76 случаев разрывов матки в третьем триместре, но только в одном случае в анамнезе была перенесенная миомэктомия, а у 16 женщин – вообще не было никаких рубцовых изменений на матке. Анализ течения беременности у 137 582 женщин показал, что в 133 случаях имел место разрыв матки после 28-й недели беременности, но только в трех случаях в анамнезе были миомэктомии. Имеются данные о 83 случаях кесарева сечения с предшествовавшей миомэктомией за период 1958-1960г.г., ни в одном случае не отмечалось разрыва матки.

Сегодня в акушерской практике широко применяются эндоскопическая миомэктомия и гистерорезектоскопия, как методы лечения миом. Возникает вопрос, повышает ли данная процедура риск последующего разрыва матки при беременности. Ответ на данный вопрос требует проведения анализа осложнений, связанных с эндоскопической миомэктомией, и полученные результаты будут иметь как практический, так и академический интерес.

Заключение:

1. Миомы встречаются очень часто, и наметилась тенденция к «омоложению» заболевания.
2. Гиперэстрогения способствует развитию миомы матки. Факторы роста, продуцируемые гладкомышечными клетками и фибробластами миомы, контролирует процессы пролиферации и стимулируют рост миомы.
3. Наличие миомы у матери в 2,5 раза увеличивает риск развития миомы у дочери. Гормональная терапия не оказывает влияние на рост миомы.
4. Миома в подслизистом слое может рассматриваться как причина бесплодия, и удаление субмукозно расположенных узлов повышает эффективность лечения бесплодия.
5. Беременность оказывает влияние на миому, и это влияние может быть непредсказуемым.
6. Во время беременности разрывы матки после миомэктомии возникают крайне редко.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Myomas and reproductive function. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with The Society of Reproductive Surgeons American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. FertilSteril, 2008;90:125–30.
- 2 Yu-Jin Koo, Yeon-ean Cho, Ji-Young Kim, Ji-Eun Lee and all. Ovarian leiomyoma as a potential cause of compromised fertility. FertilSteril, 2011; 95:1120. 11–14.
- 3 Wen-Hsiang Su, Wen-Ling Lee, Ming-Huei Cheng and all. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas. Journal of the Chinese Medical Association 75 (2012) 487-493.
- 4 William H. Parker. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine Myomas. FertilSteril. 2007; 87:725–36.

A.D. SAPARGALIEVA, I.K. MANASOVA, E.E. ISKAKOVA, I.G. EFIMENKO
THE UTERINE MYOMA: EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND FEATURES OF THE PROCESS

Resume: Myoma is a frequently occurring pathology. At the same time the reasons of its occurrence are not fully understood. This article presents modern concepts, explaining risk factors, origins of myoma, characteristics of the process in cases of pregnancy, connections between myoma and fertility.

Keywords: myoma, risk factors, fertility

А.Д. САПАРГАЛИЕВА, И.К. МАНАСОВА, Э.Е. ЫСҚАҚОВА, И.Г. ЕФИМЕНКО
ЖАТЫР МИОМАСЫ – ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ДАМУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Жатыр миомасы өте жиі кездесетін патология. Сонымен қоса пайда болу себептері осы күнге дейін анық белгіленбеген. Бұл мақалада жатыр миомасының пайда болуына әкеліп соғатын қауіпті факторларын түсіндіретін, жүктілік кезеңінің ерекшеліктерімен қатар жатыр миомасының ұрпақтануға қабілеттілікпен байланысты заманауи концепциялар берілген.

Түйінді сөздер: жатыр миомасы, қауіпті факторлар, ұрпақтануға қабілеттілік (фертильность)

Г.Н. ЧИНГАЕВА, М.И. РАЕВА, Д.А. МАЛИКОВА, А.А. КАЛАУБЕКОВА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации. Основная проблема АГ у беременных: отсутствие единой терминологии, использования различных классификации и критериев АГ, тактики ведения пациенток. Мы попытались на основе доказательной медицины представить классификацию АГ у беременных и принципы лекарственной терапии, включая неотложную помощь при гипертоническом кризе.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертония, лекарственная терапия

Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины, особенно у беременных. Артериальная гипертония у беременных в настоящее время по-прежнему остается основной причиной как материнской, так и перинатальной заболеваемости и летальности, а также ряда акушерских осложнений. По данным ВОЗ, в структуре материнской смертности доля гипертонического синдрома составляет 20-30%, ежегодно во всем мире более 50 тыс. женщин погибают в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ у матери [1-3]. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, массивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты, а также может быть причиной эклампсии, нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки [4].

В последнее время отмечено увеличение распространенности АГ во время беременности за счет ее хронических форм на фоне роста числа пациенток с ожирением, сахарным диабетом и в связи с увеличением возраста беременных. И наоборот – женщины, у которых развиваются гипертонические расстройства в период беременности, в дальнейшем относятся к группе риска по развитию ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Дети этих женщин имеют повышенный риск развития различных метаболических и гормональных нарушений, сердечно-сосудистой патологии [2]. Основная проблема лечения АГ у беременных в том, что акушеры и кардиологи говорят на разных языках. Отсутствует единый взгляд на тактику немедикаментозной и медикаментозной терапии, в ряде случаев применяются противопоказанные при беременности лекарственные препараты, используются опасные комбинации. При выборе лекарственных средств врачи руководствуются в основном личным опытом или традициями лечебного учреждения. В аптечной сети отсутствует целый ряд препаратов, рекомендуемых современными руководствами для использования у беременных с АГ, в том числе для неотложной терапии. Отсутствует преемственность ведения этой категории пациенток (на этапе планирования беременности, во время беременности и после родов) [5]. Кроме того, международные стандарты лечения неотложных состояний существенно отличаются от традиционных отечественных представлений и более сложны для выполнения на практике, так как предполагают использование лекарственных препаратов или их форм, не получивших в Казахстане широкого

распространения или даже не имеющих государственной регистрации.

Критериями для диагностики АГ при беременности, по данным ВОЗ, являются уровень систолического АД (САД) 140 мм рт.ст. и более или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст. и более либо увеличение САД на 25 мм рт.ст. и более или ДАД на 15 мм рт.ст. по сравнению с уровнями АД до беременности или в I триместре беременности [5]. Следует отметить, что при физиологически протекающей беременности в I и II триместрах возникает физиологическое снижение АД, обусловленное гормональной вазодилатацией, в III триместре АД возвращается к обычному индивидуальному уровню или может немного превышать его [3,7].

В нашей статье мы приводим классификацию гипертонических состояний при беременности, рекомендации по диагностике и ведению беременных с АГ, составленные на основе рекомендаций Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов (ЕОГ-ЕОК, 2003, 2007) [6,8,9]; комитета экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2003 г.) [8-10]; седьмого доклада экспертов Объединенного национального комитета США по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления – АД (JNC7, 2003) [6].

В современных зарубежных классификациях выделяют следующие формы гипертонических состояний у беременных: хроническая АГ, гестационная АГ, преэклампсия (ПЭ) и ПЭ на фоне хронической АГ [8,10-11].

В отечественной литературе еще можно встретить термин «гестоз», обозначающий клиническую ситуацию сочетания повышения АД во второй половине беременности с протеинурией и отеками. С нашей точки зрения, предпочтительнее использовать международную терминологию гипертонических состояний у беременных.

Классификация АГ у беременных

1. Хроническая АГ

А. Эссенциальная гипертония

Б. Симптоматическая гипертония

2. Гестационная АГ (диагноз на период беременности)

А. Преходящая АГ (ретроспективный диагноз)

Б. Хроническая АГ (ретроспективный диагноз)

3. ПЭ

✓ умеренно тяжелая

✓ тяжелая

✓ критические формы ПЭ: эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острая почечная недостаточность; отек легких, отслойка плаценты

4. ПЭ на фоне хронической АГ

Представляется целесообразным последовательно рассмотреть категории гипертензивных состояний, вошедшие в настоящую классификацию.

Хроническая АГ

Хроническая АГ – АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-й недели гестации. Диагностическим критерием хронической АГ считается систолическое АД (САД) >140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД (ДАД) >90 мм рт. ст. АГ, возникшая

после 20-й недели гестации, но не исчезнувшая после родов, также классифицируется как хроническая гипертония, но уже ретроспективно.

Хроническая АГ – это гипертоническая болезнь (эссенциальная АГ), или симптоматическая гипертония. Следует учитывать, что повышение уровня АД у молодой женщины требует особенно тщательного исключения вторичного характера гипертонии (АГ, связанная с патологией почек; АГ при поражении почечных артерий; феохромоцитоме; первичный альдостеронизм; синдром и болезнь Иценко–Кушинга; коарктация аорты; АГ, обусловленная приемом лекарственных препаратов).

Классификация уровней АД у лиц 18 лет и старше представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Классификация уровней артериального давления

Категория АД	САД мм рт.ст.	ДАД мм рт.ст.
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
АГ 1-й степени (мягкая)	140-159	90-99
АГ 2-й степени (умеренная)	160-179	100-109
АГ 3-й степени (тяжелая)	≥180	≥110

Наиболее точно степень АГ может быть установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты.

Гестационная АГ. Повышение АД, впервые зафиксированное во второй половине беременности (после 20-й недели беременности) и не сопровождающееся протеинурией, классифицируется как гестационная АГ.

В случае развития гестационной АГ окончательный диагноз ставится лишь после родов. Если АД возвратилось к норме через 12 недель после родов, целесообразно использовать термин «преходящая, или транзиторная, АГ». При сохранении повышенного уровня АД через 12 недель после родов диагностируется хроническая АГ.

Таким образом, диагноз гестационной АГ – это диагноз на период беременности и до постановки окончательного диагноза.

Преэклампсия. ПЭ является специфичным для беременности синдромом, возникающим после 20-й недели гестации, и определяется по наличию АГ и протеинурии. В некоторых случаях диагноз устанавливается при отсутствии протеинурии, если АГ сопровождается следующими патологическими изменениями: генерализованными отеками, олигурией, увеличением креатинина; тромбоцитопенией, гемолизом; повышением АСТ, АЛТ, болями в животе; неврологической симптоматикой, задержкой внутриутробного развития плода. Факторами риска развития ПЭ являются первая беременность, крайние границы детородного возраста, ПЭ в семейном анамнезе, ПЭ в предыдущей беременности, экстрагенитальные заболевания (АГ, заболевания почек, органов дыхания, сахарный диабет, ожирение), а также многоплодие, пузырный занос и многоводие.

Критерием гестационного повышения АД является САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. у женщин,

имевших нормальное АД до 20 недель беременности. Протеинурия определяется как суточная экскреция 0,3 г белка или более. Это обычно соответствует 30 мг/дл. Отеки – прибавка массы тела за 1 неделю более 500 г или отеки ног с очевидными симптомами задержки жидкости наблюдаются у 80% женщин с нормально протекающей беременностью и не коррелируют с ухудшением результатов перинатального периода. Именно поэтому в большинстве современных рекомендаций наличие отеков не относится к критериям ПЭ – специфичного для беременных патологического состояния [8,10,11]. ПЭ может быть умеренной тяжести и тяжелой. Выделяют также критические формы ПЭ, к которым относят: эклампсию; отек, кровоизлияние и отслойку сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острую почечную недостаточность; отек легких и отслойку плаценты.

Эклампсию определяют как возникновение у женщин с ПЭ судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами. При постановке диагноза ПЭ необходима госпитализация в стационар. При тяжелой ПЭ необходим перевод в реанимационное отделение и подготовка к родоразрешению. При ПЭ умеренной тяжести вопрос о дальнейшей тактике лечения зависит от срока беременности, состояния плода, эффективности лечения. ПЭ на фоне хронической АГ диагностируется в том случае, если на фоне АГ, существующей до беременности или диагностированной до 20-й недели, появляются следующие симптомы:

- ✓ протеинурия (0,3 г белка и более в суточной моче), впервые возникшая после 20-й недели беременности у женщины с АГ без протеинурии в ранние сроки беременности (до 20 нед);
- ✓ резкое увеличение протеинурии после 20-й недели беременности у пациентки с АГ и протеинурией до 20 нед беременности;

✓ резкое повышение АД у женщин, у которых ранее (до 20 нед беременности) АД легко контролировалось;
 ✓ олигурия, увеличение креатинина; тромбоцитопения, гемолиз; повышение АСТ, АЛТ, генерализованные отеки. В настоящее время накоплено достаточно данных о том, что частота развития ПЭ у беременных с хронической АГ значительно увеличивается по сравнению с женщинами, имеющими до беременности нормальный уровень АД. Прогноз для матери и плода в данном случае много хуже, чем при каждом из этих заболеваний в отдельности [12,13].

В настоящее время АГ беременных, преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром, гемолитико-уремический синдром (ГУС)/тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) беременных считаются проявлениями эндотелиальной дисфункции с вовлечением многих органов и систем, в том числе головного мозга, печени, почек, кровеносных сосудов и плаценты.

Особенности лечения АГ у беременных

Цель лечения беременных с АГ – предупредить осложнения, обусловленные высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды [6,7,13]. **Не рекомендуется:** ограничение потребления соли и жидкости, уменьшение лишней массы тела до завершения беременности, физические нагрузки. Целесообразность постельного режима не доказана, даже в случаях присоединения преэклампсии. Ограничение соли может усугубить нарушение фетоплацентарного кровотока. Кроме того, необходимо избегать резкого снижения АД (пациентка находится в

состоянии гиповолемии). Длительное лечение антигипертензивными препаратами беременных с хронической АГ до сих пор является предметом споров. Как высокое, так и низкое АД может нарушить маточно-плацентарный кровоток и подвергнуть риску развитие плода. У беременных с тяжелой АГ не проводилось контролируемых плацебо клинических исследований по оценке эффективности лечения и по этическим соображениям их проведение едва ли предвидится [14,15].

Фармакотерапия АГ при беременности

Более десяти классов лекарственных средств используют при лечении АГ. Однако для лечения АГ при беременности допускается применение лишь отдельных препаратов, относящихся к шести из этих групп. При беременности применяются только антигипертензивные препараты, безопасность которых установлена многолетними клиническими наблюдениями. Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка. Спектр антигипертензивных препаратов, используемых при беременности, ограничен.

В связи с этим при выборе фармакотерапии целесообразно использовать принятые в США критерии классификации лекарственных препаратов Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарств (FDA – Food and Drug Administration), представленные в таблице 2.

Таблица 2 - Критерии классификации лекарственных препаратов по безопасности для плода FDA, США [15]

А	Контролируемые исследования у беременных не выявили риска для плода
В	В экспериментальных исследованиях у животных не обнаружен риск для плода, но исследования у беременных не проводились; либо в эксперименте получены нежелательные эффекты, которые не подтверждены в контрольных исследованиях у беременных в I триместре. Нет очевидного риска во II, III триместрах
С	В экспериментальных исследованиях выявлен риск для плода (тератогенное, эмбриотоксическое действие), не было контролируемых исследований у беременных; либо экспериментальных и клинических исследований не проводилось. Препараты могут назначаться, когда ожидаемый терапевтический эффект превышает потенциальный риск для плода
Д	В экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода. Препарат расценивается как опасный, но может назначаться беременным по жизненным показаниям, а также в случае неэффективности или невозможности использования препаратов, относящихся к классам А, В, С
Х	Опасное для плода средство, негативное воздействие этого лекарственного препарата на плод превышает потенциальную пользу для будущей матери

Следует уточнить, что антигипертензивных лекарственных средств, относящихся к классу А, для лечения АГ у беременных в настоящее время не существует. Необходимо помнить, что ни один препарат не является стопроцентно безопасным на ранней стадии беременности.

Основными принципами лекарственной терапии в период беременности являются доказанная эффективность и доказанная безопасность. В современных рекомендациях по ведению больных АГ, основными препаратами для лечения беременных, отвечающими требованиям к фармакотерапии в период беременности, названы метилдопа, β-адреноблокаторы, α-β-адреноблокатор лабеталол, блокаторы медленных кальциевых каналов и некоторые вазодилаторы миотропного действия [9,10,15-18].

Метилдопа в соответствии с классификацией FDA (таблица 2) относится к классу В и является в

большинстве стран препаратом первой линии при лечении АГ беременных. Выбор основан на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего безопасность препарата для матери, плода и новорожденного. Клиническими исследованиями было показано, что в ходе лечения препаратом остаются стабильными маточно-плацентарный кровоток и гемодинамика плода, снижается перинатальная смертность. Отмечено, что метилдопа не влияет на величину сердечного выброса и кровоснабжение почек у матери. Важно, что метилдопа – пока единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении развития [16]. Доза препарата обычно составляет 500-2000 мг/сут в 2-3 приема. Безопасность длительного применения метилдопы у беременных подтверждается не только результатами

нескольких контролируемых исследований, но и более чем 7-летним наблюдением за детьми, матери которых во время беременности принимали метилдопу [17,18]. К недостаткам препарата относится тот факт, что метилдопа не всегда хорошо переносится беременными: у 22% женщин на фоне терапии метилдопой отмечены побочные реакции в виде сонливости, депрессии, ортостатической гипотензии. Кроме того, это лекарственное средство не рекомендуется применять на 16-20 неделях гестации в связи с возможностью влияния на содержание допамина в нервной системе плода.

Празозин – единственный блокатор α 1-адренорецепторов, который считается не только эффективным, но и безопасным во время беременности. Безопасность празозина при беременности установлена в небольших контролируемых исследованиях. При умеренной и тяжелой АГ его обычно назначают в комбинации с β -адреноблокатором, который нивелирует вызываемую им рефлекторную тахикардию. Терапию празозином следует начинать с малых доз (0,5 мг) из-за опасности развития ортостатической гипотонии. После приема первой дозы препарата больные не менее 3 ч должны оставаться в горизонтальном положении. Доза празозина варьирует от 1 до 15 мг/сут в 2 приема. В настоящее время празозин считается антигипертензивным препаратом второго ряда и назначается в случае неэффективности (или недостаточной эффективности) метилдопы, лабеталола или β -адреноблокатора с внутренней симпатомиметической активностью (ВСА) – окспренолола или пиндолола [14,15,18].

β -адреноблокаторы. В соответствии с классификацией FDA β -адреноблокаторы пиндолол и ацебутолол относятся к классу В; метопролол, тимолол, окспренолол, пропранолол – к классу С, атенолол – к классу D в 1997 году и к классу С с 2000 года. К настоящему времени опубликовано много сообщений об изучении эффектов β -адреноблокаторов при лечении АГ в период беременности, и в большинстве из них указывается на успешное использование препаратов этой группы. Данные нескольких рандомизированных клинических исследований в целом свидетельствуют, что β -адреноблокаторы эффективны и безопасны в качестве антигипертензивной терапии АГ беременных.

Пиндолол является неселективным β -адреноблокатором с внутренней симпатомиметической активностью (ВСА), наиболее выраженной в отношении β 2-адренорецепторов. Активируя β 2-адренорецепторы сосудов, он (в отличие от β -адреноблокаторов без ВСА) уменьшает ОПСС. При беременности пиндолол увеличивает маточно-плацентарный кровоток и улучшает функцию почек матери. Пиндолол оказывает такое же благоприятное влияние на течение и исходы АГ при беременности, как и метилдопа, но в меньшей степени замедляет внутриутробное развитие плода, чем атенолол [17,18]. Дозы пиндолола составляют 10-60 мг/сут в 2 приема. Другие β -адреноблокаторы с ВСА – ацебутолол, окспренолол, метопролол – не уступают метилдопе по эффективности лечения беременных с АГ, однако они не получили такого широкого распространения, как пиндолол. По данным системного обзора, по сравнению с плацебо β -адреноблокаторы уменьшают вероятность развития тяжелой АГ и потребность в добавлении других антигипертензивных средств. Влияние β -адреноблокаторов на неонатальные

исходы не анализировались [14,19]. Однако имеются данные о том, что β -адреноблокаторы могут замедлять внутриутробное развитие плода, причем выраженность этого эффекта напрямую зависит от длительности терапии. По этой причине β -адреноблокаторы не рекомендуется применять в I и II триместрах беременности [7]. Из доступных β -адреноблокаторов для лечения АГ при беременности не подходят неселективные препараты, которые, блокируя β 2-адренорецепторы, повышают сосудистый тонус и тем самым могут уменьшать маточно-плацентарный кровоток и как следствие замедлять внутриутробное развитие плода. Кроме того, неселективные β -адреноблокаторы, в частности пропранолол, могут усиливать родовую деятельность и вызывать брадикардию и гипогликемию у новорожденного.

Атенолол также противопоказан при беременности. По данным нескольких исследований, атенолол в большей степени, чем другие β -адреноблокаторы, замедляет внутриутробное развитие плода. По данным нескольких исследований, масса тела и рост новорожденных, матери которых во время беременности принимали атенолол, были достоверно меньше, чем у новорожденных, матери которых получали другие β -адреноблокаторы, другие антигипертензивные средства или даже не получали никакой терапии. Неблагоприятный эффект атенолола на внутриутробное развитие плода был тем больше, чем в более ранние сроки беременности начинали терапию [16,18]. Из доступных β -адреноблокаторов для лечения АГ при беременности наиболее широко используются метопролол, окспренолол и особенно пиндолол.

Лабеталол является комбинированным блокатором α 1- и β -адренергических рецепторов, обладающий вазодилатирующими свойствами за счет блокады α -рецепторов сосудов. Широко используется за рубежом как препарат замены при неэффективности или непереносимости препарата выбора – метилдопы. Лабеталол относится к препаратам класса С по FDA. Привлекательность лабеталола усиливает тот факт, что у него слабее, чем у других β -адреноблокаторов, выражена способность проникать через плаценту. В плацебо-контролируемом исследовании показано, что при мягкой и умеренной АГ во время беременности лабеталол не вызывает задержки внутриутробного развития плода или гипогликемии у новорожденных. Он более эффективно контролирует АД, чем метилдопа, и лучше переносится. По антигипертензивной эффективности его действие сопоставимо с гидралазином. Лабеталол более удобен для длительного применения, чем комбинация обычного β -адреноблокатора и гидралазина или празозина. Вместе с тем, безопасность лабеталола изучена в меньшей степени, чем препарата метилдопа. Лабеталол может вызывать повреждение печени и потому обычно относится к препаратам второго ряда для лечения АГ при беременности [18]

Блокаторы медленных кальциевых каналов. По классификации FDA большинство блокаторов медленных кальциевых каналов относятся к классу С. Мнения относительно безопасности и эффективности данной группы антигипертензивных средств при лечении АГ в период беременности неоднозначны. Комитет экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями обращает внимание, что при

использовании блокаторов кальциевых каналов при АГ в период беременности не отмечено ни отрицательного влияния, ни позитивного воздействия на прогноз беременности и родов. По этой причине ряд авторов рекомендуют использовать блокаторы кальциевых каналов для лечения острой и хронической АГ беременных в случаях, когда АГ рефрактерна к терапии метилдопой или β-адреноблокаторами, либо существуют противопоказания для использования указанных препаратов. Одновременно в рекомендациях ЕОГ-ЕОК, 2003, блокаторы кальциевых каналов представлены как препараты второй линии. Авторами документа отмечено, что блокаторы кальциевых каналов, вероятно, более эффективны в лечении АГ беременных, чем β-адреноблокаторы [19,20]. Существует настороженность по поводу потенциального риска тератогенных эффектов блокаторов кальциевых каналов, так как кальций активно участвует в процессах органогенеза.

В доступной литературе достаточно сообщений об успешном использовании как короткодействующего нифедипина в качестве средства для фармакотерапии тяжелой АГ, гипертонических кризов у беременных, так и ретардных форм нифедипина для продолжительной базисной терапии АГ в период гестации. Все исследователи сообщают об устойчивом антигипертензивном эффекте нифедипина. Большинство авторов подчеркивают отсутствие серьезных осложнений и, в частности, развития тяжелой гипотензии у матери при использовании в клинической практике нифедипина. Однако следует иметь в виду, что нифедипин короткого действия при сублингвальном использовании в ряде случаев может провоцировать резкое падение АД, что приводит к снижению плацентарного кровотока, поэтому при гипертоническом кризе у беременной его следует применять перорально. Следует помнить о том, что совместное применения антагонистов кальция и сульфата магния противопоказано. Описаны случаи гипотензии, угнетения сократимости миокарда, инфаркта миокарда и нервно-мышечной блокады при использовании этой комбинации препаратов [6,15,18]

Периферические вазодилататоры в настоящее время не применяются для плановой терапии и используются только в экстренных ситуациях. Гидралазин относится по FDA к классу В и является одним из наиболее часто применяемых за рубежом препаратов для парентерального введения при внезапном резком повышении АД у женщин с АГ в период гестации. Препарат, по мнению ряда исследователей, оказывает быстрый, но контролируемый антигипертензивный эффект, не оказывает негативного влияния на сердечный выброс матери и кровообращение плода. Одновременно многие авторы указывают, что гидралазин может вызвать достаточно много побочных эффектов у матери (головная боль, тахикардия, аритмия, олигурия, гипотония, гемолиз, повышение уровня печеночных ферментов, тромбоцитопения) и брадикардию у плода. В Европе отказались от применения гидралазина и рекомендуют использовать при гипертонических кризах в период беременности лабеталол (для внутривенного введения), нифедипин и метилдопу (перорально). Дигидралазин близок к гидралазину по эффектам, но способен оказывать неблагоприятное влияние на углеводный обмен, его применяют лишь в случае неэффективности других лекарственных средств,

использующихся при купировании тяжелой АГ, – гидралазина, нифедипина, лабеталола.

Антигипертензивное действие гидралазина ослабевает со временем, поскольку препарат вызывает рефлекторную тахикардию и задержку жидкости. По этой причине его обычно используют для усиления действия метилдопы или β-адреноблокатора [6,15,20]. В настоящее время гидралазин считается антигипертензивным препаратом второго ряда и назначается при неэффективности (или недостаточной эффективности) метилдопы, лабеталола или β-адреноблокатора с ВСА (окспренолола или пиндолола). Клофелин – гипотензивный препарат центрального действия используется вместо метилдопы при ее неэффективности (категория С). В настоящее время в Европе и США у беременных не используется.

Диуретики. Тиазидные (и тиазидоподобные) диуретики – один из основных классов антигипертензивных препаратов, которые широко используют при лечении АГ у небеременных больных, особенно пожилого возраста. Основным аргументом против использования диуретиков для лечения АГ у беременных является то, что они уменьшают объем циркулирующей плазмы и тем самым могут оказывать неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода. К тому же они повышают сывороточные концентрации мочевой кислоты, что может привести к неправильному диагнозу о присоединении преэклампсии к хронической АГ [15,18]. По данным метаанализа, нет доказательств способности диуретиков предотвращать развитие преэклампсии у беременных, в то же время при их применении часто отмечаются тошнота и рвота [1,15,21]. В любом случае тиазидные диуретики с большой осторожностью следует применять у женщин с преэклампсией.

Категорически противопоказаны беременным ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Достоверно установлено, что они способны угнетать экскреторную функцию почек плода, вызывать маловодие, а впоследствии – даже безводие. Если пациентка постоянно принимала ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и продолжила их прием в начале беременности, это в любом случае не является показанием к прерыванию беременности, поскольку описанные выше побочные эффекты присущи при условии применения препарата во II и III триместрах беременности. Однако большую обязательно переводят на другие антигипертензивные средства сразу же после установления беременности (лучше на этапе ее планирования). Такая же тактика принята относительно блокаторов рецепторов ангиотензина II [3,15,16].

Таким образом, не все антигипертензивные препараты подходят для лечения АГ при беременности. По мнению разных авторов, препаратами первого ряда являются метилдопа, а также лабеталол, окспренолол и пиндолол. К препаратам второго ряда относятся празозин, гидралазин и нифедипин. Не рекомендуется использовать во время беременности диуретики, а также атенолол и пропранолол. ИАПФ и БРА противопоказано применять во II и III триместрах беременности. Применение этих препаратов в указанные сроки связано с высоким риском задержки внутриутробного развития плода, маловодия, костных дисплазий с нарушением оксификации свода черепа и укорочением конечностей, респираторного дистресс-синдрома, гипотензии, гипоплазии легких, дисгенезии почек, острой почечной

недостаточности у плода или новорожденного, а также их гибели [15,16,22].

Лечение гипертонического криза

Значительное повышение АД у беременных требует его снижения. САД ≥ 170 мм рт. ст. или ДАД ≥ 110 мм рт. ст. у беременных должно рассматриваться как неотложное состояние, и в этом случае абсолютно необходима госпитализация. Главное правило при лечении гипертонических кризов – осторожное и контролируемое снижение АД. Слишком агрессивное лечение может привести к снижению перфузионного давления ниже минимального уровня, необходимого для нормального функционирования органов. Это приведет к дальнейшему повреждению структур головного мозга, миокарда или почек, снижению плацентарного кровообращения, отслойке плаценты и гипоксии плода [18,22,23]. При проведении гипотензивной терапии следует иметь в виду, что снижение АД должно быть не

более 20% от исходного. Применение диуретиков для лечения ПЭ с отеком легких не оправдано, так как при ПЭ уменьшается объем циркулирующей крови [10,15].

Осторожно: внезапная и тяжелая гипотензия может возникнуть при назначении любого из этих препаратов, особенно короткодействующего нифедипина. Конечной целью лечения беременных с АГ в экстренных ситуациях должно быть его постепенное снижение до нормальных величин. Клиническое замечание: при лечении гипертонического криза внутривенный путь введения препаратов безопаснее и предпочтительнее, чем оральные или внутримышечные, так как позволяет предупредить развитие тяжелой гипотензии путем прекращения инфузии.

Как указано выше препаратами выбора при гипертонических кризах в период беременности являются гидралазин и лабеталол (таблица 3).

Таблица 3 – Лечение острой тяжелой гипертензии при преэклампсии [15,18]

Препарат	Методика введения
Гидралазин	5 мг в/в, затем 10 мг каждые 20-30 минут до максимальной дозы – 25 мг, при необходимости повторить через несколько часов
Лабеталол	20 мг в/в болюсно, затем 40 мг каждые 10 минут и по 80 мг каждые 10 минут еще 2 раза до максимальной дозы – 220 мг
Нифедипин (неоднозначно)	10 мг per os каждые 20 минут до максимальной – 30 мг. Соблюдать осторожность при применении с магнезия сульфатом, так как может произойти резкое падение АД
Нитропрессида натрия (редко, при отсутствии эффекта от предыдущих фактов)	0,25 мкг/кг/мин до максимальной дозы – 5 мкг/мин. При применении более четырех часов может наблюдаться отравление плода цианидом

Широко используемый в Казахстане при лечении криза магнезия сульфат не относится к антигипертензивным препаратам, является противосудорожным средством и, по мнению FDA, относится к категории А. Препарат не применяется для длительного лечения АГ в период гестации, а используется парентерально с целью профилактики судорожного синдрома при ПЭ или рецидивирующих судорогах при эклампсии, а также в комплексной терапии острой тяжелой АГ. В рандомизированных клинических исследованиях показано, что применение магнезия сульфата значительно снижает частоту развития эклампсии и материнской смертности при АГ в период беременности. Поскольку противосудорожное действие сульфата магнезия не доказано и приступы при эклампсии клинически и электроэнцефалографически нельзя отличить от распространенных тонико-клонических приступов, его применение при эклампсии было основано больше на вере, чем на научных доказательствах. Ввиду эмпирического успеха сульфата магнезия в акушерской практике имеется мало правильно контролируемых данных, дифференцирующих действие различных противосудорожных средств при эклампсии

Говоря о применении магнезия при беременности не следует смешивать две проблемы - применение магнезия как токолитика в виде сульфата магнезия, применение хлорида магнезия в растворах для внутривенных инфузий с целью купирования ургентных ситуаций и профилактическое применение магнезия (перорально) для нутриентной поддержки и оптимизации рационального питания. Дефицит магнезия у беременных провоцирует не только судороги икроножных мышц, но и аритмию; он меняет глюкозотолерантность тканей, повышает риск

избыточной прибавки массы тела и гестационного диабета [15,16,21,23]. Одним из признанных направлений применения магнезия при беременности является ведение преждевременных родов. Существуют значительные различия в диффузии ионов магнезия через плодные оболочки при преждевременных и нормальных родах. Снижение содержания ионизированного магнезия приводит к повышению тонуса миометрия и лежит в основе преждевременных родов [15,18]. Токोलитическая активность магнезия объясняется конкурентным антагонизмом с кальцием и способностью блокировать медленные кальциевые каналы, что приводит к ослаблению сокращений матки.

Заключение

Представленные материалы по ведению беременных с различными гипертензивными состояниями основаны на рекомендациях ведущих зарубежных обществ по изучению АГ у беременных. Артериальная гипертензия является, бесспорно, актуальной проблемой у беременных, требующая ранней диагностики и своевременного лечения, а также последующего тщательного наблюдения. Своевременное начало адекватной терапии, являющейся по своей сути профилактической, позволяет существенно улучшить прогноз исхода беременности для матери и для плода. Медикаментозное лечение следует проводить с осторожностью из-за возможного замедляющего влияния некоторых препаратов на рост и развитие плода. Однако риск тератогенного и эмбриотоксического действия лекарств не следует преувеличивать, так как отказ от их обоснованного применения может нанести вред здоровью не только матери, но и ее будущего ребенка.

- 1 Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Мурашко Л.Е. и др. Артериальная гипертония беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению // *Лечащий врач.* – 2006. – № 3. – С. 25-8.
- 2 Манухин И.Б., Маркова Е.В., Маркова Л.И., Стрюк Р.И. Комбинированная низкодозовая антигипертензивная терапия у беременных с артериальной гипертонией и гестозом // *Кардиология.* – 2012. – № 1. – С.32–38.
- 3 Clivaz Mariotti L., Saudan P., Landau Cahana R., Pechere–Bertschi A. Hypertension in pregnancy // *Rev. Med. Suisse.* – 2007. – Vol. 3(124). – P. 2015–2016.
- 4 Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy // *J. Pregnancy.* – 2012. – Vol. 5 (3). – P. 534–538.
- 5 Манухин И.Б., Маркова Е.В., Маркова Л.И., Стрюк Р.И. Комбинированная низкодозовая антигипертензивная терапия у беременных с артериальной гипертонией и гестозом // *Кардиология.* – 2012. – № 1. – С.32–38.
- 6 The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // *J Hypertens.* – 2007 – Vol. 25. – P. 1105–87.
- 7 Leeman M. Arterial hypertension in pregnancy // *Rev. Med. Brux.* – 2008. – Vol. 29 (4). – P. 340–345.
- 8 Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J Hypertension.* – 2003. – Vol. 21 (6). – P. 1011–53.
- 9 The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // *Eur Heart J.* – 2003. – Vol. 24. – P. 761–81.
- 10 Gifford RW, August PA, Cunningham G et al. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy // *Am J Obstet Gynecol.* – 2000 – Vol.183 (1). – P. 1–22.
- 11 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // *Hypertension.* – 2003. – Vol. 42. – P.1206–56.
- 12 Серов В.Н. Гестоз: современная лечебная тактика // *Фарматека.* – 2004 – Vol.1. – P. 67–71.
- 13 Abalos E., Duley L., Steyn D. W., Henderson-Smart D. J. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review) // *In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002.*
- 14 Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России. М.: Рашин Продакшин, 2007.
- 15 Food and Drug Administration (USA) information on SafeFetus.com. — Режим доступа: <http://www.safefetus.com/index.htm>, 01.02.2010.
- 16 Mancia G., Backer G., Dominiczak A. et al. Mancia G. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology // *Journal of Hypertension.* – 2007. – 25. – P. 1105. – P. 1187.
- 17 Podymow T., August P. Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy // *Hypertension.* – 2008. – 51. – 960-969.
- 18 Barry C., Fielding R., Green P. et al. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy / National Collaborating Centre for Women's and Children Health // London: Royal of College Obstetrics and Gynecologists, 2010. – 296 p.
- 19 Свищенко Е.П., Безродная Л.В. Эссенциальная артериальная гипертензия // *Руководство по кардиологии / Под ред. В.Н. Коваленко.* — К.: Морион, 2008. — С. 444-480.
- 20 Oakley, Child A., lung B. et al. Oakley C. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // *Eur. Heart J.* – 2003. – Vol. 24. – P. 761-781.
- 21 Milne F., Redman C., Walker J. et al. Pre-eclampsia Community Guideline (PRECOG) // *BMJ.* — 2005. — Vol. 330, № 7491. — P. 576-580.
- 22 Von Dadelszen P, Menzies J, Gilgoff S et al. Evidence-based management for preeclampsia // *Front Biosci.* – 2007. – Vol.1 (12). – P. 2876–89.
- 23 Астахова А.В., Лепяхин В.К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств. Руководство по фармаконадзору. - М.: Когито-Центр, 2004. – С.15.

Г.Н. ЧИНГАЕВА, М.И. РАЕВА, Д.А. МАЛИКОВА, А.А. ҚАЛАУБЕКОВА

ЖҮКТИЛЕРДЕГІ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ: КЛАССИФИКАЦИЯ ЖӘНЕ ДӘЛІЛДІ МЕДИЦИНА ТҮРҒЫСЫНАН ЕМІНІҢ ПРИНЦИПТЕРІ

Түйін: Жүкті әйелдердегі артериальды гипертония (АГ) қазіргі медицинаның көкейкесті сұрақтарының арасында ерекше орын алады. Қазіргі таңда АГ медико-әлеуметтік біріккен бөліктеріне, яғни кемінде екі шұғыл, төтенше мәселеден: ағ бүкілдей және ұлттың репродуктивті денсаулығының мәселесі. Артериальды гипертонияның жүкті әйелдердегі негізгі мәселесі: біртұтас терминологияның болмағандығы, АГ ның жіктелулері мен критерийлеріндегі қоланудағы өртүрлігі, науқастармен емжүргізу тактикасы. Біз дәлелді медицина негізінде жүкті әйелдердегі АГ-ның жіктелуін дәрілік терапияның ұстанымдарын, сонымен қоса гипертониялық криз кезіндегі шұғыл жәрдемді ұсындық.

Кілт сөздер: жүктілік, артериальды гипертония, дәрілік терапия

G.N. CHINGAYEVA, M.I. RAYEVA, D.A. MALIKOVA, A.A. KALAUBEKOVA

ARTERIAL HYPERTENSION OF PREGNANT WOMEN: CLASSIFICATION AND THERAPY FROM POSITION OF EVIDENCE BASED MEDICINE

Resume: Arterial high blood pressure (arterial pressure, AP) of pregnant occupies the special place among the pressing questions of modern medicine. She is component part at least two extraordinarily sharply standing today medicine-social problems: AP on the whole and reproductive health of nation. Basic problem of AP for pregnant: absence of single terminology, uses different classification and criteria of AP, tactics of conduct of patients. We made an effort on the basis of evidential medicine present classification of AP for pregnant and principles of medicinal therapy.

Keywords: pregnancy, hypertension, drug therapy

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

УДК 616. 381 – 008.6 – 072.1 – 06] – 08

Р. М. ЯПАРОВ, А. Е. АЛБАКОВА, О.Ю. РЫБАЧЕК

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Постнаркозное восстановление – одна из приоритетных проблем современной анестезиологии. Эта проблема приобретает особую актуальность в связи с развитием стационаров «хирургии одного дня». Современная концепция постнаркозного восстановления предполагает эффективный контроль над послеоперационной болью, ознобом, синдромом тошноты и рвоты.

Общая анестезия с контролируемой вентиляцией является методом выбора при всех эндовидеохирургических вмешательствах. Современные методики общей анестезии с применением «управляемых» гипнотиков, ингаляционных анестетиков, опиоидов и миорелаксантов позволяют быстро активизировать пациентов, восстановить возможность приема воды и пищи естественным путем, выписать их из больницы в течение 1-2 послеоперационных суток.

Несмотря на то что боли после лапароскопических операций носят менее интенсивный характер и быстрее регрессируют, чем после традиционных вмешательств, они расцениваются как своеобразный «постлапароскопический болевой синдром». Максимальный уровень боли отмечается немедленно после операции и может достигать 60 баллов по 100-балльной визуально-аналоговой шкале. Как правило, боль локализуется в зоне расположения троакаргов, верхних отделах живота, плечевых суставах, больше справа и не коррелирует с зоной оперативного вмешательства.

Редукция интенсивности «постлапароскопического болевого синдрома» достигается аспирацией остаточного газа из брюшной полости в конце операции, применением опиоидов, нестероидных противовоспалительных препаратов, орошением брюшной полости растворами местных анестетиков. В практике врача доступным и эффективным способом лечения постлапароскопического болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде является применение НПВС (лорноксикам).

Целью работы являлась сравнительная оценка эффективности обезболивания в раннем постнаркозном периоде после лапароскопических вмешательств.

Ключевые слова: *постлапароскопический болевой синдром, НПВС, ранний послеоперационный период, ЦОГ-3*

Большинство лапароскопических операций выполняется при короткой госпитализации или амбулаторно. Хотя боль менее выражена и более кратковременна, чем после открытых операций, она может быть достаточно интенсивной, чтобы препятствовать ранней выписке [1,2]. Боль возникает в местах введения троакаргов, а также вследствие интраабдоминальной травмы и быстрого растяжения брюшины с травматической тракцией кровеносных сосудов и нервов, раздражением диафрагмального нерва и выбросом воспалительных медиаторов[3,4].

Самой интенсивной она является сразу после операции, но быстро уменьшается с течением времени. Пациенты определили начальную интенсивность в 60 баллов по 100-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [5], но она уменьшилась после лечения приблизительно до 30 баллов ВАШ в течение 2 ч. Средняя выраженность боли равнялась 8 баллам сразу после лапароскопической холецистэктомии под тотальной внутривенной анестезией пропופолом-фентанилом и ксефокамом, как профилактическим анальгетиком [6].

Локализация боли после лапароскопии.

Приблизительно половина пациентов сообщали о боли в местах введения троакара, обычно в пупочной области, у 43 % отмечалась боль в верхней части брюшной полости справа, 40 % описывали боль в плечах и, приблизительно, 20 % жаловались на боль в спине. Однако, случаи боли в плечах и верхней части живота может достигать более 80 %, и, в значительной степени, не зависит от типа лапароскопической операции[7].

Лечение болевого синдрома

Наиболее положительные эффекты были отмечены после диагностических лапароскопий или тазовых лапароскопических операций. Narchi и коллеги сообщали, что 80 мл 0.5 % лидокаина или 0.125 % бупивакаина капельно введенные в брюшную полость, уменьшают потребность в анальгетиках и выраженность боли в плече, но не влияют на боль в животе[8]. О сходных результатах сообщали Loughney[9] и Helvaciglu[10]. Некоторые авторы сообщали, что интраперитонеальная инстиляция местных анестетиков была неэффективна после лапароскопической холецистэктомии[6,11,12], но они не сообщали, был ли головной конец стола с пациентом наклонен вниз, чтобы орошать брюшину в верхних отделах. В другом исследовании, Labaille с сотрудниками продемонстрировали эффект интраперитонеального ропивакаина (20 мл 0.25 % раствора), значительно снижавшего висцеральную боль и потребление морфина[13]. Chundrigar и коллеги также описали значительное снижение боли после лапароскопической холецистэктомии, когда 20 мл 0.25 % бупивакаина вводилось к ложу желчного пузыря[14].

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) использовались в лечении постлапароскопической боли в связи с предположением, что перитонеальное воспаление и синтез простагландинов - главные определяющие факторы боли. Большинство исследований продемонстрировало, что НПВП были эффективны для уменьшения боли после лапароскопии[15-18].

Хотя НПВП обеспечивают некоторое облегчение боли после лапароскопических операций, некоторые авторы возражают против их использования, поскольку мощные ингибиторы синтеза простаглицина могут уменьшить почечный кровоток, который уже находится под угрозой из-за повышенного интраабдоминального давления, и, в конечном итоге, ускорить почечную недостаточность. Как сообщалось, особенно опасен в этом плане кеторолак[19]. Фактически, в некоторых странах кеторолак изъят с рынка из-за серьезности негативных эффектов и частоты их развития. Ухудшение функции почек гораздо менее вероятно при использовании лорноксикама (ксефокам). Лорноксикам показал значительное уменьшение потребности в опиоидах после лапароскопической операции[20]. Восемь грамм лорноксикама внутривенно показывал анальгетический эффект, эквивалентный 10 мг морфина. Его эффективность при лечении острой послеоперационной боли хорошо документирована. [21]. Этот препарат, как предполагается, модулирует восприятие боли, действуя на разновидность ЦОГ-3 в центральной нервной системе, [22,23]. а не влияя на синтез простагландина,

ответственного за поддержание почечной перфузии и защиту слизистой оболочке желудка. Препарат также воздействует на спинальный и супраспинальный серотонинергические механизмы, запуская их антиноцицептивные эффекты. [24,25]. Исследования показали что, ингибитор ЦОГ-3 и классические НПВП действуют синергично для ослабления острой послеоперационной боли[26,27].

Выводы

Эффективные варианты лечения постлапароскопического болевого синдрома

1. Дооперационное назначение неопиоидного анальгетика (например, НСПВП: ксефокам)
2. Инфильтрация мест введения троакара с местным анестетиком (например, 0.25 % бупивакаин)
3. Интраперитонеальная инстиляция раствора местного анестетика до удаления троакаров (например, 40 мл 0.25 % бупивакаина, 0.5 % лидокаина или 0.25 % ропивакаина)
4. Неотложное лечение опиоидами (например, промедол)
5. Лечение послеоперационной дрожи трамадолом

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Pier A, Benedic M, Mann B, Buck V. Das postlaparoskopische Schmerzsyndrom. Ergebnisse einer prospektiven, randomisierten Studie [Postlaparoscopic pain syndrome. Results of a prospective, randomized study]. *Chirurg.* – 1994. – 65. – P. 200–208.
- 2 Riedel HH, Semm K. Das postpelviskopische-(laparoskopische) Schmerzsyndrom [The postlaparoscopic pain syndrome]. *Geburtsh Frauenheilk.* 1980. – 40. – P. 635–643.
- 3 Schoeffler P, Diemunsch P, Fourgeaud L. Coelioscopie ambulatoire. *Cah Anesthesiol* 1993; 41: 385–391.
- 4 Alexander JI. Pain after laparoscopy. *Br J Anaesth*, 1997. – 79. – P. 369–378.
- 5 Michaloliakou C, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg*, 1996. – 82. – P. 44–51.
- 6 Joris J, Thiry E, Paris P, Weerts J, Lamy M. Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. *Anesth Analg*, 1995. – 81. – P. 379–384.
- 7 Kröhl R. Vergleichende Füllung des Pneumoperitoneums mit CO₂ und N₂O [Comparison of CO₂ and N₂O for abdominal inflation]. In: Ottenjann R (Ed.), *Fortschr Endoskop.* Stuttgart: Schattauer, 1969. - P. 247–250.
- 8 Narchi P, Benhamou D, Fernandez H. Intraperitoneal local anaesthetic for shoulder pain after day-case laparoscopy. *Lancet*, 1991. – 338. – P. 1569–1570.
- 9 Loughney AD, Sarma V, Ryall EA. Intraperitoneal bupivacaine for the relief of pain following day case laparoscopy. *Br J Obstet Gynaecol*, 1994. – 101. – P. 449–451.
- 10 Helvacioglu A, Weis R. Operative laparoscopy and postoperative pain relief. *Fertil Steril*, 1992. – 57. – P. 548–552.
- 11 Rademaker BMP, Kalkman CJ, Odoom JA, De Wit L, Ringers J. Intraperitoneal local anaesthetics after laparoscopic cholecystectomy: effects on postoperative pain, metabolic responses and lung function. *Br J Anaesth*, 1994. – 72. – P. 263–266.
- 12 Scheinin B, Kellokumpu I, Lindgren L, Haglund C, Rosenberg PH. Effect of intraperitoneal bupivacaine on pain after laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1995. – 39. – P. 195–198.
- 13 Labaille T, Mazoit JX, Paqueron X, Franco D, Benhamou D. The clinical efficacy and pharmacokinetics of intraperitoneal ropivacaine for laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg*, 2002. – 94. – P. 100–105.
- 14 Chundrigar T, Morris R, Hedges AR, Stamatakis JD. Intraperitoneal bupivacaine for effective pain relief after laparoscopic cholecystectomy. *Ann R Coll Surg Engl*, 1993. – 75. – P. 437–439.
- 15 Huang KC, Wolfe WM, Tsueda K, Simpson PM, Caissie KF. Effects of meclizolam and acetaminophen on abdominal pain following tubal occlusion. *Am J Obstet Gynecol*, 1986. - 155. – P. 624–629.
- 16 Liu J, Ding Y, White PF, Feinstein R, Shear JM. Effects of ketorolac on postoperative analgesia and ventilatory function after laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg*, 1993. – 76. – P. 1061–1066.
- 17 Gillberg LE, Harsten AS, Stahl LB. Preoperative diclofenac sodium reduces postlaparoscopy pain. *Can J Anaesth*, 1993. – 40. – P. 406–408.
- 18 Meyer R. Rofecoxib reduces perioperative morphine consumption for abdominal hysterectomy and laparoscopic gastric banding. *Anaesth Intensive Care*, 2002. – 30. – P. 389–390.
- 19 Gillis JC, Brogden RN. Ketorolac. A reappraisal of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic use in pain management. *Drugs*, 1997. – 53. – P. 139–188.
- 20 Hahn TW, Mogensen T, Lund C et al. Analgesic effect of i.v. paracetamol: possible ceiling effect of paracetamol in postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2003. – 47. – P. 138–145.
- 21 Edwards JE, Meseguer F, Faura CC, Moore RA, McQuay HJ. Single-dose dipyron for acute postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001. - 3: CD003227.

- 22 Chandrasekharan NV, Dai H, Roos KL et al. COX-3, a cyclooxygenase-1 variant inhibited by acetaminophen and other analgesic/antipyretic drugs: cloning, structure, and expression. Proc Natl Acad Sci USA, 2002. – 99. – P. 13926–13931.
- 23 Schwab JM, Schluesener HJ, Meyermann R, Serhan CN. COX-3 the enzyme and the concept: steps towards highly specialized pathways and precision therapeutics? Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids, 2003. – 69. – P. 339–343.
- 24 Bonnefont J, Courade JP, Alloui A, Eschaliere A. Mecanisme de l'action antinociceptive du paracetamol. [Antinociceptive mechanism of action of paracetamol]. Drugs, 2003. – 63(Spec No 2). – P. 1–4.
- 25 Courade JP, Chassaing C, Bardin L, Alloui A, Eschaliere A. 5-HT receptor subtypes involved in the spinal antinociceptive effect of acetaminophen in rats. Eur J Pharmacol, 2001. – 432. – P. 1–7.
- 26 Beck DH, Schenk MR, Hagemann K, Doepfner UR, Kox WJ. The pharmacokinetics and analgesic efficacy of larger dose rectal acetaminophen (40 mg/kg) in adults: a double-blinded, randomized study. Anesth Analg, 2000. – 90. – P. 431–436.
- 27 Montgomery JE, Sutherland CJ, Kestin IG, Sneyd JR. Morphine consumption in patients receiving rectal paracetamol and diclofenac alone and in combination. Br J Anaesth, 1996. – 77. – P. 445–447.

Р. М. ЯПАРОВ, А. Е. АЛБАКОВА, О.Ю. РЫБАЧЕК

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Анестезиология және реаниматология кафедрасы*

ЛАПАРОСКОПИЯДАН КЕЙІНГІ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫН ЕМДЕУ

Дәрігер тәжірибесінде операциядан кейінгі ерте кезеңде лапароскопиядан кейінгі ауырсыну синдромын қолжетімді және тиімді жолмен емдеу қабынуға қарсы стероидты емес дәрілерді (лорноксикам) пайдалану арқылы жүзеге асырылады. Тірек сөздер: лапароскопиядан кейінгі ауырсыну синдромы, ҚҚСД, операциядан кейінгі ерте кезең, ЦОГ-3.

Лапароскопиялық операциялардың көпшілігі қысқа госпитализация немесе амбулаторлық түрде орындалады. Ауырсыну ашық операциялардан кейінгі күйге қарағанда өлдеқайда өлсіз және едәуір қысқа болғанымен, ауруханадан ерте шығуға оның қарқындылығы кедергі болуы мүмкін [1,2]. Ауырсыну троакарлар енгізілетін орындарда, сондай-ақ интраабдоминальді жарақат салдарынан және қантамырлардың және жүйкенің жарақат тракциясымен ішперденің жылдам созылуынан, дифрагмалық жүйкенің қабынуынан және қабынбалы медиаторлардың шығарылуынан туындайды [3,4].

Ауырсынудың ең қарқынды болатын кезі – операциядан кейінгі аралық, бірақ аз уақытта ауырсыну төмендейді. Науқастар бастапқы қарқындылықты 100 ұпайлық визуальді аналогтық өлшем (ВАӨ) бойынша 60 ұпаймен бағалады [5], бірақ ол емдеуден соң 2 сағат ішінде ВАӨ бойынша шамамен 30 ұпайға дейін төмендеді. Ауырсынудың орташа сезілуі лапароскопиялық холецистэктомиядан кейін пропофол-фентанилмен және ксефокаммен профилактикалық анальгетик ретінде жаппай тамырішілік жансыздандырудан бірден 8 ұпайға теңесті [6].

R.M. YAPAROV, A.E. ALBAKOVA, O. RYBACHEK

*Kazakh National Medical University. SD Asfendiyarov,
Department of Anesthesiology and Intensive Care*

POSTLAPAROSCOPIC PAIN TREATMENT

Resume: Postanesthesia recovery - one of the priority issues of modern anesthesiology. This problem is particularly relevant in connection with the development of hospitals 'day surgery'. The modern concept of postanesthesia recovery requires effective control of postoperative pain, chills, nausea and vomiting syndrome.

General anesthesia with controlled ventilation is the method of choice for all endovideosurgical interventions. Modern techniques of general anesthesia with the use of "managed" hypnotics, inhalation anesthetics, opioids and muscle relaxants can quickly activate patients regain the ability to receive food and water by natural means, write them out of the hospital for 1-2 postoperative days.

Although pain after laparoscopic surgery are less intense and faster regress than after traditional interventions, they are regarded as a kind of "postlaparoskopichesky pain." The maximum level of pain observed immediately after surgery and can reach 60 points on a 100-point visual analog scale. Typically, the pain is localized in the zone of the trocars, upper abdomen, shoulder joints, and more to the right is not correlated with the area of surgical intervention.

Reduction of the intensity of the "postlaparoskopicheskogo pain" is achieved by aspiration of residual gas from the abdominal cavity at the end of the operation, the use of opioids, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, irrigation of the abdominal cavity of the local anesthetic solution. In practice physician affordable and effective way to treat postlaparoskopicheskogo pain in the early postoperative period is the use of NSAIDs (lornoxicaм). The aim of the study was a comparative evaluation of the effectiveness of pain relief in the early postanesthesia period after laparoscopic surgery.

Keywords: postlaparoscopic pain, NSAIDs, early postoperative period, COX-3

УДК: 6.16-003.9 - 616.33.002 – 053.5

З.А. УТУПОВА, С.В. ТАРАНОВА, Т.А. САПРИНА, Э.Х. АГАДАДИЕВА, З.А. САДЫКОВА
Л.Н. ШИНКАРЕНКОРЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ НА СЕМЕЙНОМ
ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ

Целью исследования явилось изучение распространенности и реабилитация детей с гастродуоденальной патологией на семейном врачебном участке. Семейный врач должен не только своевременно выявить больных детей, но и провести прогнозирование патологии с учетом факторов риска и дифференцированно подойти к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений.

В реабилитационных мероприятиях были выявлены резервы в повышении уровня здоровья детей, а также возможность проведения опережающей терапии в доклинической стадии заболевания.

Ключевые слова: гастродуоденит, дети, подростки, ранняя и поздняя реабилитация

Преимущественный рост за последнее десятилетие патологии органов пищеварения в структуре соматических заболеваний определил изменения выявляемой патологии у детей и подростков. Данные клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют о значительном увеличении тяжелых форм заболеваний, об изменении клинической картины их течения, что обуславливает рост частоты детской и подростковой инвалидности. Обращает на себя внимание тот факт, что в настоящее время хронические гастродуодениты являются доминирующим понятием среди гастроэнтерологической патологии, после патологии костно-мышечной системы. Среди причин способствующих росту заболеваний выделяют: неблагоприятные условия окружающей среды, психосоматические факторы, нарушение режима и качества питания и др. В последние годы привлекает внимание состояние здоровья в целом и органов пищеварения в частности, у детей и подростков из социально неблагополучных семей. Растут показатели детской беспризорности, безнадзорности, социального сиротства при живых родителях. Среди детей и подростков мегаполисов все чаще регистрируются так называемое «химическое» носительство, т.е. в крови обследуемых больных выявляется большой спектр ксенобиотиков- это тяжелые металлы и чужеродные органические соединения. Несомненно, что «химическое носительство» тоже является одной из существенных причин изменения патоморфоза заболеваний. Негативное воздействие наследственного и инфекционного факторов на фоне неблагополучной экологической и психосоциальной ситуации, рецидивирующее течение, частое развитие осложнений, обуславливают нарастающий интерес к данной проблеме. Сейчас центр тяжести медицины перенесен на первичную медико-санитарную помощь, то и выбор тактики лечения и реабилитации заболеваний зависит от семейного врача.

Целью работы явилось изучение распространенности и реабилитация детей и подростков с гастродуоденальной патологией на семейных врачебных участках. Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 5 до 16 лет на участках СВА 10 ГП города Алматы. Особенностью заболеваний указанной локализации является их сочетанный характер, при этом в патологический процесс, как правило вовлекается поджелудочная железа и кишечник, что прогностически неблагоприятно

и является фактором риска инвалидизации больных. Нами проанализированы результаты реабилитационного наблюдения 50 детей, состоящих на диспансерном учете на семейных врачебных участках. Разработаны карты, где учитывались факторы риска, оценка физического, нервно-психического развития, осмотры узких специалистов, неинвазивные диагностические тесты, результаты лабораторных ультразвуковых, эндоскопических исследований. Исследование включало изучение медико-демографических и социально-психологических семейных факторов, оценку экономических и санитарно-гигиенических условий жизни детей в семье. По разработанной программе проведено анкетирование родителей 50 пациентов с гастродуоденитами.

Установили, что среди социально значимых факторов у детей наибольший удельный вес имеют:

- недостаточный образовательный ценз у родителей (57,4%)

- наличие в окружении больного конфликтной ситуации (56,8%), которые на фоне имеющегося у ребенка заболевания определяют высокий уровень тревожности (26,3%), эмоциональной неустойчивости (30,2%), сниженной работоспособности (47,3%).

Уровень социальной адаптации, показателем которой является комфортность пребывания ребенка в школе и общение со сверстниками существенно снижен, каждый пятый ученик негативно относится к школе.

У большинства детей и подростков в наших наблюдениях определялись отклонения со стороны нервной системы (78%). Хронические заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин 2-3 степени, аденоиды 2-3 степени) были выявлены у 23% детей. Достаточно часто обнаруживались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, костно-мышечной и др. Анализ амбулаторных карт показал, что врачами игнорировались особенности преморбитного фона. Не выделялась II группа здоровья, не дооценивалось наличие функциональных отклонений, а следовательно не проводились профилактические и оздоровительные мероприятия.

В неполных семьях проживают 51,5% опрошенных, в многодетных – 17,8% больных. В семьях с низким материальным доходом воспитывается 59,5% человек. Неудовлетворительные жилищные условия отметили 58,2% респондентов.

В 91% случаев встречаются хронические заболевания системы органов пищеварения у родителей. Таким образом, социальный статус детей с патологией органов пищеварения оценивается как напряженный, что является обоснованием организации и определяет особенности индивидуальных реабилитационных программ.

В возникновении гастроэнтерологической патологии у детей в дошкольном возрасте имели значение – наследственный фактор, частое применение антибиотиков в лечении различных заболеваний, гельминтозы, злоупотребление продуктами недietetического питания, а у подростков наиболее значимым были стрессовые факторы. Любые социальные проблемы и потрясения вызывали ответную реакцию со стороны нервной системы. Никто не может остаться безучастным к таким наиболее тяжелым эмотогенным факторам как эмоциональная депривация и когнитивный диссонанс.

Необходимо отметить, что на амбулаторном этапе не были учтены психологические факторы в развитии болезни. Семейные врачи совершая социальные патронажи выявляли неблагополучную социально-бытовую, психологическую обстановку в семьях и не всегда прогнозировали развитие заболевания. Рост распространенности хронических заболеваний у детей увеличивает потребность в современных реабилитационных технологиях и определяет необходимость их внедрения на разных этапах медицинского обслуживания.

Экспертами ВОЗ реабилитация определяется как комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, педагогических и социальных мероприятий для подготовки и переподготовки индивидуумов на оптимум трудоспособности. Это единый медико-психолого-педагогический и социальный процесс, направлен на ликвидацию последствий болезни и восстановление здоровья ребенка.

Реабилитация преследует три цели: восстановление функций, социально-бытовую активность, профессиональную деятельность (у детей – способность к обучению).

Для обеспечения восстановительного лечения на участке СВА реабилитационные мероприятия включали:

- а – скрининг и выделение детей с высокой степенью риска обострения гастродуоденита;
- б – организация реабилитационной диагностики;
- в – создание индивидуальных реабилитационных программ с учетом особенностей медико-биологического и социально гигиенического анамнеза и результатов исследования циркадных ритмов функциональных систем;

г – разработка показателей и оценка эффективности реабилитационных программ.

Ранняя реабилитация проводилась в период острых проявлений болезни в условиях стационара или дневного стационара семейной врачебной амбулатории. Психологическая реабилитация заключалась в преодолении психических реакций, обретении психологического комфорта, исключении условий невротизации, психотравмирующее воздействие матери на ребенка «материнский невроз», работа с родителями «психотерапия среды».

Основой реабилитационного комплекса были : диетотерапия (стол № 5), седативная терапия (травы, дневные транквилизаторы), биотики (глицин, биотредин), антихеликобактерные препараты, поливитамины, пробиотики, пребиотики, цитопротекторы, физиотерапия, ЛФК и массаж.

Из 50 детей, которым проводилась реабилитация у 44 была достигнута клиническая ремиссия и только у 6 ранняя и поздняя реабилитация была не эффективной.

Наблюдая за детьми семейный врач должен не только своевременно выявить больных детей, но и провести прогнозирование патологии с учетом факторов риска и дифференцированно подойти к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений, даже при отсутствии симптомов болезни пациенты придерживались диеты и определенного образа жизни.

Поздняя реабилитация осуществлялась в условиях поликлиники, где проводили санацию хронических очагов инфекции и при необходимости проводили медикаментозное лечение по схеме, разработанной на раннем этапе реабилитации, продолжалась психотерапия, лечебная педагогика, ЛФК, закаливающие процедуры, а также рекомендации в отношении образа жизни, борьбой с вредными привычками.

Эффективность реабилитации оценивалась дифференцированно по отношению к достижению каждой цели: восстановлению функций, социально-бытовой активности и способности к обучению.

Таким образом, при анализе реабилитационных мероприятий были выявлены резервы в повышении уровня здоровья детей и подростков, а также возможность проведения опережающей терапии в доклинической стадии.

Только совместными усилиями родителей, педагогов и врачей можно создать систему первичной профилактики хронических заболеваний органов пищеварения (предупреждение органной патологии), вторичной профилактики (предупреждение рецидивов болезни) и третичной профилактики (предупреждение инвалидизации).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мельникова И.Ю., Новикова В.П. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы, учебно-методическое пособие, СпецЛит. - 2011. - 216 с.
- 2 Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. -368с.
- 3 Баранов А.А., Щербаков ПЛ. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии. Вопросы современной педиатрии. - 2002. - Т.1. - №1. -С.12-17.
- 4 Барановский А.Ю. Реабилитация больных с желудочно-кишечными заболеваниями в работе семейного врача. Терапевтический архив.- 1996. -№2.-С.4-12.
- 5 Ганчо В.Ю., Грииевич В.Б., Гончар Н.В. и др. Исследование качества жизни у детей и подростков с обострением хронического гастродуоденита. Вестник Санкт-Петербургской медицинской Академии им. И.И.Мечникова. 2002. - №1-2. - С. 153-156.
- 6 Горина Е.М. Реабилитация детей с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических условиях. Авторсф дис. . канд. мед. наук. - Н.Новгород: 2004. - 22с.
- 7 Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В., Детская гастроэнтерология (избранные главы). – М.: - 2002. - 592с.

ГАСТРОДУОДЕНИТ ПЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІ ОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕРЛІК АЙМАҚТА САУЫҚТЫРУ

Түйін: Зерттеудің мақсаты гастродуоденалды патологияға шалдыққан балаларды отбасылық дәрігерлік аймақта сауықтыру және оның таралуын зерттеу болып табылады. Отбасылық дәрігер ауруға шалдыққан балаларды дер кезінде анықтап қана қоймай, сонымен қатар қауіп факторларын ескере отырып, патологияның болжамын жасап, асқынулардың алдын алу мақсатында сауықтыру шараларын тағайындау үшін әрбір науқасқа жеке дара қарауы тиіс. Сауықтыру іс-шараларында балалардың денсаулығы деңгейінің артуындағы резервтер, сондай-ақ аурудың клиникаға дейінгі кезеңінде озық терапия жүргізу мүмкіндігі анықталды.

Түйінді сөздер: гастродуоденит, балалар, жасөспірімдер, ерте және кеш сауықтыру.

Z.A. UTUPOVA, S.V. TARANOVA, T.A. SAPRINA, E.H. AGADADIEVA, Z.A. SADYKOVA, L.N. SHINKARENKO REHABILITATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH GASTRODUODENITIS ON A FAMILY MEDICAL AREA

Resume: The aim of the study was to investigate the prevalence and rehabilitation of children with gastroduodenal pathology in family medical sector. Family physician should not only quickly identify sick children, but also to spend forecasting disease risk-based and differentiated approach to the appointment of rehabilitation measures for the prevention of exacerbations. In rehabilitation activities have been identified reserves in improving children's health, and the possibility of advanced treatment in the preclinical stage of the disease.

Keywords: gastroduodenit, children, teenagers, early and late rehabilitation.

β-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В статье оценена безопасность применения β-адреноблокатора карведилола у 53 больных сахарным диабетом 2 типа с сердечной недостаточностью. Данными исследованиями доказано, что карведилол, неселективный β-адреноблокатор с α₁-активностью уменьшает риск развития гипогликемий, по сравнению с селективными β-адреноблокаторами при совместном использовании с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у больных с сахарным диабетом и хронической сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, сердечная недостаточность, карведилол, гипогликемия

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества по изучению диабета, опубликованных в январе 2007 г., применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и β-адреноблокаторов является основой эффективного лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных сахарным диабетом (СД) [1].

Рекомендации 2007 г. обращают особое внимание врачей на то, что назначение иАПФ больным сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, может увеличить риск развития гипогликемических состояний. Внимание к этой стороне действия иАПФ обусловлено тем, что в последние несколько лет на основании результатов ряда широкомасштабных исследований достоверно доказано, что гипогликемии являются независимым фактором риска сердечнососудистой смертности [2, 3]. В вышеуказанных рекомендациях 2007 г. подчеркивается настоятельная необходимость тщательного мониторингования уровня глюкозы крови при назначении иАПФ больным СД, особенно в начальный период сочетанной кардиальной и сахароснижающей терапии.

Риск развития гипогликемий при этом зависит от многих факторов и, по-видимому, не одинаков у различных контингентов больных СД. По имеющимся данным, больные с сердечной недостаточностью имеют повышенную склонность к гипогликемиям из-за уменьшения компенсаторных способностей организма противостоять снижению уровня глюкозы в крови [4]. Подобная функциональная недостаточность во многом определяется нарушением процессов глюконеогенеза в печени и секреции глюкагона поджелудочной железой, которые в норме включены в систему защиты организма от выраженного снижения глюкозы в крови [5].

Потенциальная опасность гипогликемий у больных СД с сердечной недостаточностью, получающих иАПФ, может возрастать при добавлении к терапии β-адреноблокаторов [6].

Во-первых, β-адреноблокаторы затрудняют своевременную диагностику гипогликемий и, как следствие, затрудняют ее купирование. Это связано с тем, что β-адреноблокаторы подавляют клинические симптомы гипогликемии. Подобное действие более выражено у неселективных, чем у селективных β-адреноблокаторов.

Во-вторых, неселективные β-адреноблокаторы способны препятствовать воздействию катехоламинов на β₂-адренорецепторы, которые отвечают за стимуляцию глюконеогенеза и гликогенолиза в печени у больных с сердечной недостаточностью, таким образом уменьшая поступление глюкозы из печени в кровяное русло. Кроме того, использование β-адреноблокаторов при СД связано

с рядом других нежелательных эффектов на показатели углеводного обмена. Так, ухудшение компенсации углеводного обмена происходит вследствие снижения секреции инсулина, уменьшения периферического инсулинозависимого захвата глюкозы, повышения инсулинорезистентности.

Тем не менее, согласно данным клинических исследований, применение β-адреноблокаторов у больных СД при недостаточности кровообращения, как правило, улучшает прогноз больных, уменьшает клинические проявления сердечной недостаточности и улучшает качество жизни больных [7, 8]. В связи с этим рекомендации 2007 г. подчеркивают необходимость их использования на фоне терапии иАПФ у больных СД с явлениями сердечной недостаточности [1]: β-блокаторы снижают утилизацию свободных жирных кислот миокардом и, соответственно, изменяют пути метаболизма у больных СД 2 типа. Применение β-блокаторов у больных СД и сердечной недостаточностью специально не изучалось. В крупных исследованиях в подгруппах больных СД β-блокаторы снижали смертность и уменьшали симптомы среднетяжелой и тяжелой сердечной недостаточности. Их эффективность была сопоставимой у пациентов с СД и без него. У больных СД смертность значительно выше, поэтому количество больных, которых необходимо пролечить для профилактики одного случая смерти, наоборот, ниже. С учетом результатов клинических исследований, для лечения сердечной недостаточности у больных СД могут быть рекомендованы следующие β-блокаторы: метопролол (MERIT-HF), биспролол (CIBIS II) и карведилол (COPERNICUS и COMET) [1].

Одним из β-адреноблокаторов, рекомендованных к применению у больных СД с сердечной недостаточностью, является высоколипофильный неселективный β-адреноблокатор с α₁-блокирующей активностью карведилол [9, 10]. К сожалению, адекватные сведения о влиянии карведилола на частоту развития гипогликемий у больных СД с сердечной недостаточностью практически отсутствуют.

Цель настоящего исследования – оценить безопасность применения карведилола с точки зрения его воздействия на количество и выраженность гипогликемических эпизодов у больных СД 2 типа с сердечной недостаточностью, получающих терапию иАПФ.

Материалы и методы исследования. Группа обследованных пациентов состояла из 53 больных сахарным диабетом 2 типа с сердечной недостаточностью, обусловленной наличием ишемической болезни сердца. Критерием включения было наличие у больных фракции выброса левого желудочка менее 45% и наличие клинических признаков сердечной недостаточности: снижение толерантности к

физической нагрузке, одышки при физической нагрузке, жесткого дыхания в легких при аускультации и отеков нижних конечностей.

Группа состояла из 40 мужчин и 13 женщин, возраст которых колебался от 51 до 70 лет, средний возраст - $59,8 \pm 6,7$ лет. Артериальная гипертензия 2-3-й ст. отмечалась у 40 больных. У 13 больных подъем артериального давления был связан с наличием у них диабетической нефропатии. Ни у одного из больных не было выявлено признаков почечной недостаточности. Среди обследованных больных ожирение было отмечено у 40 больных (ожирение 1-й ст. - 32 человека, 2-й ст. - 8 человек). Все больные до включения в исследование получали иАПФ (периндоприл - 8 человека и эналаприл - 45 человек) и β -адреноблокаторы (атенолол - 38 человек, метопролол - 9 человек, бисопролол - 6 человек). Терапия пероральными сахароснижающими препаратами проводилась у 8 больных (сульфаниламиды - у 6 человека, бигуаниды + сульфаниламиды - у 7 человек). 28 человек находились на инсулинотерапии, комбинированную терапию (пероральные сахароснижающие препараты+инсулинотерапия) получали 17 человек. Средний уровень гликемии при включении в исследование составил - $7,1 \pm 2,1$ ммоль/л, гликозилированный гемоглобин - $8,4 \pm 1,4\%$. Анамнез гипогликемий отмечался у 18 больных. Ни у одного из больных не было анамнеза тяжелых гипогликемий, послуживших причиной их госпитализации или экстренной помощи со стороны третьих лиц.

Протокол исследования предусматривал 3 этапа наблюдения: период исходного обследования при включении; обследование после замены исходного β -адреноблокатора на карведилол, средняя продолжительность терапии - $62,0 \pm 17,4$ дня, средняя доза карведилола - $25 \pm 12,5$ мг/сутки и заключительное обследование после отмены карведилола и возвращения к исходной терапии (средняя продолжительность - $56,5 \pm 21,8$ дня).

Каждое из обследований включало в себя следующие исследования: эхокардиография проводилась по стандартной методике; контроль артериального давления аускультативным методом Короткова; определение уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c); непрерывный мониторинг глюкозы. В результате мониторингов рассчитывались следующие показатели: средние показатели гликемии натощак; средние показатели гликемии через 2 часа после еды; количество эпизодов снижения гликемии ниже физиологического уровня ($< 4,5$ ммоль/л); общая продолжительность эпизодов снижения гликемии $< 4,5$ ммоль/л в минутах; количество тяжелых гипогликемических эпизодов (гликемия $< 2,5$ ммоль/л).

Статистическая обработка данных проведена с помощью прикладных программ SPSS 12. Данные представлены как средние и стандартные отклонения ($M \pm SD$). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При первом, втором и третьем обследовании не отмечалось статистически достоверных различий уровней систолического и диастолического артериального давления.

Средние показатели гликемии натощак и через 2 часа после еды у больных СД 2 с сердечной недостаточностью до, во время и после лечения карведилолом не изменились ($p > 0,05$). На всех этапах обследования не

было зафиксировано и достоверной динамики гликозилированного гемоглобина. Полученные данные свидетельствуют о том, что смена группы β -адреноблокаторов не сопровождалась существенным изменением показателей компенсации углеводного обмена у больных СД с сердечной недостаточностью.

При анализе данных мониторингов концентрации глюкозы в крови были получены следующие данные: замена исходного β -адреноблокатора на карведилол сопровождалась статистически достоверным уменьшением среднего количества эпизодов снижения гликемии ниже физиологического уровня (гликемия $< 4,5$ ммоль/л) (исходно - $2,1 \pm 1,9$ эпизода/человека; на карведилоле - $0,2 \pm 0,4$ эпизода/человека, $p < 0,05$). После отмены карведилола отмечалось увеличение случаев гликемии $< 4,5$ ммоль/л ($0,8 \pm 0,9$ эпизода/человека, $p < 0,05$).

Прием карведилола повлиял на общую длительность эпизодов, сопровождающихся низким уровнем гликемии. До назначения карведилола общее время гликемии $< 4,5$ ммоль/л составило $80,6 \pm 105,4$ мин. На фоне терапии карведилолом отмечалось достоверное снижение общей продолжительности эпизодов гликемии $< 4,5$ ммоль/л до $0,9 \pm 2,0$ мин. При возврате к исходной терапии зарегистрировано статистически достоверное нарастание продолжительности периодов гликемии ниже физиологического уровня до $31,3 \pm 51,4$ мин.

Эпизоды тяжелой гипогликемии ($< 2,5$ ммоль/л) отмечались до приема карведилола ($1,2 \pm 1,6$ эпизода/человека) и после его отмены ($0,5 \pm 0,8$ эпизода/человека), на фоне терапии карведилолом случаи тяжелой гипогликемии не зарегистрированы.

Прием карведилола сопровождался более благоприятной динамикой морфофункциональных параметров сердца: к концу наблюдения отмечалось постепенное восстановление сократительной способности миокарда, что характеризовалось повышением фракцией выброса левого желудочка (на 12%). Конечно-диастолический размер левого желудочка изменялся недостоверно.

Следовательно, можно было предположить, что дополнительный α_1 -блокирующий эффект у неселективного β -адреноблокатора в лучшем случае как-то сгладит нежелательные последствия его применения в отношении проявлений гипогликемии. Максимум, на который можно было рассчитывать, это то, что влияние карведилола на гипогликемию не будет существенно отличаться от аналогичного влияния селективных β -адреноблокаторов.

Однако, замена селективных β -адреноблокаторов на карведилол сопровождалась достоверным объективным уменьшением частоты возникновения и снижением длительности эпизодов гипогликемии. Более того, при применении карведилола полностью исчезали тяжелые формы гипогликемических состояний, которые до начала приема карведилола отмечались, а после его отмены вновь появлялись у больных на фоне приема селективных β -адреноблокаторов.

Карведилол отличается от всех других β -адреноблокаторов рядом дополнительных свойств, которые имеют клиническое значение: оказывает α_1 -адреноблокирующее действие, отличается высокой липофильностью, предупреждает развитие толерантности к нитратам и проявляет выраженную антиоксидантную активность. По степени липофильности

он превосходит все липофильные β -адреноблокаторы: ацебутолол, бетаксоллол, бисопролол, метопролол, тимолол [4]. Доказано, что липофильные β -адреноблокаторы, которые способны более легко проникать через гематоэнцефалический барьер, повышают активность вагуса, снижают возможность желудочковой фибрилляции и снижают риск внезапной смерти [5, 6-10].

Основные механизмы развития «гипогликемической» безопасности карведилола могут включать в себя повышение доставки глюкозы в центры головного мозга в связи с увеличением под его влиянием церебрального кровотока [4], увеличение при его приеме более

выраженной специфической компенсаторной реакции центральной нервной системы на снижение уровня глюкозы в крови и увеличение секреции глюкагона в ответ на гипогликемическую стимуляцию кровотока [11]. Таким образом, карведилол, неселективный β -адреноблокатор с α_1 -активностью уменьшает риск развития гипогликемий, по сравнению с селективными β -адреноблокаторами при совместном использовании с иАПФ у больных с сахарным диабетом и хронической сердечной недостаточностью. Карведилол является препаратом первого выбора при лечении сердечной недостаточности при сахарном диабете 2 типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases: full 7. Text // Eur Heart J 2007; 1-72.
2. Александров А.А., Шацкая О.А., Кухаренко С.С. и др. Сердечная недостаточность, сахарный диабет, бета-блокаторы и риск гипогликемий // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2008. - Т. 4. - № 3. - С. 47-51.
3. Атрощенко Е.С. Сердечная недостаточность у больных сахарным диабетом 2 типа: проблемы и решения // Журнал сердечная недостаточность. - 2008. - Т. 9. - № 6. - С. 300-303.
4. Кудинова С.П., Савина Н.М., Гладких А.С., Байдина О.И., Сидоренко Б.А. Хроническая сердечная недостаточность у больных сахарным диабетом 2 типа: особенности клинического течения // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2009. - № 4. - С. 46-50.
5. Литяева Т.Ю. Хроническая сердечная недостаточность в популяции больных сахарным диабетом 2 типа // Журнал сердечная недостаточность. - 2010. - Т. 11. - № 4. - С. 213-215.
6. Стронгин Л.Г., Починка И.Г., Коньшева М.С. и др. Гликемический контроль и течение хронической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2 типа // Сахарный диабет. - 2012. - № 2. - С. 17-21.
7. Цапаева Н.Л., Козич И.А., Колядко М.Г., Русских И.И. Влияние различных доз карведилола на функциональное состояние эндотелия у пациентов с ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа // Кардиология в Беларуси. - 2012. - № 1. - С. 74-82.
8. Kveiborg B, Hermann TS, Major-Pedersen A, Christiansen B, Rask-Madsen C, Raunso J, Køber L. Metoprolol compared to carvedilol deteriorates insulin-stimulated endothelial function in patients with type 2 diabetes - a randomized study // Cardiovasc Diabetol. 2010 May 25;9:21.
9. Phillips RA, Fonseca V, Katholi RE, McGill JB, Messerli FH, Bell DS. et al // Demographic analyses of the effects of carvedilol vs metoprolol on glycemic control and insulin sensitivity in patients with type 2 diabetes and hypertension in the Glycemic Effects in Diabetes Mellitus: Carvedilol-Metoprolol Comparison in Hypertensives (GEMINI) study // J Cardiometab Syndr. 2008 Fall;3(4):211-7.
10. Del Sindaco D, Pulignano G, Cioffi G, Tarantini L, Di Lenarda A, De Feo S. et al. Safety and efficacy of carvedilol in very elderly diabetic patients with heart failure // J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2007 Sep;8(9):675-82.

2 ТИП ҚАНТ ДИАБЕТИ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ β -АДРЕНОБЛОКАТОРЛАР

Түйін: Мақалада жүрек жетімсіздігі бар 2-тип қант диабетімен ауыратын 53 науқастың карведилол β -адреноблокаторын қолданғандағы қауіпсіздік бағаланған. Бұл зерттеумен қант диабеті мен жүрек жетімсіздігі науқастарында ангиотензинге айналдырушы ферментті бірлесе пайдаланған жағдайда карведилолдың, α_1 -активті селективті емес β -адреноблокатордың селективті β -адреноблокатормен салыстырғанда гипогликемияның даму қаупін төмендететіні дәлелденіп отыр.

Түйінді сөздер: 2-тип қант диабеті, жүрек жетімсіздігі, карведилол, гипогликемия.

К.Е.АБУБАКИРОВА

Polyclinic #6 of Taraz

B-ADRENOBLOCKER AT THE HEART FAILURE AT PATIENTS WITH THE DIABETES MELLITUS 2 TYPES

Resume: In article safety of application β -adrenoblocker carvedilol at 53 patients with a diabetes mellitus 2 types with a heart failure is estimated. By these researches it is proved that carvedilol, not selective β -adrenoblocker with α_1 -activity reduces risk of development of hypoglycemia, in comparison with selective β -adrenoblocker when sharing with inhibitors of angiotensin converting enzyme at patients with a diabetes mellitus and a chronic heart failure. According to the recommendations of the European Society of Cardiology and the European Society for the Study of Diabetes, published in January 2007, the use of angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors and β -blockers is the basis for the effective treatment of chronic heart failure (CHF) in patients with diabetes mellitus (DM) [1].

The group studied consisted of 53 patients with type 2 diabetes with heart failure due to the presence of coronary heart disease. The inclusion criterion was the presence in patients with left ventricular ejection fraction less than 45% and the presence of clinical signs of heart failure: decrease in exercise tolerance, shortness of breath on exertion, hard breathing on auscultation of the lungs and swelling of the lower extremities.

The group consisted of 40 men and 13 women, whose age ranged from 51 to 70 years, mean age - $59,8 \pm 6,7$ years.

Keywords: diabetes mellitus 2 types, heart failure, carvedilol, hypoglycemia.

К.Е.АБУБАКИРОВА

Городская поликлиника №6 г. Тараз

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Определена этиология хронической сердечной недостаточности. Хронической сердечной недостаточностью чаще страдают мужчины; женщины с хронической сердечной недостаточностью были старше. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца были наиболее распространенными причинами хронической сердечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, этиология, клиническое течение.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных, прогрессирующих и неблагоприятных заболеваний сердечнососудистой системы [1]. ХСН – заболевание с комплексом характерных симптомов (одышка, утомляемость и снижение физической активности, отеки и др.), которые связаны с неадекватной перфузией органов и тканей в покое или при нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме [2]. Первопричиной является ухудшение способности сердца к наполнению или опорожнению, обусловленное повреждением миокарда, а также дисбалансом вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем. [3, 4]. ХСН – самая частая причина госпитализации пожилых; пятилетняя выживаемость больных ХСН: менее 50%; в случае тяжелой ХСН половина пациентов умирают в течение первого года; ХСН снижает качество жизни на 80% [5].

Цель работы - выявление этиологических факторов ХСН.

Материал и методы исследования. Обследовано 116 больных ХСН, из них 45 женщин (средний возраст 52,2±15,1 года) и 71 мужчин (средний возраст 51,1±15,2 года). Установление диагноза ХСН проводилось путем проверки соответствия критериям NYHA [1, 2]: наличие одышки, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ)<50%, назначение диуретиков по любой причине, данные, подтверждающие поражение миокарда, по результатам инструментального исследования, диагноз ХСН в анамнезе (в течение последних 3 лет). Всем больным выполнялись: общеклиническое обследование, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, электро- и эхокардиография. Обработка результатов осуществлялась методами дескриптивной статистики с вычислением средних величин и их стандартных отклонений ($M \pm m$). Статистическая значимость различий средних величин (p) определялась с помощью критерия Стьюдента, критический уровень значимости принят равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Причинами обращения больных к врачу послужили ухудшение течения основного заболевания или ХСН (47,1% больных), первое проявление ХСН (28,8%), плановое обследование (7,2%), или прочее (16,9%). У больных ХСН выявлена артериальная гипертензия (АГ) в 70,7% случаев, стенокардия - 67,4%, инфаркт миокарда (ИМ) (в т.ч. постинфарктный кардиосклероз) - 36,8%, сахарный диабет (СД) - 8,5%, инсульт - 5%, миокардиты - 1,6%, кардиомиопатии - 1,5%, клапанные пороки - 0,7%. В анамнезе достаточно часто встречались нарушения ритма и проводимости: пароксизмы мерцательной аритмии (МА) - 10,9% больных, постоянная форма МА - 8,7%, атриовентрикулярная блокада - 1,6%, желудочковые экстрасистолии - 12%, пробежки желудочковых тахикардий - 0,6%, фибрилляция

желудочков - 0,2%. Жалобы, предъявляемые пациентами, были достаточно типичными: одышка при большой нагрузке - 29,5%, при обычной нагрузке - 63,4%, в покое - 6,6%. Не предъявляли жалобы на одышку лишь 0,5% больных ХСН. Сердцебиение отмечалось у 25,2%, кашель - у 6,9%, приступы сердечной астмы зарегистрированы у 6,2% пациентов.

При объективном обследовании выявлены следующие симптомы ХСН: вынужденное положение в постели (с приподнятым головным концом - 12,2%, сидя - 1,3%); набухание шейных вен - 3,3%; пастозность стоп - 10,5%, отеки стоп и голеней - 7,8%, асцит - 0,4%, анасарка - 0,3%; увеличение печени - 7,5%; хрипы в легких - 14,1%; акцент II тона над легочной артерией - 0,3%; ритм галопа - 0,1%. Невысокая частота обнаружения отеков связана с тем, что пациенты, у которых в анамнезе когда-либо выявлялись отеки, получали ранее адекватное назначение диуретиков. Частота сердечных сокращений (ЧСС) у большинства пациентов оставалась в пределах нормы, тахикардия - у 39,8%, брадикардия - у 2,3% больных. Среди пациентов, не принимающих лекарственных препараты, снижающие ЧСС (сердечные гликозиды и β -блокаторы), тахикардия наблюдалась у 51,2%, брадикардия - 1,5% больных. Среди пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты, повышение АД наблюдалось в 81,5% случаев.

По данным электрокардиографии, нарушения ритма сердца отмечены у 39,5% пациентов; в том числе желудочковая экстрасистолия - у 17,9% и желудочковые пароксизмальные тахикардии - у 0,4%. Признаки гипертрофии ЛЖ установлены у 40%; правого желудочка - у 0,3%; предсердий - у 1% больных. Атриовентрикулярные блокады выявлены у 4,4% пациентов ХСН, из них с 1-й степенью - 3,9%, 2-й степенью - 0,1%, 3-й степенью - 0,5%.

Эхокардиография выявила значительные отклонения в состоянии сердца у больных ХСН: изменения отделов сердца у 55,7% больных, из них гипертрофия ЛЖ у 31,6%; аневризма сердца - 12,2%; митральная регургитация - 78,7%; тромб ЛЖ - у 1,9%. Наличие систолической дисфункции ЛЖ с ФВ менее 50% установлено только у 27,2% пациентов ХСН. Данный факт указывает на то, что существенную роль в генезе ХСН у пациентов может играть диастолическая дисфункция.

Изменения в общем анализе крови были обнаружены у 21,7% больных с ХСН, в общем анализе мочи - у 19,3% (в т.ч. наличие белка в моче - у 12,3%). В биохимическом анализе крови выявлено следующее: гиперкалиемия, изменения углеводного, липидного и азотистого обмена (последние связаны с нарушением функционального состояния почек при ХСН). Среди пациентов с гиперкалиемией 27,0% из них имели заболевания почек, тогда как среди больных с нормальным содержанием

калия в крови - 12,5%. Среди пациентов, у которых обнаружился белок в моче, 31,8% имели заболевания почек, а среди больных без белка в моче - 6,1%.

Среди больных ХСН преобладают пациенты со II и III функциональным классом ХСН (34,2% и 32,4%, соответственно). I ФК установлен у 27,7% пациентов. Тяжелая ХСН (IV ФК) диагностирована у 5,7% больных.

Проведенное обследование позволило установить основные этиологические факторы ХСН: на 1-х местах по распространенности находятся АГ - у 73,4% больных и стенокардия - у 66,0% пациентов. Далее следуют инфаркт миокарда (11,2%), сахарный диабет (10,2%), прочие заболевания сердца (8,0%). Доля редко встречающихся нозологических форм, таких, как кардиомиопатии (3,6%), миокардиты (2,2%), перикардиты (1,0%), эндокардиты (0,25%) после углубленного обследования возросла в 2 раза, по сравнению с данными анамнеза. Этот факт подчеркивает необходимость применения современных методов исследования у всех больных ХСН.

Для основных этиологических факторов ХСН выявлены как возрастные, так и половые различия. Среди больных,

страдающих стенокардией, мужчины составили 64,3%, кардиомиопатиями - 89,5%, миокардитами - 63,9%, сахарным диабетом - 45,5%. Среди пациентов ХСН, перенесших инфаркт миокарда, мужчин было 69,5%. Половая структура артериальной гипертензии и клапанных пороков оказалась одинаковой.

Таким образом, ХСН более распространена у мужчин, которые в среднем моложе женщин с ХСН. Главными причинами развития ХСН являются АГ и ишемическая болезнь сердца. Одышка является наиболее типичной жалобой больных ХСН. Из объективных симптомов наиболее частыми являются отеки (20%). Невысокая частота обнаружения отеков связана с тем, что все пациенты, у которых в анамнезе когда-либо выявлялись отеки, получали ранее адекватное назначение диуретиков. Среди больных преобладают пациенты со II и III функциональным классом ХСН, это связано как с особенностями контингента больных, так и с гиподиагностикой I функционального класса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Коротеев А.В., Ревিশвили А.Ш. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Журнал СН. - 2009. - Т. 10. - №2. - С. 64-106.
- 2 Малинова Л.И., Силина Т.С. Возможности оптимизации диагностики хронической сердечной недостаточности у пациентов старческого возраста // Российский кардиологический журнал. - 2011. - № 3. - С. 16-20.
- 3 Савина Н.М., Александрова А.Ю. Эволюция подходов к лечению хронической сердечной недостаточности // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2010. - № 2. - С. 33-37.
- 4 Бердников С.В., Вишневский В.И. и др. Особенности амбулаторного лечения и самоконтроля пациентов, госпитализированных с острой декомпенсацией ХСН // Ученые записки Орловского гос. университета. - Серия: Естественные, технические и мед. науки. - 2012. - № 3. - С. 175-177.
- 5 Juillière Y, Jourdain P, Suty-Selton C, Béard T. et al. Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: A propensity analysis // Int J Cardiol. 2012 Oct 6. pii: S0167-5273(12)01136-9.

К.Е.ӘБУБӘКІРОВА

№6 Тараз қалалық емханасы

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК МҮКІСІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Мақалада созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің этиологиясы анықталды. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен көбіне ер адамдар ауырады; созылмалы жүрек жеткіліксіздігіне шалдыққан әйелдердің жасы едәуір жоғары. Артериялық гипертензия және жүректің ишемиялық ауыруы созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің кең тараған себептерінің бірі болды.

Түйінді сөздер: созылмалы жүрек мүкісі, этиология, клиникалық ағым

К.Е.АВУБАКИРОВА

City out-patient department No. 6 of Taraz city

CLINICAL FEATURES OF A CHRONIC HEART FAILURE

Resume: As a result of studying of clinical features of a chronic heart failure it is taped that the disease is more widespread at men who are on the average younger than women. The main reasons of development are arterial hypertension and coronary heart disease. The dyspnea is the most typical complaint of patients. From objective symptoms the most frequent are the edemas taped at 20% of patients. Among patients with II prevail and the III functional class of a chronic heart failure, it is bound both to features of the contingent of patients, and to hypo diagnostics of the I functional class.

Keywords: chronic heart failure, etiology, clinical current

УДК:616.24-004

А.С. БЕКИШЕВА, А. ДАУЛБАЕВА, М. ЕСКАЛИЕВА, М. МИРЗАКУЛОВА, М. САРСЕНБАЕВА, З. САГИРОВА,
Ш.Н. КУДОБАЕВА, К.Н. КУЛМАНОВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница № 1

РАЗВИТИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА (ИФА) У БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ИФА – один из наиболее распространенных диссеминированных заболеваний легких. В статье описан оригинальный случай развития ИФА у больной с хронической бронхолегочной патологией (bronхоэктатическая болезнь, поликистоз обоих легких). Диссеминированный процесс в легких, который развился у больной, страдающей выраженной патологией органов дыхания, привел к развитию легочной гипертензии, что проявилось хроническим легочным сердцем. Правожелудочковая сердечная недостаточность способствовала утяжелению состояния больной.

Ключевые слова: идиопатический фиброзирующий альвеолит, бронхоэктатическая болезнь, поликистоз легких, хроническое легочное сердце, декомпенсация

ИФА или идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний из группы интерстициальных и диссеминированных заболеваний легких. В Международном согласительном документе ATS|ERS (2000) предложено следующее определение ИЛФ: ИЛФ является специфической формой хронической интерстициальной фиброзирующей пневмонии, ограниченной легкими, и ассоциированной с гистологической картиной обычной интерстициальной пневмонии по данным хирургической (торакоскопической или открытой) биопсии легких (1). Этиология ИЛФ неизвестна.

Цель исследования: описание оригинального случая развития ИФА у больной с хронической бронхолегочной патологией.

Материалы и методы: Проведен анализ развития ИФА у больной с бронхоэктатической болезнью и поликистозом легких.

Приводим данные собственного клинического наблюдения.

Анализ полученных результатов: Больная Ф., 1987 г.р., наблюдается в пульмонологическом отделении ГКБ № 1 г. Алматы с диагнозом: ИФА, тяжелое течение. Бронхоэктатическая болезнь (bronхоэктазы в нижних долях обоих легких), тяжелое течение. Поликистоз обоих легких. Хроническое декомпенсированное легочное сердце. ХСН IIA ст. ФК III. Из анамнеза: больная с детства страдала частыми простудными заболеваниями, постоянно кашляла, но к врачу не обращалась. С 10-летнего возраста профессионально занималась плаванием. В 14-летнем возрасте появился кашель с гнойной мокротой до 200 мл в сутки. Больная впервые обратилась к врачу, были проведены обследования: рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), на которых выявлен поликистоз обоих легких и двухсторонние бронхоэктазы в нижних долях. Обострения заболевания отмечались 2-3 раза в год, лечилась амбулаторно и стационарно. 3 года назад появилась инспираторная одышка, которая прогрессивно нарастала. При повторном обследовании выявлен ИФА, подтвержденный торакоскопией и биопсией легких. При объективном обследовании: состояние больной тяжелое. Кахектична (рост – 168 см, вес – 36 кг). Положение ортопноз. Одышка в покое. Кожные покровы диффузно цианотичны. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». На голених до

колен – отеки. Грудная клетка эмфизематозна, в акте дыхания участвуют вспомогательные мышцы. При аускультации легких – дыхание ослабленное везикулярное, в заднебазальных отделах выслушивается нежная крепитация по типу «треск целлофана», в нижних долях легких – разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца расширены вправо на 1,5 см. Тоны сердца громкие, акцент 2 тона на легочной артерии, тахикардия. Печень увеличена на 2 см. По данным лабораторно-инструментальных методов исследования: Спирография: нарушение вентиляционной способности легких по рестриктивному типу 3 степени. Рентгенография грудной клетки: Заключение: ИФА. Бронхоэктазы нижних долей обоих легких. 2-хсторонний поликистоз. КТ ОГК: В базальных и субплевральных отделах легких отмечаются кистозные просветления, очаги снижения прозрачности легочных полей по типу «матового стекла». В нижних долях обоих легких определяются цилиндрические бронхоэктазы. Гистология биоптата легких: фокусы фибробластов, коллаген, кистозные изменения, очаги интерстициального воспаления. Эхокардиография: Правые отделы сердца расширены. Легочная артерия расширена. Давление в легочной артерии повышено. Клапанный аппарат сердца не изменен. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. Анализ мокроты: из мокроты высеян *Pseudomonas aeruginosa* 10⁸, устойчивый к цефазолу, цефтриаксону, цефтаксиму, ципрофлоксацину, цефуроксиму, сумамеду. Чувствительный к меропенему, левофлоксацину. Больная получала лечение: меропенем, лечебную бронхоскопию, постуральный дренаж, флуимуцил, дезинтоксикационную терапию, периферические вазодилататоры, мочегонные, дигоксин, дексаметазон, спиронолактон, увлажненный кислород. В результате лечения состояние улучшилось, больная выписана на амбулаторное лечение, под диспансерное наблюдение участкового терапевта и пульмонолога.

Заключение: Таким образом, развитие ИФА у больной с хронической бронхолегочной патологией способствовало утяжелению состояния больной, что сказалось на характере клинического течения заболеваний и привело не только к развитию хронического легочного сердца, но и его декомпенсации. Это требует внесения корректив в диагностику и характер терапевтических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пульмонология. Национальное руководство. Глав. ред. акад. А.Г. Чучалин. - М.: 2009. – 637 с.

**А.С. БЕКИШЕВА, А. ДАУЫЛБАЕВА, М. ЕСҚАЛИЕВА, М. МЫРЗАҚҰЛОВА, М. СӘРСЕНБАЕВА, З. САГИРОВА,
Ш.Н. КУДОБАЕВА, К.Н. ҚҰЛМАНОВА**
СОЗЫЛМАЛЫ БРОНХ-ӨКПЕЛІК ПАТОЛОГИЯСЫНА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТА ИДИОПАТИЯЛЫҚ
ФИБРОЗДАУШЫ АЛЬВЕОЛИТТІҢ ДАМУЫ

Түйін: ИФА - өкпенің диссеминарлеген ауруларының ішінде ең жиі таралған түрі. Мақалада созылмалы өкпеbronх патологияларымен (bronхоэктаздық ауру, екі өкпелік поликистоз) науқастарда ИФА даму жағдайы көрсетілген. Тыныс алу жүйесінің айқын патологиясы бар науқастарда, өкпеде диссеминирлену процесінің дамуы өкпе гипертензиясымен көрініп, созылмалы өкпетекті жүректің дамуына әкеледі. Оң қарыншаның жүрек жетіспеушілігі науқастың жағдайының ауырлануына алып келді.

Түйінді сөздер: идиопатиялық фиброздаушы альвеолит, бронхоэктаз ауруы, өкпе поликистозы, созылмалы өкпетекті жүрек, жүрек декомпенсациясы

**A.S. BEKISHEVA, A. DAULBAYEV, M. ESKALIEVA, M. MIRZAKULOVA, M. SARSENBAYEV, Z. SAGIROVA,
S.N. KUDOBAYEVA, K.N. KULMANOV**
DEVELOPMENT OF IDIOPATHIC FIBROSING ALVEOLITIS (ELISA) IN PATIENTS WITH CHRONIC
RESPIRATORY PATHOLOGY

Resume: IFA - one of the most common metastatic lung disease. This article describes a case of original ELISA in patients with chronic bronchopulmonary diseases (bronchiectasis, cystic disease of both lungs). Disseminated process in the lungs, which developed in patients with severe respiratory disorders, has led to the development of pulmonary hypertension, which showed chronic pulmonary heart disease. Right heart failure contributed weighting of the patient.

Keywords: idiopathic fibrosing alveolitis, bronchiectasis, cystic disease, chronic pulmonary heart decompensation.

УДК:616.233-002

А. С. БЕКИШЕВА, Л. С. БЕДАРЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА, К. Н. КУЛМАНОВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова,

Городская клиническая больница № 1

ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Прогрессирование хронической обструктивной болезни легких приводит к развитию патологических процессов во многих органах, в том числе в пищеварительной системе, что связано как с нарушениями функции внешнего дыхания, так и с изменениями микроциркуляции в органах и тканях. В нашем исследовании патология органов пищеварения наблюдалась более, чем у половины обследованных больных. Причем, эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки сочетались с среднетяжелым и тяжелым течением хронической обструктивной болезни легких.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, эрозивный гастрит, эрозивный гастрит, язвенная болезнь, гипоксия.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает значительное место среди причин смерти в мире. Болезнь приводит к постоянно растущим экономическим и социальным потерям (1). Во всех возрастных группах частота ХОБЛ достигает 1 % в популяциях, однако ее прирост составляет более 10 % среди возрастных групп старше 40 лет (2). Прогрессирование заболевания способствует развитию патологических процессов в различных органах (3).

Поражение органов пищеварения часто встречается у больных ХОБЛ, что связано с тканевой гипоксией, гипекаркапнией, нарушением микроциркуляции, эндокринным дисбалансом (4).

Цель исследования: выявление поражений органов пищеварения у больных ХОБЛ.

Материал и методы исследования: Проведен анализ клинических историй болезней больных ХОБЛ, лечившихся в пульмонологическом отделении ГКБ1.

Анализ полученных результатов:

Проанализировано 670 историй болезни больных ХОБЛ различной степени тяжести. Патология органов пищеварения наблюдалась у 360 человек (53,7%). Число мужчин среди больных было преобладающим (78%), их возраст колебался от 61 до 74 лет.

Выявлены следующие заболевания органов пищеварения при ХОБЛ, которых не было в анамнезе у обследованных

больных: ГЭРБ (12,5%), эрозивный гастрит (21,6%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (10%), холецистит (26,4%), панкреатит (8%), заболевания кишечника (7,8%). Распространенность заболеваний органов пищеварения у больных ХОБЛ не зависела от степени тяжести ХОБЛ. Выявлена самостоятельность заболеваний пищеварительной системы при ХОБЛ.

При ЭФГДС у пациентов отмечались поражения желудка и ДПК, причем атрофические изменения слизистой оболочки желудка наблюдались у 11 % больных со среднетяжелым течением и у 55 % - с тяжелым течением ХОБЛ. Эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК выявлены у 21,6 % больных ХОБЛ.

Необходимо отметить, что целенаправленное выявление поражений органов пищеварения у больных ХОБЛ послужит основанием для последующей коррекции в терапии данной группы пациентов.

Заключение:

У значительного числа обследованных пациентов (53,7%) наблюдалось сочетание патологии органов пищеварения и ХОБЛ, что утяжеляет клиническое течение легочного процесса, требует проведения диагностического алгоритма для выявления данной патологии и коррекции лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Чучалин А.Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: Пер. с англ. – М.: Атмосфера, 2005. – 96 с.
- 2 Шляхов У.И. Хроническая обструктивная болезнь легких-Пульмонология, избранные вопросы. – 2001. - № 2.- С. 1-9.
- 3 Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких.– М.: 2003. - 112 с.
- 4 Чернеховская Н.Е., Федорова Т.А., Андреев В.Г., Кириллов В.Г. Системная патология при хронической обструктивной болезни легких. – М.: Экономика и информатика, 2005. – 192 с.

А. С. БЕКИШЕВА, Л. С. БЕДАРЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА, К. Н. ҚҰЛМАНОВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА
ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫ КЕЗІНДЕГІ АС ҚОРЫТУ
ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ

Түйін: Өкпенің созылмалы обструкциялық ауруының өршуі науқастардың көптеген мүшелерінің патологиялық жағдайын тудырады. Солардың бірі – асқорыту жүйесі патологиясының дамуы ішкі тыныс қызметінің бұзылысы салдарынан ішкі органдар мен тіндердегі микроциркуляцияның өзгеруіне байланысты. Зерттеуімізде асқорыту ағзаларының патологиясы қасарланған созылмалы обструкциялық аурудың орта және ауыр ағымында ұлтабар және асқазан шырыш қабатындағы эрозивті өзгерістер көрінді.

Түйінді сөздер: өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы, эрозивті гастрит, жара аурулары, гипоксия

A.S. BEKISHEVA, L.S. BEDAREVA, S. N. KUDOBAYEVA, K.N. KULMANOV, S.M. ZEYTKAZIEVA
OF DIGESTIVE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE (COPD)

Resume: The progression of chronic obstructive pulmonary disease leads to the development of pathological processes in many organs, including the digestive system, which is associated both with impaired respiratory function, as well as changes in the microcirculation of organs and tissues. In our study of the digestive pathology was observed in more than half of the patients. Moreover, erosive changes in the mucous membrane of the stomach and duodenum combined with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, erosive gastritis, erosive gastritis, peptic ulcer disease, hypoxia.

УДК:616.233-002

А.С. БЕКИШЕВА, А. ДАУЛЕТБАЕВА, А. ДЖОЛДАСОВА, А. ДЖУМАБАЕВА, Н. ЖУСУПОВА,
С. ЕРМУРЗАЕВА, А. ЕРМЕКОВ

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС)

Проблема коморбидных заболеваний в настоящее время является актуальной и далеко нерешенной проблемой. Взаимное влияние хронической обструктивной болезни легких и ИБС являютсяотягощающим для обоих заболеваний. У обследованных больных учащались приступы стенокардии и бронхоспазма. Нарушения функции внешнего дыхания приводило к ремоделированию не только правого, но и левого желудочка сердца.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, декомпенсация, бронхоспазм, стенокардия.

Существует ряд предположений о взаимосвязи ИБС и ХОБЛ.

Проблема ассоциации поражений лёгких и сердца до настоящего времени остаётся нерешённой. Эти заболевания оказывают взаимное отягощающее влияние [1]. На фоне длительного текущего патологического процесса (воспаление) в лёгком с перестройкой бронхиального дерева по типу фиброза, склероза, развития эмфиземы постепенно формируется гипертензия малого круга кровообращения, с гипертрофией миокарда правого желудочка (лёгочное сердце). Дыхательная гипоксемия, увеличенные пред- и постнагрузка (основа ИБС) также способствуют гипертрофии и формированию соединительнотканного кардиосклероза левого желудочка с утяжелением течения ХОБЛ и ИБС [2].

Целью исследования явилось выявление взаимного влияния ХОБЛ и ИБС.

Материалы, методы обследования: Всего обследовано 65 больных. Из них: с ХОБЛ – 37, с ИБС – 11, ИБС на фоне ХОБЛ – 17 больных. Возраст обследованных больных – 40-65 лет. Изучены данные анамнеза, клиники, показатели функции внешнего дыхания (ФВД), электрокардиограмма (ЭКГ), эхокардиографические данные и состояние свертывающей системы крови.

Обсуждение полученных результатов:

Полученные данные свидетельствуют о том, что на фоне ХОБЛ ИБС протекала бессимптомно у 10 больных (59%), одышка являлась клиническим эквивалентом стенокардии у 7 больных (41%). Частота аритмий преобладала у больных ИБС на фоне ХОБЛ (78%) по сравнению с группой больных ХОБЛ без проявлений ИБС (34%). При этом, наджелудочковые тахикардии

регистрировались у 68% пациентов с тяжёлым течением ХОБЛ, фибрилляция предсердий регистрировалась у 10% пациентов с этой патологией.

По данным спирографии у всех больных ХОБЛ в сочетании с ИБС преобладал обструктивный тип нарушения ФВД и однонаправленность нарушений свёртывающей системы крови с преобладанием гиперкоагуляции, снижение толерантности к нагрузке и уменьшение насосной деятельности сердца.

Отмечалось взаимное отягощение симптомов заболевания: учащение эпизодов бронхоспазма у больных ХОБЛ на фоне ИБС (65%) по сравнению с больными ХОБЛ без ИБС (44%). Выявлены провоцирующие факторы: наджелудочковые

тахикардии (42%), фибрилляция предсердий (38%), приступы стенокардии напряжения (68%). В то же время учащение приступов стенокардии у данной группы пациентов были связаны с приёмом симпатомиметиков (41%), бронхоспазмом (32%), физической нагрузкой (48%).

Таким образом, у обследованных нами больных ХОБЛ в сочетании с ИБС наблюдалась в 26% случаев. Декомпенсация ХОБЛ приводила у больных с ИБС к усугублению и утяжелению другого заболевания, что проявлялось учащением приступов бронхоспазма, на фоне тяжёлых нарушений ритма, а также учащением приступов стенокардии при бронхоспазме, физической нагрузке, а также при лечении симпатомиметиками.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Василькова Т., Попова Т., Медведева И. Метаболический синдром и бронхообструкция – две составляющие системного воспаления // Врач, 2008. - № 8. – С. 19-21.
- 2 Миронов М.Б., Шепеленко А.Ф., Сидоров Ю.А. ХОБЛ и сочетанная кардиологическая патология // Лечащий врач, 2006. - № 8. – С. 22-26.

**А.С. БЕКИШЕВА, А. ДӘУЛЕТБАЕВА, А. ЖОЛДАСОВА, А. ЖҰМАБАЕВА, Н. ЖҮСІПОВА,
С. ЕРМУРЗАЕВА, А. ЕРМЕКОВ**
ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУЫРУЫМЕН КОСАРЛАНҒАН ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ
ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫ

Түйін: Қазіргі кезде коморбидті аурулар маңызды және шешілмей келе жатқан мәселелердің бірі болып отыр. Созылмалы обструкциялық ауру және ЖИА-ның қосарланған әрекеті екі ауруға да кері әсерін тигізеді. Тексеру жүргізген науқастарда стенокардия ұстамасы және бронхоспазм жиілеген. Ішкі тыныс қызметінің бұзылысы жүректің оң жақ қарыншасының ремодирленуіне әкеледі.

Түйінді сөздер: созылмалы обструкциялық ауру, жүректің ишемиялық ауруы, декомпенсация, бронхоспазм, стенокардия

**A.S. BEKISHEVA, A. DAULETBAEVA, A. DZHOLDASOVA, A. DZHUMABAEVA, N. ZHUSUPOVA,
S. ERMURZAEVA, A. ERMEKOV**
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) IN COMBINATION WITH CORONARY
ARTERY DISEASE (CHD)

Resume: The problem of comorbid disease is now urgent and far unsolved problem. Mutual influence of chronic obstructive pulmonary disease and coronary heart disease are aggravating for both diseases. We examined patients more frequent angina and bronchospasm. Lung function leading to remodeling not only the right but the left ventricle.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, decompensation, bronchospasm, angina pectoris.

О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА, Т.А.ПАНИНА

Рудненская городская поликлиника

ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

В статье установлена высокая эффективность и безопасность препарата Гепа-Мерц, который редко вызывает побочные эффекты и с успехом может применяться для лечения неалкогольного стеатогепатита. Для лечения больных, страдающих неалкогольной жировой болезнью печени, неалкогольным стеатогепатитом в частности, эффективной является доза 9 г/сут в течение 30 дней. В то же время представленные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований препарата Гепа-Мерц (с использованием больших доз и большей продолжительности) для уточнения полученных результатов для пациентов, страдающих как неалкогольной жировой болезнью печени, так и другими хроническими диффузными заболеваниями печени.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, лечение, гранулы L-орнитин-L-аспартат

В последние десятилетия во всем мире хронические заболевания печени являются предметом пристального внимания. Скрупулезное изучение вирусных, алкогольных, аутоиммунных механизмов поражений печени позволило добиться существенных сдвигов в их диагностике и лечении, однако, по-прежнему, болезни печени занимают одно из ведущих мест среди причин нетрудоспособности, инвалидизации и смертности. При этом на фоне повсеместного увеличения числа лиц, страдающих сахарным диабетом (СД), ожирением, метаболическим синдромом, все большее значение приобретает проблема изучения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая в ближайшие десятилетия будет встречаться все чаще. Так, по мнению британских гепатологов-трансплантологов из Лондонского King's College Hospital, если ситуация не изменится, то в ближайшие 20–30 лет ожирение станет наиболее частой причиной цирроза печени (ЦП), требующего проведения трансплантации печени (BBC News, 2008) [1].

НАЖБП включает в себя стеатоз (жировая дистрофия) печени, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и фиброз с возможным исходом в ЦП, который, по мнению ряда экспертов, существенно повышает риск развития гепатоцеллюлярной карциномы. Распространенность НАЖБП составляет 20–35%, однако среди больных с ожирением, особенно морбидным, она встречается еще чаще, достигая 90% [2]. Многие годы стеатоз печени считался относительно доброкачественным заболеванием, поскольку функция печени при нем страдает незначительно, однако накопленный опыт показал, что при данном состоянии увеличивается риск сердечнососудистых заболеваний, СД типа 2. В 1980 г. Ludwig впервые ввел новое понятие «неалкогольный стеатогепатит», являющееся самостоятельной нозологической единицей, для которой характерны повышение активности ферментов печени в крови и морфологические изменения в биоптатах печени, подобные изменениям при алкогольном гепатите. Однако пациенты с НАСГ не употребляют алкоголь в количествах (в среднесуточной дозе 40 г и более чистого этанола для мужчин и 20 г и более для женщин), способных вызвать повреждение печени [3]. Распространенность НАСГ в общей популяции неизвестна. Среди больных, которым проводилась биопсия печени, НАСГ составляет приблизительно 7–9%, при этом алкогольный гепатит встречается в 10–15 раз чаще. Заболевание, как правило, развивается в возрасте 40–60 лет; женщины болеют чаще (соотношение мужчин и женщин 1:3). По результатам аутопсии, стеатогепатит

наблюдается примерно у 6% больных, у которых исключено злоупотребление алкоголем, и у 20% – по результатам биопсии печени в связи с хроническим гепатитом неуточненной этиологии [4].

В основе НАЖБП лежат инсулинорезистентность (ИР) и нарушение энергетического обмена между жировой тканью, скелетной мускулатурой и печенью. Жировая дистрофия печени возникает из-за повышенного поступления в печень жирных кислот, что связано либо с избыточным поступлением жира с пищей, либо с повышенным липолизом в инсулинорезистентной жировой ткани. Дополнительный вклад вносят повышенный синтез жиров, уменьшение окисления свободных жирных кислот и нарушение вывода триациглицерола. Патогенез НАСГ, к сожалению, изучен недостаточно. Считается, что в нем играет роль повышение синтеза провоспалительных цитокинов жировой клетчаткой внутренних органов, купферовскими клетками и гепатоцитами, снижение синтеза адипонектина – цитокина, подавляющего воспаление, фиброз и пролиферацию адипоцитов. Это ведет к повреждению клеток, воспалению, апоптозу и фиброзу – типичным проявлениям гепатита на фоне неалкогольной жировой дистрофии печени [5].

Клинически НАЖБП характеризуется малосимптомным или вовсе бессимптомным течением [6]. Некоторые пациенты предъявляют жалобы на незначительный дискомфорт в животе, чувство тяжести или боль в правом верхнем квадранте живота, слабость, недомогание. Нередко больные обращаются к врачу по другим причинам, и нарушение функции печени обнаруживается случайно. Во всех случаях необходимо исключить злоупотребление алкоголем. Чаще всего при клиническом обследовании отмечается увеличение размеров печени без симптомов, характерных для ее хронических диффузных заболеваний.

Основным методом инструментальной диагностики НАЖБП является ультрасонография (точность до 80–85%), которая легко позволяет выявить признаки заболевания: значительное повышение эхогенности паренхимы, увеличение затухания эхосигнала в глубоких отделах паренхимы, сглаженность сосудистого рисунка, гепатомегалию. Другим перспективным методом, в последние годы привлекающим все большее внимание исследователей, является непрямая эластография печени, дающая возможность быстро, без инвазивного вмешательства оценить выраженность фиброза органа. Компьютерная или магнитно-резонансная томография, контрастная ангиография также используются в диагностике, однако из-за высокой цены и/или

обременительности их применение для первичной диагностики НАЖБП ограничено. К сожалению, отличить стеатоз печени от НАСГ без биопсии печени невозможно [7]. Для гистологической картины гепатита характерна крупнокапельная жировая и баллонная дистрофия гепатоцитов, воспалительная инфильтрация печеночных долек, возможен перивенулярный фиброз.

Степень фиброза печени во многом определяет тяжесть болезни. Если начальные стадии, как правило, бессимптомны, то выраженный фиброз нередко проявляется характерными признаками ЦП. К отдельным факторам риска развития фиброза у больных НАСГ относятся: ожирение, возраст старше 50 лет, принадлежность к белой расе, СД, артериальная гипертензия, женский пол, соотношение аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы (АлАТ/АсАТ) в сочетании с умеренным повышением уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) и γ -глутамалтранспептидазы (ГГТП), низкий уровень тромбоцитов. У больных НАСГ часто определяются нарушения липидного спектра, тогда как гипербилирубинемия, снижение протромбинового индекса и уровня альбумина встречаются редко. Поскольку у данной категории больных в обязательном порядке должно быть исключено злоупотребление алкоголем, дополнительную информацию дают высокий уровень ГГТП, ферритина, преобладание подъема АсАТ.

В настоящее время не существует стандартного метода лечения НАЖБП и НАСГ, который был бы основан на доказательной базе, поэтому основная цель терапии состоит в улучшении биохимических показателей, характеризующих воспаление и цитолиз, замедлении и блокаде фиброгенеза [8]. В любом случае терапия должна начинаться с изменения образа жизни, под которым подразумевают как изменение рациона питания, так и увеличение физических нагрузок. Идеальной диеты не существует. Очевидно, что больные НАЖБП (особенно НАСГ) едят больше, чем здоровые лица, поэтому им в первую очередь необходимо уменьшить калорийность суточного рациона. Одной из рекомендаций может быть совет по ограничению потребления или замене продуктов, богатых насыщенными жирными кислотами, на содержащие мононенасыщенные (пальмитиновая и олеиновая) и полиненасыщенные (докозагексаеновая и эйкозопентаеновая) жирные кислоты. К 1-й группе относятся молоко, арахисовое и оливковое масло, а ко 2-й – рыбий жир, льняное масло, грецкие орехи.

Физические упражнения повышают чувствительность к инсулину, способствуют уменьшению жировой клетчатки внутренних органов, увеличивают уровень адипонектина и уменьшают проявления стеатоза печени. Для достижения этих целей считается достаточным 3–4 занятий аэробными упражнениями в неделю (при затратах 400 ккал за 1 занятие). Доказано, что снижение массы тела на 8–10% по сравнению с исходной сопровождается улучшением гистологической картины НАСГ [9].

Наиболее спорным остается вопрос медикаментозной терапии НАЖБП. За последнее 10-летие поиску подходов к лечению данной категории больных было посвящено большое количество исследований. Общепризнана необходимость коррекции метаболических нарушений (ИР, оксидативный стресс, гиперлипидемия). Одним из эффективных и перспективных направлений лечения НАСГ является преодоление ИР, в том числе при

отсутствии клинических признаков нарушения толерантности к глюкозе с использованием инсулиносенситайзеров (метформин, пиоглитазон, росиглитазон), хотя результаты пробных неконтролируемых клинических исследований метформина оказались разочаровывающими. Значение антиоксидантов (витамин Е, бетаин), гепатопротекторов (урсодезоксихолевая кислота, S-аденозилметионин, эссенциальные фосфолипиды) в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами для лечения НАЖБП и НАСГ продолжает изучаться. Поскольку не существует медикаментозного средства, однозначно улучшающего течение НАЖБП, поиск перспективного лекарственного агента продолжается. В этой связи можно обратиться к опыту немецких коллег, изучавших эффективность препарата Гепа-Мерц (L-орнитин-L-аспартат) для лечения хронических заболеваний печени [4].

Гепа-Мерц состоит из 2 аминокислот – орнитина и аспартата, каждая из которых включается как в общие, так и специфические для каждой аминокислоты метаболические пути, что и определяет терапевтические свойства препарата. Самое частое показание для назначения Гепа-Мерца – печеночная энцефалопатия, осложняющая заболевания печени (в первую очередь цирроз) любой этиологии и в значительной степени определяющая прогноз. Известно, что только один из пяти больных ЦП с симптомами печеночной энцефалопатии выживает в течение 5 лет. Основной причиной развития энцефалопатии является повышение концентрации аммиака в крови: аммиак напрямую действует на центральную нервную систему (ЦНС) и потенцирует другие факторы, вызывающие данное состояние. Повышение концентрации аммиака в крови происходит в результате дисбаланса между его образованием и обезвреживанием. Основные реакции образования аммиака в организме: дезаминирование аминокислот и распад мочевины и других азотсодержащих соединений в толстой кишке. Обезвреживание аммиака преимущественно происходит в реакциях орнитинового цикла в печени и путем образования глутамина. Последняя реакция происходит как в печени, так и мышцах. У пациентов с заболеваниями печени ее способность обезвреживать аммиак значительно снижается. Поэтому мышцы берут на себя значительную работу по обезвреживанию аммиака и поддерживают определенный баланс между его образованием и обезвреживанием. Применение Гепа-Мерца приводит к увеличению активности ферментов цикла обезвреживания аммиака, как в печени, так и мышцах, повышению толерантности к белку, что позволяет рекомендовать адекватную диету и предотвращать потерю мышечной массы [10].

Кроме того, препарат оказывает положительное влияние на белково-синтетическую функцию печени. Известно, что для полноценного процесса биосинтеза белка в организме, в том числе необходимы аминокислоты и нуклеиновые кислоты. Исследования показали, что Гепа-Мерц увеличивает пул и тех и других, а также обладает стимулирующим влиянием на сами процессы биосинтеза белка, поскольку каждая из аминокислот, входящих в состав препарата, обладает анаболическим эффектом. В клинических исследованиях было доказано увеличение синтеза белка в мышцах у больных ЦП при назначении препарата. Поэтому в соответствии с анаболическим эффектом патогенетически обоснованным следует рассматривать назначение препарата при всех

гиперкатаболических состояниях: хронические заболевания печени, белковая недостаточность любой этиологии и степени выраженности, голодание, хронические инфекционные заболевания.

Более того, орнитин и аспартат служат субстратами орнитинового цикла, в котором происходит детоксикация аммиака. Орнитиновый цикл сопряжен с циклом Кребса, который является основным источником энергии у человека. Поэтому при увеличении содержания орнитина и аспартата в организме увеличивается продукция энергии в цикле Кребса. Аспартат приводит к уменьшению зависимости клеток от получения энергии гликолизом и росту получения энергии из жирных кислот, проходящих через печень. Снижается образование молочной кислоты и потребность организма в кислороде за счет усиления бескислородного окисления.

Итак, Гепат-Мерц оказывает многогранное фармакологическое действие на организм: повышает толерантность к белку и обладает анаболическим действием, увеличивает энергетический потенциал клеток, усиливает утилизацию молочной кислоты. Кроме того, аспартат, входящий в состав препарата, повышает проницаемость биологических мембран для ионов калия и магния, приводя к стабилизации заряда мембран, повышая устойчивость клеток к различного рода повреждающим и разрушающим факторам, включая активные формы кислорода. Мембраностабилизирующий эффект обуславливает антиоксидантное действие L-орнитин-L-аспартата. Этот эффект особо значим при хронических заболеваниях печени, в первую очередь алкогольной этиологии (гепатит, цирроз).

Как сказано выше, в работе немецких авторов [4], основанной на результатах лечения 1167 больных (двойное слепое плацебо-контролируемое исследование) в 250 медицинских центрах Германии, была доказана высокая эффективность и хорошая переносимость Гепат-Мерца при хронических заболеваниях печени. По итогам работы препарат был рекомендован для симптоматического лечения больных с хроническими заболеваниями печени, в отношении которых безмедикаментозное лечение оказалось неэффективным. В частности, в группе больных ЦП, завершивших курсовое лечение, существенно улучшилась клиническая картина заболевания, чего не удавалось достичь за счет немедикаментозных средств (снижение АсАТ и АлАТ примерно на 35%, а ГГТП – на 50%). Гепат-Мерц улучшил состояние больных жировой дистрофией печени (снижение трансаминаз и ГГТП приблизительно на 50%) и больных хроническим гепатитом (снижение показателей на 40–50%). Примечательно, что в этой группе больных снижение концентрации энзимов до нормального уровня было обеспечено малыми дозами препарата. В случаях алкогольного гепатита было установлено, что степень снижения первоначальных уровней ферментов зависела от продолжительности лечения, дозировки препарата, а также от того, прекращено ли употребление алкоголя. Минимальной эффективной пероральной суточной дозой Гепат-Мерца является 9 г. Переносимость препарата оказалась хорошей, а побочные эффекты (тошнота, рвота) зафиксированы лишь в 0,7% случаев.

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности L-орнитин-L-аспартата (препарат Гепат-

Мерц) в лечении НАЖБП (неалкогольного стеатогепатита).

Материал и методы исследования. Было проведено простое открытое несравнительное исследование. Согласно разработанному дизайну исследования перед его началом (визит скрининга) и после завершения (через 4 нед терапии) каждый пациент прошел клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Критерии включения: наличие НАСГ, возраст от 18 до 69 лет. Критерии невключения: вирусный, алкогольный, аутоиммунный или лекарственный гепатит/ЦП, прием гепатопротекторов, беременность и лактация.

После включения пациента в исследование L-орнитин-L-аспартат (Гепат-Мерц) назначался в дозе 3 г гранулята 3 раза в сутки через 1 ч после еды в течение 4 нед. На контрольном визите через 4 нед терапии проводилось повторное обследование.

В исследование были включены 48 больных (19 мужчин и 29 женщин, средний возраст 49,2±8 года), страдавших НАЖБП (НАСГ). Диагноз заболевания основывался на тщательном анализе характера жалоб больного и данных анамнеза, результатах физикального обследования, теста на цифровую последовательность, лабораторных (общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови – билирубин, глюкоза, белок, холестерин, триглицериды, мочевины, креатинин, мочевая кислота, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП) и инструментальных (ультразвуковая и/или магнитно-резонансная томография печени) исследований.

Результаты исследований и их обсуждение. При анализе характера жалоб во время 1-го визита можно отметить, что чувство тяжести, ощущение дискомфорта в правом подреберье беспокоили 16 (33,3%) больных, у 11 (22,9%) отмечались признаки астенического синдрома (слабость, утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности).

Согласно анамнестическим данным, длительность заболевания составила от 1 года до 7 лет. У 28 больных повышение уровней трансаминаз носило транзиторный характер на протяжении нескольких лет. У всех больных в последние 6–12 мес до включения в исследование отмечалось стабильное повышение уровней АсАТ, АлАТ и ГГТП в 1,5–2 раза.

Из сопутствующих заболеваний в первую очередь необходимо выделить артериальную гипертензию (35,4% случаев), сахарный диабет - СД (29,2%), ишемическую болезнь сердца – ИБС (27,1%) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ (25%).

При физикальном осмотре у 4 больных отмечалось увеличение размеров печени, у 11 – умеренная болезненность при пальпации правого подреберья. Абдоминальное ожирение диагностировано у 21 (43,7%) пациента. В качестве критериев использовали 2 антропометрических показателя: индекс массы тела ($ИМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$) и окружность талии ($ОТ \geq 80 \text{ см}$ у женщин и 94 см у мужчин).

В общих анализах крови и мочи диагностически значимых изменений не было отмечено, в то время как при биохимическом исследовании крови зафиксировано повышение уровней АсАТ, АлАТ и ГГТП.

Во всех случаях ультразвуковое исследование – УЗИ выявило признаки стеатоза печени различной степени выраженности, в то же время эхографических симптомов острого гепатита или ЦП не было зафиксировано ни в одном наблюдении. У 4 (8,3%) больных в процессе

обследования диагностирован холестероз желчного пузыря (у 3 имели место множественные полипы), а у 5 (у 3 впервые) – конкременты желчного пузыря.

Следует заметить, что у 32 больных при эзофагогастродуоденоскопии, выполнявшейся по разным показаниям, отсутствовали признаки варикозного расширения вен пищевода.

Исследование завершили все 48 пациентов, при контрольном визите на 28–33-й день физикальный осмотр не выявил значимых отклонений, как и клинический анализ крови и мочи. Соблюдение рациональной диеты привело к незначительной потере массы тела (на 1–2,5 кг) у 11 пациентов. Контрольное УЗИ печени не выявило существенного улучшения эхографической картины. Положительная динамика была достигнута в биохимических показателях крови: зафиксировано статистически достоверное снижение средних уровней трансаминаз – АсАТ ($t=3,55$, $p<0,01$), АлАТ ($t=4,74$, $p<0,01$) и ГГТП ($t=5,60$, $p<0,01$). Нормализация показателей имела место у подавляющего большинства ($\chi^2=4,43$, $p<0,05$) – 39 (81,3%) больных. У оставшихся 9 (18,7%) отмечено

снижение уровней, не достигшее, однако, референтных значений (в среднем на $28,2\pm 3,7\%$).

Переносимость препарата была хорошей, из нежелательных побочных эффектов отмечалась лишь тошнота у 3 больных, которая, тем не менее, не помешала им завершить курс лечения. Прием препарата ни коим образом не сказался на течении сопутствующих заболеваний.

Таким образом, проведенное исследование доказало высокую эффективность, безопасность и хорошую переносимость препарата Гепа-Мерц, который редко вызывает побочные эффекты и с успехом может применяться для лечения НАСГ. Для лечения больных, страдающих НАЖБП, НАСГ в частности, эффективной является доза 9 г/сут (по 1 пакетик гранул 3 раза) в течение 30 дней. В то же время представленные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований препарата Гепа-Мерц (с использованием больших доз и большей продолжительности) для уточнения полученных результатов для пациентов, страдающих как НАЖБП (НАСГ), так и другими хроническими диффузными заболеваниями печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Драпкина О.М., Костюкевич М.В. Роль интерниста в лечении неалкогольной жировой болезни печени // Российские медицинские вести. - 2012. - Т. 17. - № 2. - С. 32-39.
- 2 Harrison SF. Повышение активности печеночных ферментов и жировая дистрофия печени // Клиническая гастроэнтерол. и гепатол. Русское издание. - 2009. - 3. - С. 232–235.
- 3 Буеверов А.О., Богомолов П.О. Неалкогольная жировая болезнь печени: обоснование патогенетической терапии // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2009. - № 1. - С. 3-9.
- 4 Звенигородская Л.А., Черкашова Е.А., Самсонова Н.Г. Применение гепатопротекторов в лечении неалкогольной жировой болезни печени // Фарматека. - 2011. - № 15. - С. 58-63.
- 5 Гусеинова З.К., Тайжанова Д.Ж., Мандыбаева М.К., Петричко А.В., Нуржанова У.А., Жолбекова С.О. Оценка эффективности препарата гепа-мерца при лечении больных хроническими диффузными заболеваниями печени // International Journal on Immunorehabilitation (Международный журнал по иммунореабилитации). - 2010. - Т. 12. - № 2. - С. 160-161.
- 6 Бурков С.Г., Годунова С.А., Гурова Н.Ю., Егорова Н.В., Кулакова Н.И., Леонова В.И., Подопригора Н.В., Григорьева Е.В. Современные возможности диагностики и лечения неалкогольной жировой болезни печени в поликлинической практике // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2012. - № 1. - С. 131-135.
- 7 Грюнграфф К., Ламберт-Бауманн Й. Эффективность гранул L-орнитин-L-аспартата при лечении хронических заболеваний печени // Мед. мир., 2001. - С. 7–8 (16).
- 8 Zeng MD, Fan JG, Lu LG, Li YM, Chen CW, Wang BY, Mao YM. Guidelines for the diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver diseases // J Dig Dis., 2008 May. - 9(2). - P.108-12.
- 9 Bürgi AC, Dufour JF. Treatment of nonalcoholic steatohepatitis // Rev Prat. - 2012 Dec. - 62(10). - P.1425-1427.
- 10 Rahimi RS, Landaverde C. Nonalcoholic fatty liver disease and the metabolic syndrome: clinical implications and treatment // Nutr Clin Pract. - 2013 Feb. - 28(1). - P.40-51.

БАУЫРДЫҢ МАЙ БАУЫР АУРУЫНЫҢ АЛКОГОЛЬСІЗ ЕМДЕЛУІ

Түйін: мақалада Гепа-Мерц препаратының жоғары тиімділігі мен қауіпсіздігі анықталған, оның кері әсерінің болуы өте сирек және алкогольдік емес *стеатогепатитті емдеу үшін өте пайдалы. Бауырдың алкогольдік емес май ауруымен, оның ішінде, алкогольдік емес стеатогепатитпен ауыратын науқастарды емдеуде 30 күн ішінде 9 г/тәулігі мөлшерімен тиімді деп саналады. Және де ұсынылған нәтижелер бауырдың алкогольдік емес май ауруымен, бауырдың өзге де созылмалы диффуздық ауруларымен ауыратын науқастар үшін Гепа-Мерц препаратын (үлкен дозаларды және ұзақтықты пайдалана отырып) зерттеуді әрі қарай да жалғастыра беру қажет екендігінің нышаны болып отыр.*

Түйінді сөздер: алкогольсіз май бауыр ауруы, ем, L-орнитин-L-аспартат грануласы.

TREATMENT OF NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASES

Resume: In article high efficiency and safety of a preparation Gepa-Mertz who seldom causes side effects is established and with success can be applied to treatment nonalcoholic steatohepatitis. For treatment of the patients suffering from nonalcoholic fatty liver diseases, nonalcoholic steatohepatitis in particular, effective the dose of 9 g/days within 30 days is not alcoholic. At the same time the presented results testify to need of carrying out further researches of a preparation Gepa-Mertz (with use of larger doses and larger duration) for specification of the received results for the patients suffering both from nonalcoholic fatty liver diseases, and other chronic diffuse diseases of a liver.

Keywords: nonalcoholic fatty liver diseases, treatment, granules of L-an ornithine-L-aspartate.

Н.Н. РЫСПЕКОВА, А.Н. НУРМУХАМБЕТОВ, А.Е. АСКАРОВА, А.А. АКАНОВ
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
кафедра патофизиологии

РОЛЬ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В РАЗВИТИИ АНЕМИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Заболевания системы крови занимают одну из приоритетных позиций среди всех заболеваний в мире [1, 2, 3, 4]. У четверти населения мира, включая 293 млн (47%) детей младше 5 лет и 468 млн (30%) женщин определяется анемия [5]. Распространенность анемии в Казахстане превышает 40%-уровень, определенный ВОЗ/ЮНИСЕФ/УООН в качестве тяжелой проблемы здравоохранения среди всего населения, в среднем, детей всех возрастов, женщин репродуктивного возраста [6]. В настоящее время анемия рассматривается не только как симптом болезни, но и как патогенетический фактор, усугубляющий повреждение в организме [7].

В развитии анемий определенная роль отводится воздействию солей тяжелых металлов [8, 9]. Загрязнение окружающей среды солями этих металлов оказывает значительное влияние на здоровье населения и продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современности [10, 11, 12, 13, 14]. В 15 городах Казахстана, среди которых Зыряновск, Актау, Темиртау, Тараз, Петропавловск, Шымкент, Алматы, значительно повышен уровень загрязнения атмосферного воздуха вредными выбросами [15, 16].

Свинец – один из наиболее распространенных тяжелых металлов, сопровождающих цивилизацию с самого начала ее существования и включен в списки приоритетных загрязнителей окружающей среды ВОЗ и ЮНЕП [17, 18]. Наибольшие выбросы свинца в атмосферу происходят в металлургической промышленности, топливно-энергетическом комплексе, химическом комплексе, стекольных предприятиях, деревообрабатывающей и целлюлозно-бумажной промышленности, предприятиях оборонной промышленности, машиностроении [19]. Основным источником загрязнения атмосферы городов является автомобильный транспорт. Каждый автомобиль, работающий на этилированном бензине, выбрасывает в атмосферу 2 кг свинца в год [20].

Свинец представляет серьезную опасность даже через годы после прекращения его воздействия на организм [21]. Описан случай свинцового отравления женщины через 7 лет после прекращения воздействия свинца. Во время беременности и лактации, когда усиливались процессы ремоделирования костной ткани, происходило высвобождение свинца из костей и повышение его концентрации в крови [22].

Анемия при свинцовой интоксикации была впервые описана Nicander of Colophon в 200 году до.н.э. [23]. Общеизвестно, что анемия является одним из ранних проявлений свинцовой интоксикации, и ее развитие зависит от концентрации соединений свинца в крови [24, 25].

В патогенезе анемии при воздействии свинца имеет значение нарушение синтеза порфиринов, снижение синтеза глобина, особенно альфа-цепи и повышенное разрушение эритроцитов [26]. Свинец инактивирует дегидратазу δ -аминолевулиновой кислоты, которая обеспечивает соединение двух молекул

аминолевулиновой кислоты в порфибилиноген, в результате этого в моче накапливается δ -аминолевулиновая кислота. Он оказывает ингибирующее влияние и на другие стадии синтеза порфиринов: снижение активности гемсинтетазы – фермента, катализирующего включение железа в порфириновое кольцо, приводит к увеличению содержания копропорфирина в моче. В эритроцитах и эритроцитах появляется избыток неутилизованного железа (в виде гранул), вследствие чего они превращаются в сидеробласты и сидероциты. Однако механизмы действия свинца на ферменты порфиринового обмена все еще не совсем ясны. В этих механизмах имеют значение не только непосредственное воздействие свинца на ферменты, но и влияние на синтез указанных ферментов в костном мозге, печени и почках – местах наибольшего депонирования свинца [27, 28, 29].

Maqsood Ahamed et al. считают, что ряд случаев идиопатической апластической анемии может быть обусловлен повреждающим действием свинца на красный костный мозг [30]. При обследовании детей с апластической анемией оказалось, что у них повышен уровень свинца в крови и содержание тиобарбитуровой кислоты, что свидетельствовало о повышении перекисидации липидов. Снижалась активность глутатиона. Высказано предположение, что свинец, вызывая окислительный стресс, может повреждать стволовые клетки красного костного мозга.

Т.М. Владимцева и соавт. [31] исследовали морфофункциональное состояние клеток красного костного мозга при свинцовой интоксикации. Введение раствора ацетата свинца крысам в дозе 20 мг/кг в течение 14 дней приводило к увеличению количества клеток с деградацией хроматина в ядре, повышению количества мелких и средних ядрышек. Под воздействием свинца увеличивалось количество ядрышек с измененным соотношением гранулярного и фибриллярного компонентов, что характеризует подавление активности белок синтетического аппарата клеток костного мозга. Osterode W et al. [32] изучали токсическое влияние свинца на клетки-предшественницы гемопоэза в зависимости от концентрации свинца в крови. Авторы показали, что при концентрации свинца в крови более 2,8 мкмоль/л, значительно снижалось количество клеток предшественниц эритропоэза (BFU-E). Отмечалось незначительное снижение плюрипотентных клеток (CFU-E), количество же предшественников гранулоцитарно-макрофагального ряда (CFU-GEMM) не изменялось. При более высоких концентрациях свинца в крови наблюдалось большее снижение BFU-E и CFU-E. Уровень эритропоэтина при этом не повышался. Тем самым было доказано, что в патогенезе анемии имеет значение нарушение созревания клеток эритроидного ряда и неадекватная продукция эритропоэтина. Кроме того, было показано, что при свинце индуцированном

ингибировании синтеза гема активируется апоптоз клеток-предшественниц. Точный механизм этого процесса не известен. Снижение продукции эритропоэтина, по мнению Osterode W et al. [32], связано с повреждением клеток перитубулярных капилляров почек. Предполагается, что свинец конкурирует с кальцием, индуцирующим синтез эритропоэтина, и уменьшение поступления кальция в клетки приводит к снижению его синтеза. Philippe Grandjean et al. [33] исследовали датских рабочих по производству батарей. Было показано, что при концентрации свинца в крови, не превышающим 2,9 мкмоль/л, значительных изменений со стороны гематокрита и гемоглобина не происходит. В то же время отмечается снижение функционального резерва кровяной ткани. После потери 450 мл крови на 5, 11 и 15 день отмечалось замедление регенерации крови даже при незначительной концентрации свинца в крови.

Показана взаимосвязь между свинцовой интоксикацией и дефицитом железа, что имеет особенно важное значение у детей и подростков, когда повышается потребность в железе [34]. Для свинца и железа имеется общий интестинальный белок-переносчик. Понижение запасов железа в организме приводит к повышению всасывания свинца в кишечнике и усугубляет свинцовую интоксикацию [35, 36]. В то же время свинец нарушает всасывание железа в желудочно-кишечном тракте, тем самым способствуя развитию железодефицитной анемии. Кроме того, при дефиците железа чувствительность гемсинтазы, включающей железо в гем, к действию свинца повышается, что усугубляет течение анемии [37]. Нарушение же включения железа в гем приводит к развитию железорезистентной анемии. При этом вместо железа протопорфирин IX связывается с цинком, образуя цинк-протопорфирин [38].

David S Klauder et al. показали связь между свинцовой интоксикацией и дефицитом меди [39]. Как свинцовая интоксикация, так и дефицит меди сопровождаются аккумуляцией железа ферритина в предшественниках эритроцитов, которое недоступно для эритропоэза. И медь, и свинец нарушают метаболизм железа. Медь в составе церулоплазмينا ответственна за превращение Fe⁺⁺ в Fe⁺⁺⁺, - этап, необходимый для включения железа в ферритин. Снижение содержания меди приводит к снижению активности церулоплазмينا, что ведет к накоплению ферритина и гемосидерина в печени и других тканях, в том числе предшественниках эритроцитов, что и снижает мобилизацию железа из этих тканей. В исследованиях этих авторов показано, что значительное угнетение эритропоэза под воздействием свинца наблюдалось только при дефиците меди. Свинец аккумулировался в цитоплазматических везикулах эритробластов и ретикулоцитах крыс, получавших диету дефицитную по меди. У этих крыс в митохондриях отсутствовало железо. David S Klauder считает, что в патогенезе анемии при свинцовой интоксикации имеет значение повреждение медь-зависимого механизма, необходимого для мобилизации железа из везикул в митохондрии и включения железа в гем.

При свинцовой интоксикации уменьшается продолжительность жизни эритроцитов, обусловленное несколькими механизмами:

1. Снижением энергообразования в эритроцитах.

В эксперименте на крысах было показано, что при свинцовой интоксикации, вызванной внутрибрюшинным введением ацетата свинца в дозе 1-2 мг/кг массы в

течение 1 месяца, концентрация АТФ, ГТФ, НАД⁺, НАДН⁺ эритроцитов, активность ферментов энергообразования эритроцитов (пируваткиназы, лактатдегидрогеназы, глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы) значительно снижаются, что указывает на нарушение гликолитического и пентозо-фосфатного пути получения энергии [40].

2. Повреждением мембраны эритроцитов.

Под влиянием свинца происходит перекисидация липидов мембран эритроцитов: свинец индуцирует образование свободных радикалов, снижает антиоксидантную защиту, блокируя глутатион, каталазу, супероксиддисмутазу и другие белки, содержащие SH-группы [41, 42, 43]. Исследование беременных женщин с анемическим синдромом [44] выявило зависимость степени снижения активности каталазы, супероксиддисмутазы, общей антиоксидантной активности крови, концентрации глутатиона, гемоглобина, эритроцитов от содержания свинца в крови. В крови женщин возросло содержание гидропероксидной липидов, окисленного глутатиона, цинк-протопорфирина. В работах Ahamed M. et al. [45] показано, что при снижении активности дельта-аминолевулиновой кислоты происходит накопление самой кислоты, которая быстро окисляется, генерируя свободные радикалы. Кроме того, свинец сам инициирует Fe⁺⁺ индуцируемое образование свободных радикалов [46].

Мембраны эритроцитов могут повреждаться в результате нарушения структуры белков мембраны. Под влиянием продуктов ПОЛ образуются «сшивки» белков мембраны, нарушается работа ионных каналов, развивается ионный дисбаланс, что приводит к снижению резистентности мембран эритроцитов к повреждающим воздействиям [47].

Таким образом, в патогенезе свинец индуцированной анемии имеет значение снижение образования эритропоэтина в почках, повреждение стволовых клеток красного костного мозга, подавление процессов эритропоэза, нарушение синтеза гема и глобина, снижение осмотической резистентности эритроцитов.

Хром и его соединения также относятся к веществам 1 класса опасности. Токсичность соединений хрома находится в прямой зависимости от его валентности: наиболее ядовиты соединения хрома (VI) [48]. Проблема загрязнения окружающей среды хромом является особенно актуальной в Казахстане, так как Казахстан обеспечивает 28% мировой потребности в хромовой руде, являясь при этом вторым производителем данного сырья в мире после ЮАР [49].

Источниками загрязнения окружающей среды хромом являются предприятия по добыче и переработке хромовых руд, горнодобывающие, машиностроительные, металлообрабатывающие, текстильные заводы и фабрики. Вокруг этих крупных промышленных предприятий могут формироваться техногенные хромовые биогеохимические провинции с повышенным содержанием этого металла в воздухе, почве, воде, продуктах питания растительного и животного происхождения. Загрязнение атмосферного воздуха на высоте 10-15 метров достигает 700 килограмм по количеству шестивалентного хрома [50]. В зоне рассеивания хрома на расстоянии до 7 километров от предприятий, почва загрязнена не только на поверхности, но даже на глубину 1 метр, где концентрация хрома иногда превышает стандартный

уровень [51]. Источниками загрязнения вод хромом (III) являются жидкие стоки кожевенных производств и красилен, коммунальные и сточные воды, дымовые газы, зола [52, 53, 54, 55].

При повышении содержания хрома в окружающей среде наблюдаются отравления, аллергические реакции организма [56, 57], нарушение функции иммунной системы [58], нарушение репродуктивной функции и других физиологических процессов, рост злокачественных новообразований [59, 60, 61, 62]. Установлено, что даже однократное подкожное введение животным бихромата калия (5 мг/кг) оказывает кардиотоксическое влияние, снижает сократительную функцию миокарда и объемную скорость коронарного кровотока, нарушает адаптивные возможности сердца на дополнительные функциональные нагрузки, повышает свертываемость крови [63].

Соединения хрома являются прооксидантами. Показано, что под влиянием бихромата калия повышаются процессы пероксидации липидов [64, 65]. Так, пероральное введение бихромата калия крысам в дозе 2 мг/кг веса в течение 2-х месяцев характеризовалось заметным снижением восстановленного глутатиона, активности редоксферментов - сукцинатдегидрогеназы, цитохромоксидазы, каталазы, что указывало на активацию процессов ПОЛ мембран эритроцитов. Последнее приводило к снижению осмотической и кислотной резистентности эритроцитов. Исследования влияния бихромата калия на показатели клеточного иммунитета крови крыс выявило снижение количества лейкоцитов, тимоцитов, спленоцитов, миелокариоцитов [66].

Повреждающее действие хрома зависит от дозы и путей его поступления в организм. Так, в работах Silvio De Flora et al. [48] показано, что однократное пероральное введение бихромата калия мышам в дозе 17.7 мг/кг или введение бихромата калия с питьевой водой в течение 210 дней не давало канцерогенного эффекта и не вызывало изменений клеток крови, в то время как внутрибрюшинное введение этого препарата оказывало генотоксическое действие на гемопозитические клетки.

В работах М.Ж. Толепбергеновой [67] установлено, что как изолированное введение бихромата калия, так и сочетанное введение бихромата калия и ванадата аммония в дозах 1 мг/кг крысам не вызывало развитие анемии. При комбинированном воздействии солей тяжелых металлов усиливалось их общетоксическое действие, развивалась лейкопения и гипокоагуляция крови. С.Е. Мырзагулова [68] показала, что сочетанное введение относительно малых доз ацетата свинца, бихромата калия и ванадата аммония (1мг/кг м.т.) оказывает выраженное нейротоксическое влияние, однако не приводит к развитию анемии и способствует гиперкоагуляции крови. В работе Базарбековой Ш.К. [63], показано, что однократное подкожное введение животным бихромата калия (5 мг/кг) повышает свертываемость крови и при комбинации с ванадием вызывает панцитопению.

Таким образом, литературные данные о влиянии хрома на систему крови являются противоречивыми и требуют дальнейшего изучения. В то же время доказано, что в основе повреждающего действия хрома на организм лежит индукция процессов ПОЛ.

Избыточное поступление ванадия в организм обычно связано с экологическими и производственными факторами. Ванадий широко применяется в черной

металлургии, производстве титановых сплавов, в авиационной, ракетной и др. областях техники. Чистый металлический ванадий используют в атомной энергетике (оболочки для тепловыделяющих элементов, трубы) и в производстве электронных приборов. Соединения ванадия применяют в сельском хозяйстве, в керамической, текстильной, лакокрасочной, резиновой, химической, стекольной, фото и кинопромышленности [69].

Показано, что в патогенезе ванадий индуцированных повреждений имеет значение активация ПОЛ [70]. Касеновым Б.Ж. обнаружено повышение уровня малонового диальдегида под влиянием субтоксичной дозы ванадата аммония (10мг/кг массы тела). В экспериментах Куланчиевой Ж.А. [71] показано, что введение субтоксической дозы ванадата аммония приводило к выраженной анемии. Количество эритроцитов снижалось на 36,3%, гемоглобина – на 43,2%. На 33.2% снижалась осмотическая резистентность эритроцитов. В периферической крови обнаруживались различные патологические формы эритроцитов: анизоцитоз, пойкилоцитоз, деформированные эритроциты и множество разрушенных эритроцитов. Изменялась лейкоцитарная формула, абсолютное количество лимфоцитов снижалось на 55,7%, повышалась свертываемость крови.

Кадмий - один из самых токсичных тяжелых металлов, он отнесен ко 2-му классу опасности - "высокоопасные вещества" [72, 73]. Применяется кадмий в ядерной энергетике и гальваностегии, входит в состав сплавов, используется для приготовления щелочных аккумуляторов, типографских клише, припоев, сварочных электродов, при производстве полупроводников; является компонентом многих люминофоров. Соединения кадмия входят в состав пигментов, стабилизаторов, лазерных материалов. Наиболее токсичными являются оксид и соли кадмия. Как и многие другие тяжелые металлы, кадмий имеет отчетливую тенденцию к кумуляции в организме - период его полувыведения составляет 10-35 лет. К 50 годам его общее весовое содержание в теле человека может достигать 30-50 мг. Главным "хранилищем" кадмия в организме служат почки (30-60% всего количества) и печень (20-25%). Остальной кадмий находится в поджелудочной железе, селезенке, трубчатых костях, других органах и тканях [74, 75].

В основном кадмий находится в организме в связанном состоянии - в комплексе с белком-металлотионеином, который поступает в кровоток и фильтруется в почках. В почечных канальцах комплекс кадмий-металлотионеин разрушается под влиянием лизосомальных ферментов эпителия, и кадмий выводится из организма. Возможности металлотионеинов ограничены, и при избыточном поступлении кадмия, он накапливается в тканях [75]. Кадмий ингибирует синтез белков, уменьшая синтез т РНК, повреждает нуклеиновые кислоты, активируя перекисное окисление или нарушая механизмы репарации [76]. Кадмий нарушает клеточную адгезию, энергетический обмен, активирует ПОЛ, понижая активность СОД, каталазы, пероксидазы, глутатионпероксидазы, связывает карбоксильные, amino- и сульфгидрильные группы, вызывает некроз и апоптоз клеток [77, 78]. Кадмий химически очень близок к цинку и способен замещать его в биохимических реакциях, например, выступать как псевдоактиватор или, наоборот, ингибитор содержащих цинк белков и

ферментов. Кадмий может в значительной мере изменять метаболизм железа, марганца, меди, селена. При кадмиевой интоксикации повреждаются почки, печень, тестикулярная ткань, развивается анемия. Эксперименты Mohammad Dallak [79] показали, что введение хлорида кадмия крысам в дозе 10 мг/кг м.т. per os снижает содержание эритроцитов, гематокрит, концентрацию гемоглобина, MVC, MNC, MCHC. В патогенезе кадмий индуцированных гематологических изменений лежит, по мнению авторов, снижение антиоксидантной защиты эритроцитов, что

подтверждается снижением активности СОД, каталазы, глутатион пероксидазы.

Таким образом, воздействие солей тяжелых металлов на систему крови характеризуется развитием анемии, в патогенезе которой имеет значение угнетение и нарушение эритропоэза, сокращение продолжительности жизни эритроцитов. Поэтому исследование металлдуцированных анемий и возможных путей ее коррекции является актуальной проблемой для Казахстана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Balducci L. Anemia, fatigue and aging // *Transfusion Clinique et Biologique*. – 2010. – Vol 17, Issues 5-6. – P. 375-381
- 2 Eva C. Guinan. Acquired Aplastic Anemia in Childhood // *Hematology/Oncology clinics of North America*. - 2009. – Vol. 23, Issue 2. – P. 171-191
- 3 Shanti Gunawardena, Mark E Dunlap. Anemia and iron deficiency in heart failure // *Current heart failure reports*. - 2012. - DOI: 10.1007/s11897-012-0112-x
- 4 Kushang V. Patel. Epidemiology of Anemia in Older Adults // *Seminars in hematology*. – 2008. – Vol.45, Issue 4. – P. 210-217
- 5 Yarlina Balarajan, Usha Ramakrishan et al. Anaemia in low-income and middle-income countries // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 378, Issue 9809. – P.2123-2135
- 6 Казюкова Т.В., Тулупова Е.В., Алиева А.М. и др. Стратегия лечения железодефицитной анемии у детей раннего возраста // *Педиатрия журнал им. Г.Н.Сперанского*. - 2012. - Т. 91, № 4. - С. 89-97
- 7 Balducci L., Ershler W.B., Krantz S. Anemia in the elderly—Clinical findings and impact on health // *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. – 2006. – Vol. 58, Issue 2. – P.156-165
- 8 Hmwe Kyu, Katholiki Georgiades, Michael H. Boyle. Biofuel Smoke and Child Anemia in 29 Developing Countries: A Multilevel Analysis // *Annals of Epidemiology*. – 2010. – Vol. 20, Issue 11, P. 811-817
- 9 Faheen Shah, Sasneem Gul Kazi, Hassan, Imran Afridi, Jameel Ahmed Baig et al. Environmental exposure of lead and iron deficit anemia in children age ranged 1–5 years: A cross sectional study // *Science of The Total Environment*. – 2010. - Vol 408, Issue 22. – P. 5325-5330
- 10 David J. Jones. Primary prevention and health outcomes: Treatment of residential lead-based paint hazards and the prevalence of childhood lead poisoning // *Journal of Urban economics*. – 2012. - Vol. 71, Issue 1. – P. 151-164
- 11 Саноцкий И.В., Гродецкая Н.С. Химическое загрязнение среды обитания и преждевременное старение // *Прикладная токсикология*. – 2010. - Том I, № 2. - С. 24-29
- 12 Ahamed M., Siddique M.K.J. Low level lead exposure and oxidative stress: current opinions // *Clinica Chimica Acta*. – 2007. - Vol 383, Issue 1-2. - P. 57-64
- 13 Menezes Geraldine, D'souza Sunil Herman, Thuppil Venkatesh. Lead poisoning as a result of infertility treatment using herbal remedies // *Archives of Gynecology and Obstetrics*. – 2007. – Vol. 275, № 4. - P. 279-281
- 14 Кенесариев У.И., Жакашов Н.Ж., Снытин И.А. и соавт. Оценка реальной химической нагрузки на организм населения хромовой биогеохимической провинции // *Методические рекомендации*. – Астана, 2005. – 19с.
- 15 Отраслевая программа «Жасыл даму» на 2010-2014 годы». – Постановление Правительства РК от 04.08.11 г. № 912.
- 16 Ударцева Т.П. Механизмы адаптации к совместному воздействию свинца и ограничения движений. – Алматы, 2001. – С. 45-49.
- 17 Berglund A.M.M. Ingvarsson P.K., Danielsson H. et al. Lead exposure and biological effects in pied flycatchers (*Ficedula hypoleuca*) before and after the closure of a lead mine in northern Sweden // *Environmental Pollution*. – 2010. –Vol. 158. – P. 1368-1375
- 18 Ревич Б.А., Шаров П.О., Сергеев О.В. Свинец и здоровье детей – результаты некоторых Российских исследований 2000-2009 гг. // *Гигиена и Санитария*. – 2011. - № 6. – С.12-16.
- 19 Готагонова Т.М., Софьена Л.И., Бендер Л.В. Методы контроля содержания тяжелых металлов в биосредах // *Гигиена и санитария*. - 1999. - №4 - С.72-75.
- 20 Фурсов В.И., Жунусова К.Х., Садыков Ш.Ш. Состояние окружающей среды г. Алма-Аты // *Город и окружающая среда*. – Алма-Ата, 1986. – С.143-151.
- 21 Asa Berglund. Responses to reduced industrial metal emissions: an ecotoxicological study on pied Flycatcher (*Ficedula hypoleuca*, aves). - 2010. – Print & Media, Sweden. – 48p.
- 22 Matthias L Riess Josiah K Halm. Lead poisoning in an adult: Lead mobilization by pregnancy? // *Journal of General Internal Medicine*. – 2007. - vol 22, num. 8. - P.1212-1215.
- 23 http://www.ehow.com/about_5056922_lead-paint-poisoning-symptoms.html
- 24 J Schwartz, P J Landrigan, E.L. Baker et al. Lead-induced anemia: dose-response relationships and evidence for a threshold // *Am. J.Public Health*. – 1990. - Vol 20, № 2. – P.165-168.
- 25 Vincenzo Fontana, Roberta baldi, Michela Franchini et al. Adverse haematological outcome and environmental lead poisoning // *Journal of Exposure Analysis and environmental epidemiology*. – 2004. – Vol. 14. – P. 188-193.
- 26 Nabil M Ibrahim, Esam A Eweis , Hossam Saad El-Betagi, Yasmina E Abdel-Mobdy. The effect of lead Toxicity on Experimental Male Albino Rat // *Biol Trace Elementary Res*. - 2011. - Vol. 144, № 1-3. - P. 1120-1132.
- 27 Осипов А.Н., Рязанов И.А., Сыпин В.Д. и др. Изменения структурно-функциональных показателей клеток системы крови мышей при длительном воздействии свинца и кадмия // *Токсикологический вестник*. - 2001.- №.5. – С.2-5.
- 28 Luciana Rosa Feksa, Evandro Oliveira, Thereza Trombini, Mateus Luchese et al. Pyruvate Kinase Activity and δ -Aminolevulinic Acid Dehydratase Activity as biomarkers of toxicity in workers Exposed to lead // *Archives of Environmental Contamination and Toxicology*.- 2012. – Vol. 63, № 3. - P. - 453-460.

- 29 Ambica P Jangid, P.J. John, D Yadav, Sandhya Mishra, Praveen Sharma. Impact of chronic lead exposure on selected Biological markers // *Indian journal of clinical biochemistry*. – 2012. – Vol. 27, №1. – P. 83-89.
- 30 Maqusood Ahamed, Mohd Javed Akhtar, Sanjeev Verma et al. Environmental lead exposure as a risk for childhood aplastic anemia // *Bioscience Trends*. – 2011. – Vol. 5, Issue 1. – P. 38-43.
- 31 Владимирцева Т.М., Пашкевич И.А., Салмина А.Б.. Морфофункциональное состояние клеток костного мозга при свинцовой и цинковой интоксикации // *Гигиена и санитария*. – 2006. – № 2. – С. 71-72.
- 32 Osterode W., Barnas U., Geissler K. Dose dependent reduction of erythroid progenitor cells and inappropriate erythropoietin response in exposure to lead: new aspects of anemia induced by lead // *Occup. Environ. med.*. – 1999. – Vol. 56. – P. 106-109.
- 33 Philippe Grandjean, Bent Moller Jensen, Sten Henric Sando et al., Delayed blood regeneration in lead exposure: an effect on reserve capacity // *Am J Public Health*. – 1989. – Vol. 79. – P. 1385-1388.
- 34 Amal A Hegazy, Manal M Zaher, Manal A Abd el-hafez et al. Relation between anemia and blood levels of lead, copper, zinc and iron among children // *BMC Res Notes*. – 2010. – 3: 133. doi: [10.1186/1756-0500-3-133](https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-133).
- 35 Wilson T. Kwong, Phyllis Friello, Richard D. Semba. Interactions between iron deficiency and lead poisoning: epidemiology and pathogenesis // *Science of The Total Environment*. – 2004. – Vol 330, Issue 1-3. – P. 21-37.
- 36 Patricia Helen Carvalho Rondo, Andreia Conde, Miriam Coelho Souza et al. Iron deficiency anaemia and blood lead concentrations in Brazilian children // *Transactions of the Royal Society of tropical Medicine and Hygiene*. – 2011. – Vol.105, Issue 9. – P. 525-530.
- 37 Muhammad Aatur Rahman, Bushra Rahman, Muhammad Saeed Ahmad et al.. Blood and hair lead in children with different extents of iron deficiency in Karachi // *Environmental Research*. – 2012. – Vol. 118. – P. 94-100
- 38 Crowell R., Ferris AM., Wood RJ. et al. Comparative effectiveness of zinc protoporphyrin and hemoglobin concentrations in identifying iron deficiency in a group of low-income, preschool-aged children: practical implications of recent illness // *Pediatrics*. – 2006. – Vol 118, N 1. – P.224-232.
- 39 David S Klauder., Harold G. Petering. Anemia of lead intoxication: a role for Copper // *J. Nutr.* – 1977. – Vol. – 107. – P.1779-1785.
- 40 Irena Baranovska-Basiacka, Alina Joanna Hlynczan. Effect of lead ions on Rat erythrocyte Purin content // *Biological trace element research*. – 2004. – Vol 100 № 3. – P. 259-273.
- 41 Hande Gurer, Nuran Ercal. Can antioxidants be beneficial in the treatment of lead poisoning // *Free radical Biology and Medicine*. – 2000. – Vol. 29, Issue 10. – P. 927-945.
- 42 Burhan Ates, Ibrahim Orun, Zeliha Sciamoglu Talas, Gorkham Durnaz, Ismet Yilmaz. Effects of sodium selenite on some biochemical and hematological parameters of rainbow trout, exposed to Pb²⁺ and Cu²⁺ intoxication // *Fish physiology and biochemistry*, – 2008. – Vol 34, № 1. – P. 53-59.
- 43 Кулбалиева Ж.Ж. Состояние перекисного окисления липидов крови под влиянием биофеникола при острой свинцовой интоксикации. // *Астана Медикалык журналы*. – 2007, - № 9 (45). – С.182-183.
- 44 Amit Kumar, Mani Tivari, Abbas Ali Mahdi, Fatima Zahra et al. Evaluation of low blood lead levels and its association with oxidative stress in pregnant anemic women: a comparative prospective study // *Indian journal of clinical biochemistry*. – 2012. – Vol. 27, № 3. – P. 46-52.
- 45 Ahamed M., Singh S., Behari JR. et al. Interaction of lead with some essential trace metals in the blood of anemic children from Lucknow India // *Clin. Chim. Acta*. – 2007. – Vol.377. – P.92- 97.
- 46 Adonoylo VN., Oteiza PI. Lead intoxication: antioxidant defenses and oxidative damage in rat brain // *Toxicology*. – 1999. – Vol. 135. – P. 77-85.
- 47 Tiziana Gualiotto, Grazia de Luca, Pietro Romano, Caterina Rigano et al. Effects of lead chloride on human erythrocyte membranes and on kinetic anion sulphate and glutathione concentrations // *Cellular and molecular biology letters*. – 2012. – Vol. 17. – P.586-597.
- 48 Silvio De Flora, Marietta Ilcheva, Roumen M. Balansky. Oral chromium(VI) does not affect the frequency of micronuclei in hematopoietic cells of adult mice and of transplacentally exposed fetuses // *Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*. – 2006. – Vol. 610, Issues 1–2. – P. 38-47.
- 49 Палаичева В. Один дома // *Эксперт Казахстан*. – 2006. – № 44 (100), 27 ноября.
- 50 Куперман Э.Ф. О нормировании шестивалентного хрома в атмосферном воздухе. // *Гигиена и санитария*. – № 11. – 1963. – С.9-16.
- 51 Беспаятнов Г.П. Предельно-допустимые концентрации вредных веществ в воздухе и воде. – Ленинград. «Химия». – 1975. – 456 с.
- 52 Киреев Г.В., Геворян А.М., Артыков А.Т. Применение инверсионной вольтамперометрии для определения хрома в воде // *Гигиена и санитария*. – 2007. – №4. – С. 85-87
- 53 Изтлеуов М.К., Картжанов У.А. и соавт. Круговорот хрома в биогеохимической провинции // *Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профессиональной патологии»*. – Караганда, 2005. – С. 272-277.
- 54 Боев В.М., Красиков С.И., Лейзерман В.Г и др. Влияние окислительного стресса на распространенность гиперхолестеринемий в условиях промышленного города // *Гигиена и санитария*. – 2007. – №1. – С. 21-24.
- 55 Chun-Chi Lin Ming-Ling Wu, Chen- Chung Yung. Acute severe chromium poisoning after dermal exposure to hexavalent chromium // *J Clin. Med. Assoc.* – 2009. – Vol 72, N 4. – P.219-224.
- 56 Ситало С.Г., Паранько Н.М. Воздействие загрязнения атмосферного воздуха на здоровье детей в Кривом Роге // *Гигиена и санитария*. – 2009. – №3. – С. 22-25.
- 57 Ackhapkina I., Smolnikova E., Mokronosova M. The delayed type hypersensitivity reactions to metal ions in patients with allergic contact dermatitis // *22 Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, Allergy as a Global Problem (EAACI 2003), Paris 7-11 June, 2003: Abstract Book*. – 2003. – С. 252.
- 58 Сулейменова Р.К., Изтлеуов М.К., Сундетов Ж.С. и соавт. Коррекция масляных экстрактом из корней солодки нарушений иммунного статуса, вызываемых соединениями хрома // *Материалы Международной научно-практической конференции. «Актуальные вопросы патофизиологии»*. – Алматы, 2008. – С. 46-50.
- 59 Ефимова Н.В., Юшков Н.Н., Бодиенкова Г.М. Оценка канцерогенного риска для населения Братска // *Гигиена и санитария*. – 2008. – №6. – С. 71-73.
- 60 Luippold R.S., Mundt K.A., Austin R.P. et al. Lung cancer mortality among chromate production workers // *Occup. and Environ. Med.* – 2003. – №6. – С. 451- 457.

- 61 Hirose Toshiyuki, Kondo Kazuya, Takahashi Yuji et al. Frequent microsatellite instability in lung cancer from chromate-exposed workers // *Mol. Carcinogenes.* - 2002. - № 3. - С. 172-180
- 62 Жумабаева А.Н., Укыбаева Т.М. Морфофункциональные аспекты системы «мать-плацента-плод» при воздействии соединений хрома. – Актобе, 2001. – 132с.
- 63 Базарбекова Ш.К. Кардиотоксическое действие хрома и пути их коррекции: автореф. канд. мед. наук. – Алматы, 2002 – 23с.
- 64 Тимошинова С.В., Красиков С.И., Боев В.М. и др. Влияние хронической интоксикации хромом и бензолом на антиоксидантный статус крыс // *Вестник Оренбургского государственного университета.* – 2004. - № 10. – С. 132-133.
- 65 Ким Т.А. Свободнорадикальные процессы в патогенезе аллоксанового диабета у крыс с хромовой интоксикацией // *Материалы Международной научно-практической конференции. «Актуальные вопросы патофизиологии».* – Алматы, 2008. – С. 30-32.
- 66 Мамырбаев А.А. Токсикология хрома и его соединений – 2012. - Актобе – 284 с.
- 67 Толепбергенова М.Ж. Патогенетическая коррекция морфофункциональных нарушений головного мозга и системы крови под влиянием соединений ванадия и хрома: автореф. канд. мед. наук. – Алматы, 2010. - 28с.
- 68 Мырзагулова С.Е. Патогенетическая коррекция нарушений высшей нервной деятельности, индуцированных соединениями тяжелых металлов: автореф. канд. мед. наук. – Алматы, 2010. - 33с.
- 69 Goyer R., Golub M., Choudhury H. et al. Issue paper on the human health effects of metals . – 2004. – 44p.
- 70 Касенов Б.Ж. Ванадий индуцированные повреждения миокарда и пути их коррекции: автореф. канд. мед. наук. – Алматы, 1999. - 24с.
- 71 Куланчиева Ж.А. Пути коррекции гемо- и нейротоксического действия ванадия в эксперименте: автореф. канд. мед. наук. – Алматы, 2007. - 23с
- 72 Ikeda M., Zhang ZW., Moo CS. et al. Possible effects of invironmental cadmium exposure on cadmium function in the Japanese general population // *Int. Arch. Occup. Environ. Helath.* - 2000. – Vol. 73. – P. 15-25
- 73 Yu H., Wang W., YangJ., Yang Z. cadmium accumulation in different rice cultures and screening for population-safe cultivars of rice // *Sci.Total Environ.* – 2006. – P. 302-309
- 74 Morrow H. Cadmium and cadmium alloys. Kirk-Othmer. Encyclopedia of chemical nechnology. – 2010. –John Wiley & Sons. – P. 1-36
- 75 Reis L.S., Pardo P.E., Camargos A.S. Mineral element and heavy metal poisoning in animals // *Journal of medicine and medical Sciences.* – 2010. – Vol.1, N. 12. – P. 560-579.
- 76 Staneviciene I., Sadasuskiene I., Lesauskaite V. et al. Subacute effects of cadmium and zink ions on protein synthesis and cell death in mouse liver // *Medicina (Kaunas).* – 2008. – Vol. 44. – P. 131-136.
- 77 Нурмухамбетов А.Н. Патогенетические основы техногенных поражений систем организма // *Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы патофизиологии».* – Алматы, 2008. – С. 10-19.
- 78 Newairy AA., El-Sharaky AS., Baldreldeen MM. The hepatoprotective effects of selenium against cadmium toxicity in rats // *Toxicology.* – 2007. – Vol. 242. – P. 23-30.
- 79 Mohammad Dallak. Camel's Milk Protects Against Cadmium Chloride-Induced Hypochromic Microcytic Anemia and Oxidative Stress in Red Blood Cells of White Albino Rats // *American Journal of Pharmacology and Toxicology.* – 2009. - Volume 4, Issue 4. - Pages 136-143.

N.N. RYSPEKOVA, A.N. NURMUKHAMBETOV, A.E. ASKAROVA, A.A. AKANOV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of Pathophysiology*

ROLE OF HEAVY METALS IN ANEMIA (Review)

Diseases of the blood system occupy one of priority items of all diseases in the world [1, 2, 3, 4]. A quarter of the world's population, including 293 million (47%) of children under 5 years and 468 million (30%) of women defined anemia [5]. The prevalence of anemia in Kazakhstan exceeds the 40% level set by WHO / UNICEF / UNU as a serious public health problem in the general population, on average, children of all ages, women of reproductive age [6]. Currently, anemia is considered not only as a symptom of the disease, but also as a pathogenetic factor aggravating damage in the body. [7] In the development of anemia defined role for effects of heavy metals [8, 9]. Environmental contamination with salts of these metals has a significant impact on the health of the population and continues to be one of the most pressing problems of our time [10, 11, 12, 13, 14]. In 15 cities of Kazakhstan, including Zyrjanovsk, Aktau, Temirtau, Taraz, Petropavlovsk, Shymkent, Almaty, significantly increased levels of air pollution from emissions [15, 16].

Studies have shown that the impact of heavy metals on the blood system characterized by the development of anemia in the pathogenesis of which has a value of oppression and violation of erythropoiesis, reduced life of red blood cells. Therefore, the investigation metallindutsirovannyh anemia and possible ways of its correction is an urgent problem for Kazakhstan.

УДК:616.233-002

Д.К. САЙЛАНОВА, А. АТАХАН, А. БОЛАТ, Ж. ЖАРКИНБАЕВА, А. НУРАХМЕТОВА,
К. Н. КУЛМАНОВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова
Городская клиническая больница № 1

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (АГ) И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

В последние годы проблема ХОБЛ в сочетании с АГ является весьма актуальной в связи с их широкой распространенностью во взрослой популяции. Проведенная работа с применением препаратов блокаторов кальциевых каналов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента показывает значимость правильного выбора лечения ХОБЛ и АГ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Ведение пациентов, страдающих АГ в сочетании ХОБЛ, является весьма актуальной проблемой в связи с широкой распространенностью этих заболеваний во взрослой популяции. Эта патология занимает пятое место среди причин смерти (от 2,2 до 6,8%) (1). Более того, отмечается стойкая тенденция к нарастанию заболеваемости ХОБЛ (110,5 на 100 тыс. чел). ХОБЛ принадлежит до 85% от летальных исходов заболеваний органов дыхания (2). В Казахстане за последние 10 лет число больных ХОБЛ выросло более чем в 2 раза, составив в 2011 г. 321,0 на 100 тыс. населения. Впервые Н.М.Мухарлямов отметил, что у 20–25% больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) диагностируется АГ, связь которой с состоянием бронхиальной проходимость позволяет выделить ее в качестве самостоятельной симптоматической «пульмогенной» гипертензии (1). Препараты блокаторов кальциевых каналов (БКК) для лечения АГ у больных ХОБЛ, наиболее безопасны. Они снижают давление в легочной артерии, оказывают слабое бронходилатирующее действие. В настоящее время БКК наиболее широко применяется на практике, в том числе и у больных с сопутствующей бронхолегочной патологией. Амлодипин- 3-го поколения БКК дигидропиридинового

ряда, он обладает активным вазодилаторным действием (4).

Цель исследования: оценка эффективности комбинированной терапии БКК и ИАПФ (амлодипин+ фозиноприл) у больных АГ и ХОБЛ.

Материал и методы исследования: Обследованы 25 больных с диагнозом ХОБЛ II–IV стадий, страдающий АГ I и II степени, определяемой в соответствии с общепринятой классификацией уровней АД (ВНОК, 2010), находившихся на лечении в пульмонологическом отделении № 1 ГКБ. Средний возраст составил $53,7 \pm 5,5$ года. Критериями исключения из исследования являлось наличие у пациентов осложнений АГ, ишемической болезни сердца, декомпенсированного хронического легочного сердца, хронической сердечной недостаточности. Всем больным ХОБЛ и АГ, кроме базисной терапии назначались: амлодипин 2,5 мг/сутки и фозиноприл 10мг/сутки.

Анализ полученных данных: В наше исследование вошли пациенты со значительными обструктивными нарушениями в целом по группе ($ОФВ_1 < 60\%$). В процессе лечения существенной динамики данных спирометрии не получено, что доказывает безопасность и хорошую переносимость изучаемых препаратов у пациентов ХОБЛ и АГ (табл. 1).

Таблица 1 - Все больные по данным СМАД на фоне лечения достигли целевых цифр АД.

Показатель	До лечение	После лечение
ЖЕЛ%	76,8+ - 12,8	82,2 + - 9,8
ФЖЕЛ	86,4 + - 10,8	88,5 + - 8,2
ОФВ1	57,4+ - 10,2	58,3+ - 9,5
Индекс Тиффно	56,4+ - 9,8	59,8+ - 11,2

Побочных эффектов в процессе терапии зарегистрировано не было. Под влиянием терапии произошло статистически значимое снижение как среднесуточных показателей систолического

артериального давления (САД) - 18%, диастолического артериального давления (ДАД)- 9,5% (ДАД), так и показателей АД в дневной и ночной периоды (табл. 2).

Таблица 2

показатель	До лечение	После лечение
САД	164+- 10,2	135,3+- 6,2
ДАД	86,2+- 6,2	78,2+- 6,1
САД день	162,5 +- 10,2	140,2+- 6,4
ДАД день	88,2+- 8,2	78,0+-6,2
ЧСС день	88,6+- 6,8	78,5+-10,8
САД ночь	165,8+- 10,4	130,4+- 6,7
ДАД ночь	84,2+- 4,2	76,2+-6,0

Таким образом, комбинированное применение ИАПФ и БКК (фозиноприла и амлодипина) эффективно снижает АД и безопасно в клинической группе с синдромом

бронхообструкции, что подтверждено динамикой вентиляционных показателей по данным спирометрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мухарлямов Н. М., Саттбеков Ж. С., Сучков В. В. Системная артериальная гипертензия у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Кардиология, 1974. - № 12 (34). - С.55 – 61.
- 2 Задионченко В. С., Адашева Т. В. Глава «Артериальная гипертония у больных хронической обструктивной болезнью легких». Рук-во по артериальной гипертонии под ред. акад. Е. И. Чазова, проф. И. Е. Чазовой. - М.: Медиа Медика, 2005. – С. 454–471.
- 3 Задионченко В. С., Адашева Т. В., Федорова И. В., Нестеренко О. И., Миронова М. А. Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких клиничко-патогенетические параллели и возможности терапии // Российский кардиологический журнал, 2009. – № 6. – С.62–69
- 4 Рекомендации ВНОК 2008 по лечению артериальной гипертензии/ Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2008. - № 1-2. – 2 с.

**Д.К. САЙЛАНОВА, А. АТАХАН, А. БОЛАТ, Ж. ЖАРҒЫНБАЕВА, А. НҰРАХМЕТОВА,
К. Н. ҚҰЛМАНОВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА**

ӨКПЕНІҢ АРТЕРИЯЛЫҚ

АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯ ЖӘНЕ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫНА (ӨСОА) ШАЛДЫҚҚАН
НАУҚАСТАРДЫҢ АНТИГИПЕРТЕНЗИВТІ ТЕРАПИЯСЫ

Түйін: Соңғы жылдары АГ-мен қосарланғандағы ӨСОА мәселесі ересектер арасында кезінен таралуына байланысты ерекше өзектілікке ие болып отыр. Кальций каналының блокаторларымен ангиотензинге айналдырушы фермент ингибиторын қолдана отырып жасалған жұмысымызда ӨСОА мен АГ емінің дұрыс таңдау екендігі көрсетілді.

Түйінді сөздер: өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы, артериялық гипертония, ангиотензинге айландырушы фермент ингибиторы, кальций каналының блокаторлары

**D.K. SAYLANOVA, A. ATAKHAN, A. BOLAT, J. ZHARKINBAEVA,
A. NURAHMETOVA, K.N. KULMANOV, S.M. ZEYTKAZIEVA**

ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION (AH) AND CHRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Resume: In recent years, the problem of COPD associated with AH is very relevant due to their prevalence in the adult population. The work carried out with the use of drugs calcium channel blockers and angiotensin-converting enzyme shows the importance of the correct choice of treatment of COPD and hypertension.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, calcium channel blockers and inhibitors angiotensin-converting enzyme

А.Е. АСКАРОВА, А.Н.НУРМУХАМБЕТОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра патологической физиологии г.Алматы, Республика Казахстан

СВИНЕЦ-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В работе представлен обзор современных литературных данных о распространенности и источниках свинцовой интоксикации, негативном воздействии свинцового отравления на организм. Особое внимание уделяется влиянию свинца на показатели крови, систему гемопоза и механизмам формирования различных форм анемии. Излагаются новые аспекты анемии, вызванной свинцом.

Ключевые слова: свинец, отравление, анемия

Загрязнение экологии токсичными металлами выступает серьезной проблемой во всем мире, обусловленной их возрастающим накоплением в пищевой цепи и продолжительным циркулированием в экосистеме.

В последние десятилетия угрожающих масштабов достигла антропогенная нагрузка, экологические и производственные аспекты влияния свинца. В списке самых опасных экологических ядов свинец в течение нескольких лет находится на втором месте [1]. Свинец (Pb) - широко распространенный в природе тяжелый металл, представленный как сульфид свинца или хлорид свинца. Отравление вызывают растворимые соли свинца. Загрязнение свинцом является следствием индустриализации и деятельности человека. Источники свинцового загрязнения самые разные: фабрики и заводы [2]. Так, Schwaetzl. etall. выявили, что дети, живущие рядом со свинцовыми заводами в Айдахо (США), имели уровни свинца в крови около 25 мг/дл и страдали тяжелой анемией [3]. Низкие уровни гемоглобина и железа были показаны и у рабочих свинцовой промышленности [4]. Отравления свинцом на производстве наблюдается чаще всего при добыче свинцовых руд, выплавке свинца, в аккумуляторном, кабельном, полиграфическом производстве, производстве белил, сурика, дроби, пуль, при свинцовой пайке водородным пламенем, при малярных работах с применением свинцовых красок, работах, связанных с применением инсектофунгицидов, содержащих свинец. Экологическое свинцовое загрязнение происходит от выхлопов автомобилей. В 37-70% свинец попадает в организм человека оральным путем: при употреблении пищи из глиняной посуды кустарного производства, если она покрыта глазурью со свинцовым суриком или глетом, а также загрязненной свинцом пищи, питьевой воды [5, 6]. Описаны легкие отравления свинцом у детей, которые берут в рот окрашенные свинцовыми красками предметы, газеты. Воздействие на человеческий организм свинца происходит через бензин, косметику, народные средства и пищевые добавки [7]. Свинец иногда используется в зубных протезах и других металлических предметах [8].

Мобилизация тяжелых металлов в окружающей среде оказывает серьезное влияние на здоровье людей и другие формы жизни [9]. Особенно уязвимы дети и беременные женщины, а также люди с дефицитом железа и кальция. В связи с этим строго регулируется свинцовое загрязнение, и Центр по контролю и профилактике заболеваний определяет отравляющий уровень свинца в крови - более 10 мкг/дл [10].

Свинец в микроскопических концентрациях (<10 lg/dl) поражает многие ткани и органы [11]. Свинец может накапливаться в печени, центральной и периферической

нервной системе, надпочечниках, щитовидной железе, вызывая желудочно-кишечную, неврологическую дисфункцию с повреждением миелина в нервных волокнах. Последнее замедляет электрическую проводимость нерва, провоцирует периферическую полиневропатию, миелопатию, энцефалопатию [12].

Негативное влияние свинца на сердечно-сосудистую систему вызывает гипертонию из-за причастности эндотелинов, развитие раннего атеросклероза, артериолосклероза [13].

Острое и хроническое отравление свинцом лежит в основе патофизиологических и морфологических изменений почек с некрозом в клетках почечных канальцев, снижением клубочковой фильтрации, дисфункцией почек и нефропатией [13].

Известно, что 90% свинца осаждается в костях, откуда он вымывается в кровь, являясь долгосрочным источником отравления свинцом [14]. Это устойчивая задержка свинца в костях поддерживает постоянное присутствие свинца в крови даже после полного удаления токсичного агента. Данное явление чаще наблюдается при состояниях стресса (беременность, кормление грудью или болезнь), а также по мере роста.

Отравление свинцом в течение длительного времени может в итоге вызвать репродуктивные дисфункции [15, 16].

Однако наибольшую опасность представляет воздействие свинца на гемопоэтическую систему [13, 16, 17]. При этом свинец проникает в интрацеллюлярное пространство через клеточную мембрану посредством многих механизмов, однако в эритроцитах транспорт Pb^{2+} происходит Ca-АТФ помпой и HCO_3^- - анионными обменниками - 3 группой протеина. Таким образом, около 95% свинца, циркулирующего в крови, накапливается в эритроцитах.

3-я группа протеинов является одним из главных фосфорилированных мембранных белков в человеческих эритроцитах, присутствующих приблизительно в 1 миллионе копий на клетку [18]. Фосфорилирование происходит в трех зонах цитоплазматической области. При этом самым важным является тирозин 8, сопровождаемый тирозином 21 и тирозином 46 [19].

Известны три изоформы анионных обменников (АЕ): АЕ₁, АЕ₂ и АЕ₃. Каждый из трех изоформ отличается степенью присутствия в разных тканях. Так, АЕ₁ найден в эритроцитах и почках, АЕ₂ найден в широком диапазоне в разных тканях, и АЕ₃ найден в мозге, сетчатке и сердце. У анионных обменников есть две области: N-терминал цитоплазматической области и область мембраны C-терминала. N-терминал содержит связывающие участки для гликолитических ферментов и гемоглобина [20, 21].

Анионные обменники способны пересекать двухслойную липидную мембрану до 12 - 14 раз. Цитоплазматическая область играет структурную роль, соединяя цитоскелет с мембраной эритроцита [22, 23]. Предполагается, что свойства человеческих эритроцитов могут быть отрегулированы 3-й группой фосфорилирования тирозина [24]. 3-я группа протеинов облегчает обмен Cl и HCO₃ через мембрану.

3-я группа протеинов непрерывно повреждается химическими веществами и лекарствами, циркулирующими в крови. Исследования проходимости сульфатов и модулирования притока аниона через мембраны эритроцита показали, что некоторые металлы также пагубно влияют на 3 группу протеина [25]. Так, окисление, вызванное 0,5 мкм концентрацией хлорида свинца, трансформацией SH-группы в SS-группу, приводило к изменению в структуре белка, дисфункции 3 группы транспортера протеина на 41% по сравнению с контролем, а при введении 1 мкм PbCl₂ - на 64%.

Многочисленные исследования выявили, что для гемопозитической системы токсичность свинца проявлялась анемизацией, со снижением гематокрита или гемоглобина. Pb₂⁺ ионы, попадая в эритроциты, связываются с гемоглобином в соотношении 6000:1, что увеличивает темп разрушения эритроцитов и развитие анемии [26]. В детском возрасте это приводило к росту смертности и заболеваемости, а также задержке психомоторного развития, нарушению почечноканальцевой функции, задержке умственного развития [27, 28, 29, 30].

Генез анемии при свинцовом воздействии на организм имеет многокомпонентную природу.

Так, свинцовое отравление провоцирует тяжелую форму микроцитарной анемии, нарушая начальные этапы синтеза гема, а также блокируя протопорфирины [31, 32]. Известно, что основные этапы синтеза гема контролируются ферментативными механизмами. Начинается синтез гема в митохондриях с присоединения сукцинил-кофермента-А (CoA) к глицину, в результате чего образуется δ-аминолевулиновая кислота (АЛК). Этот процесс идет с участием фермента АЛК-синтетазы, в качестве кофермента которого выступает производное витамина В₆-пиридоксаль-5-фосфат. Свинец на данном этапе угнетает активность АЛК-синтетазы, что нарушает образование δ-аминолевулиновой кислоты.

Далее при конденсации двух молекул 5-АЛК образуется порфибилиноген (ПБГ). Эта реакция катализируется дегидразой АЛК. Дегидраза АЛК является вторым ферментом в синтезе гема, активность которого снижается под действием свинца.

При конденсации четырех молекул ПБГ синтезируется уропорфириноген (УРО). В этом процессе участвуют 2 фермента: уропорфириноген-III-синтетаза и порфибилиноген-дезаминаза. Из УРО образуется копропорфириноген III, синтез которого катализируется ферментом УРО-декарбоксилазой. Копропорфириноген III под действием копропорфириноген-III-оксидазы превращается в протопорфириноген IX. Следующий этап биосинтеза гема - преобразование протопорфириногена IX в протопорфирин IX - осуществляется ферментом протопорфириногеноксидазой.

Заканчивается синтез порфиринов включением двухвалентного железа в протопорфирин IX. Процесс катализируется митохондриальным ферментом феррохелатазой (гемсинтетаза), в результате чего

образуется гем, железо включается в молекулу гемоглобина. Каталитическая активность феррохелатазы также угнетается под воздействием свинца, что в итоге ведет к блокаде протопорфиринов, поглощения железа и эритропоэза [33, 34]. Ингибирующее влияние свинца на указанные ферменты осуществляется через блокаду функционально активных центров указанных ферментов: сульфгидрильных (SH), карбоксильных и аминных групп [35].

При этом недостаток железа повышает показатели свинца, увеличивая его желудочно-кишечную абсорбцию. [36, 37, 38, 39]. Напротив, увеличивая показатели железа, можно уменьшить показатели свинца [4; 40]. С токсичностью свинца связывают недостаток железа. Конкуренция свинца с железом в итоге формирует железодефицитную анемию [41].

Многочисленные исследования также демонстрируют новое понимание вызванной свинцом анемии, а именно изменение активности ферментов флипазы и скрамблазы после воздействия Pb₂⁺. Фермент флипаза ответственна за сохранение фосфатидилсерина (PS) на внутренней мембране эритроцита. Скрамблаза отвечает за разрушение мембранной симметрии липидов. Jang W. et al. выявили, что свинец блокирует флипазу, не затрагивая скрамблазу [42]. Активность флипазы снижалась также при истощении внутриклеточного АТФ [43]. Следствием этого явилась экспрессия PS на внешнюю мембрану эритроцитов. Перемещение фосфатидилсерина на внешнюю мембрану эритроцита является сигналом для тканевых макрофагов для начала фагоцитоза эритроцитов.

Эритрофагоцитоз запускается и при изменения формы эритроцитов. Исследование под электронной микроскопией эритроцитов при свинцовом воздействии показал преобразованные их из нормальной дискоидной формы в эхиноциты и далее в сфероциты, после чего они были захвачены макрофагами [44]. При этом распознавание неправильных форм эритроцитов и их захват особенно активно происходит в ретикулоэндотелиальной системе селезенки с интенсивной секвестрацией, ускоренным разрушением эритроцитов фагоцитами [45, 46, 47].

Свинцовую токсичность определяет и схожесть ионов свинца с ионами Ca₂⁺, что позволяет Pb₂⁺ ионам занимать место Ca₂⁺ ионов во многих важных клеточных процессах, нарушая кальций зависимые процессы и порой полностью меняя гомеостаз кальция [48].

Кроме того, было установлено, что свинец фиксируется на мембране эритроцитов. Затем свинец, при концентрациях, в которых находится в окружающей среде, активирует K⁺ каналы, нарушая активность Na⁻, K-зависимой АТФазы, что приводит к снижению концентрации калия в эритроците, повышению концентрации K⁺ во внеклеточном пространстве. Это увеличивают Pb₂⁺ - зависимое сжатие и гемолиз эритроцитов, укорочение их жизни [49]. Концентрации, необходимые для выявления этого эффекта, были в пределах диапазона концентраций в плазме [50, 51, 52]. Клеточная потеря K⁺ протекает параллельно с апоптозом, запрограммированной самоликвидацией как эритроцитов, так и множества других типов клеток, содержащих ядро [53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60].

Апоптоз эритроцитов при свинцовом воздействии включает и активацию перекисного окисления липидов, выработку реактивных форм кислорода (ROS) с одновременной блокадой азотной окиси и истощением

антиоксидантной защиты. Усиленное образование гидроксильных и супероксидных анион радикалов, нарушение нормального потока митохондриального кальция и ингибирование антиоксидантных ферментов (каталазы, супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы) отмечается на ранних этапах отравления свинцом, а именно при аутоокислении предшественника гема- 5-аминолевулиновой кислоты [34, 61, 62, 63, 64].

Характерной особенностью окислительного стресса является то, что при увеличении повреждений выше определенного критического уровня и происходит активация апоптоза. Поэтому важным моментом в судьбе клетки, подвергшейся влиянию свинца, является вопрос о том, насколько быстро развивается и насколько продвинул оксидативный стресс, и приведет ли он к запуску апоптоза. В последующем кровь очищается от поврежденных эритроцитов с развитием анемии [65].

Свинец снижает цитозольную концентрацию АТФ при воздействии свинца в течение 24 ч, провоцирует

энергетическое истощение эритроцита, что также приводит к сокращению срока средней жизни и апоптозу эритроцитов [66]. При свинцовом отравлении также снижается количество НАД и НАДФ. Кроме того в зрелых эритроцитах Pb_2^+ ионы снижают активность 5'-нуклеотидазы [67].

В заключении, обнаружены 2 новых дополнительных механизма анемии, вызванной свинцом, помимо сокращения продолжительности жизни эритроцитов. Это, во-первых, сокращение стволовых клеток эритропоэза (BFU-E) и во-вторых несоответствующее производство эритропоэтина (EPO), что может ослабить дифференцировку BFU-E клеток. Grandjean и др. сообщили одновременную свинец-зависимую задержку регенерации эритроцитов [68].

Таким образом, свинцовая интоксикация выступает фактором, способным вызывать значительные морфо-функциональные изменения органов и систем, и требующей целенаправленной коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR) Toxicological. Profile for Mercury. Public Health Service, Atlanta, GA (2007).
- 2 Stohs, S. J., Bagchi D. Oxidative mechanisms in the toxicity of metal ions. //Free Radic. Biol. Med. – 1995. - № 18. – P. 321–336.
- 3 Schwaetz J, Landrigan P, Baker E.L. Lead induced anemia: dose response relation and evidence for a threshold. //Am J Public Health. – 1990. – № 80. – P. 165.
- 4 Wright R.O, Tsaih S.W, Schwartz J, Wright R.J, Hu H. Association between iron deficiency and blood lead level in a longitudinal analysis of children followed in an urban primary care clinic. //J Pediatr. – 2003. – P. 142-149.
- 5 James, H. M., Hilburn, M. E., Blair, J. A. Effects of meals and meal times on uptake of lead from the gastrointestinal tract in humans. //Hum.Toxicol. - 1985. - № 4 – P. 401–407.
- 6 Rabinowitz, M. B., Kopple, J. D., Wetherill, G. W. Effect of food intake and fasting on gastrointestinal lead absorption in humans. //Am. J. Clin. Nutr. – 1980. - № 33. – P. 1784–1788.
- 7 Lockitch, G. Perspectives on lead toxicity. //Clin. Biochem. – 1993. - № 26. – P. 371-381.
- 8 Abdel-Maaboud R.M, El-Attar M.M, Mohamad N.A, Ahmed S.A, Medhat A. Lead toxicity in some rural communities in Assiut Governorate. //Ass UnBull Environ Res. – 2005. – № 8. – P. 57-66.
- 9 Igwe J.C, Abia A.A. Equilibrium sorption isotherm studies of Cd (II), Pb (II) and Zn (II) ions detoxification from waste water using unmodified and EDTA-modified maize husk. //Electronic J Biotechnology. – 2007. - № 10. – P. 536-48.
- 10 Centers for Disease Control and Prevention (1997). Screening Young Children for Lead Poisoning: Guidance for State and Local Public Health Officials. USA Department of Health and Human Services, Public Health Service, Atlanta, GA
- 11 Goyer, R. A., Clarkson, T. W. Toxic effects of metals. In Casarett and Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons (C. D. Klaassen, Ed.). //McGraw-Hill, New York, NY. - 2001. - P. 829.
- 12 Ermentrout R.M., Layon M.E., Ackley C.J., Venkatesan P., Lowrey C.H., The effects of lead and cadmium on GATA-1 regulated erythroid gene expression // Blood Cells Mol. Dis. – 2006. – 337. – P. 164–172.
- 13 Ancheva M.T., Metcheva R., Teodorova S., Bioaccumulation and damaging action of polymetal industrial dust on laboratory mice *Mus musculus alba*. II. Genetic, cell, and metabolic disturbances. //Environ. Res. – 2003. - № 92. – P. 152–160.
- 14 Mahaffey K, Mc Kinney J, Reigart J.R. Lead and compounds. In: Lippmann M, editor. Environmental toxicants, human exposure and their health effects. 2nd ed. // New York: John Wiley and Sons. - 2000. - P. 481–2.
- 15 Giuliani R., Bettoni F., Leali D., Morandini F., Apostoli P., Grigolato P., Cesana B.M. Aleo M.F. Focal adhesion molecule as potential target of lead toxicity in NRK-52E cell line. //FEBS Lett. – 2005. - № 579 - P. 6251-6258.
- 16 Kasperczyk A., Kasperczyk S., Horak S., Ostalowska A., Grucka-Mamczar E., Romuk E., Olejek A., Birkner E. Assessment of semen function and lipid peroxidation among lead exposed men. //Toxicol. Appl. Pharmacol. – 2008. - № 228. – P. 378–384.
- 17 Inaba T., Kobayashi E., Suwazono Y., Uetani M., Oishi M., Nakagawa H., Nogawa K. Estimation of cumulative cadmium intake causing Itai-itai disease. //Toxicol. Lett. – 2005. - № 159. – P. 192–201.
- 18 Hamasaki N. Okubo K. Band 3 protein: physiology, function and structure. //Cell. Mol. Biol. – 1996. - № 42. – P. 1025-1039.
- 19 Yannoukakos D., Vasseur C., Piau J.P., Wajcman H. Bursaux E. Phosphorylation sites in human erythrocyte band 3 protein. //Biochim. Biophys. Acta. – 1991. - № 1061. – P. 253-266
- 20 Casey J.R. Kopito R.R. The role of cysteine residues in the erythrocyte plasma membrane anion exchange protein. //J. Biol. Chem. – 1995. - № 270. – P. 8521-8527.
- 21 Galtieri A., Tellone E., Romano L., Misiti F., Bellocchio E., Ficarra S., Russo A., Di Rosa D., Castagnola M., Giardina B. Messana I. Band 3 protein function in human erythrocytes: effect of oxygenation/deoxygenation. //Biochem. Biophys. Acta. – 2002. - № 1564. – P. 214-218.

- 22 Blackman S.M., Hustedt E.J., Cobb C.E., Beth A.H. Flexibility of the cytoplasmic domain of the anion exchange protein, band 3, in human erythrocytes. // *Biophys.J.* – 2001. - № 81. – P. 3363-3376.
- 23 Poole J. Red cell antigens on band 3 and glycophorin // *A. Blood Rev.* – 2000. - № 14. – P. 31-43.
- 24 Barbul A., Zipser Y., Nachles A., Korenstein R. Deoxygenation and elevation of intracellular magnesium induce tyrosine phosphorylation of band 3 in human erythrocytes. // *FEBS Lett.* – 1999. - № 455. - P. 87-91.
- 25 De Luca G., Gugliotta T., Parisi G., Romano P., Geraci A., Romano O., Scuteri A., Romano L. Effects of nickel on human and fish red blood cells. // *Biosci. Rep.* – 2007. - № 27. - P. 265-273.
- 26 Goyer R.A. Lead toxicity: current concerns. // *Environ Health Perspect.* – 1993. - № 100. – P. 177-187.
- 27 Kapur D, Agarwal KN, Agarwal DK. Nutritional anemia and its control. // *Indian J Pediatr.* – 2002. - № 69. – P. 607-616.
- 28 Lozoff B, Wolf AW, Jimenez E. Iron-deficiency anemia and infant development: effect of extended oral iron therapy. // *J Pediatr.* – 1996. - № 129. – P. 382-9.
- 29 Ozcay F, Derbent M, Aldemir D. Effect of iron deficiency anemia on renal tubular function in childhood. // *Pediatr Nephrol.* – 2003. - № 18. – P. 254-256.
- 30 Hegazy A.A., Zaher M.M., Abd el-hafez M.A., Morsy A.A., Saleh R. A. Relation between anemia and blood levels of lead, copper, zinc and iron among children // *Hegazy et al. BMC Research Notes.* – 2010. - № 3. – P. 133.
- 31 Sebahat T, Aziz P, Murat I, Gunfer T, Gulen E, Mevlut B, Yasin KT, Osman G. Interaction between anemia and blood levels of iron, zinc, copper, cadmium and lead in children. // *Indian J Pediatr.* – 2007. - № 74. – P. 827-830.
- 32 Kwong W.T, Friello P, Semba R.D. Interactions between iron deficiency and lead poisoning: epidemiology and pathogenesis. // *Sci Total Environ.* – 2004. - № 330. – P. 21-37.
- 33 Piomelli S. Lead poisoning. In: Nathan DG, Orkin SH, editors. *Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood.* // Philadelphia: WB Saunders. - 1998. - P. 480-486.
- 34 Gurer-Orhan H, Sabir H.U, Ozgunes H. Correlation between clinical indicator of lead poisoning and oxidative stress parameters in controls and lead exposed workers. // *Toxicology.* – 2004. - № 195. – P. 147-54.
- 35 Stohs S.J., Bagchi, D. Oxidative mechanisms in the toxicity of metal ions. // *Free Radic. Biol. Med.* – 1995. - № 18. – P. 321-336.
- 36 Choi J.W, Kim S.K. Association between blood lead concentrations and body iron status in children. // *Arch Dis Child.* – 2003. - № 88. - P. 791-792.
- 37 Bradman A, Eskenazi B, Sutton P, Athanasoulis M, Goldman LR. Iron deficiency associated with higher blood lead in children living in contaminated environments. // *Environ Health Perspect.* – 2001. - № 109. - P. 1079-1084.
- 38 Bradman A, Eskenazi B, Sutton P, Goldman L.R: Iron deficiency associated with higher blood lead level in children living in contaminated environments. // *Environ Health Perspect.* – 2001. - № 109. – P. 1079-1084.
- 39 Wright R.O, Tsaih S.W, Schwartz J: Association between iron deficiency and blood lead level in a longitudinal analysis of children followed in an urban primary care clinic. // *J Pediatr.* – 2003. - № 142. – P. 9-14.
- 40 Wolf A.W, Jimenez E, Lozoff B. Effects of iron therapy on infant blood lead levels. // *J Pediatr.* – 2003. - № 143. - P. 789-95.
- 41 Kim H.S, Lee S.S, Hwangbo Y, Ahn KD, Lee BK. Cross-sectional study of blood lead effects on iron status in Korean lead workers. // *Nutrition.* – 2003. - № 19. – P. 571-576.
- 42 Jang W.H, Lim K.M, Kim K. Low Level of Lead Can Induce Phosphatidylserine Exposure and Erythrophagocytosis: A New Mechanism Underlying Lead-Associated Anemia. // *Toxicological sciences.* - 2011. - № 122. – P. 177-184
- 43 Daleke D. L., Lyles J. V. Identification and purification of aminophospholipid flippases. // *Biochim. Biophys. Acta.* - 2000. - № 1486. – P. 108-127.
- 44 Willekens F. L., Werre J. M., Kruijt J. K., Roerdinkholder-Stoelwinder B., Groenen-Dopp Y. A., Berkel, T. J. Liver Kupffer cells rapidly remove red blood cell derived vesicles from the circulation by scavenger receptors. // *Blood.* - 2005. - № 105. – P. 2141-2145.
- 45 Berg C.P., Engels I.H., Rothbart A., Lauber K., Renz A., Schlosser S.F., Schulze-Osthoff K., Wesselborg S. Human mature red blood cells express caspase-3 and caspase-8, but are devoid of mitochondrial regulators of apoptosis. // *Cell Death Differ.* – 2001. - № 8. – P. 1197-1206.
- 46 Bratosin D., Estaquier J., Petit F., Arnoult D., Quatannens B., Tissier J.P., Slomianny C., Sartiaux C., Alonso C., Huart J.J., Montreuil J., Ameisen J.C. Programmed cell death in mature erythrocytes: a model for cellular & molecular biology letters investigating death effector pathways operating in the absence of mitochondria. // *Cell Death Differ.* – 2001. - № 8. – P. 1143-1156.
- 47 Dugas E., Cande C., Kroemer G. Erythrocytes: death of a mummy. // *Cell Death Differ.* – 2001. - № 8. – P. 1131-1133.
- 48 Perez G.I., Maravei D.V., Trbovich A.M., Cidlowski J.A., Tilly J.L., Hughes, F.M. Identification of potassium-dependent and -independent components of the apoptotic machinery in mouse ovarian germ cells and granulosa cells. // *Biol. Reprod.* – 2000. - № 63. P. 1358-1369.
- 49 Kara H., Cevik A., Konar V., Dayangac A., Servi K. Effects of selenium with vitamin E and melatonin on cadmium-induced oxidative damage in rat liver and kidneys. // *Biol. Trace Elem. Res.* – 2008. - № 125. - P. 236-244.
- 50 Counter S.A., Buchanan L.H., Ortega F., Rifai N. Blood lead and hemoglobin levels in Andean children with chronic lead intoxication. // *Neurotoxicology.* - 2000. - № 21. – P. 301-308.
- 51 Hernández-Serrato M.I., Mendoza-Alvarado L.R., Rojas-Martinez R., González-Garza C., Hulme J.M., Olaiz-Fernández G. Factors associated with lead exposure in Oaxaca, Mexico. // *J. Expo. Anal. Environ. Epidemiol.* – 2003. - № 13. – P. 341-347.
- 52 Stober T., Stelte W., Kunze K. Lead concentrations in blood, plasma, erythrocytes, and cerebrospinal fluid in amyotrophic lateral sclerosis. // *J. Neurol. Sci.* – 1983. - № 61. – P. 21-26.
- 53 Martinou J.C., Green D.R. Breaking the mitochondrial barrier. // *Nat. Rev. Mol. Cell. Biol.* – 2001. - № 2. – P. 63-67.
- 54 Bortner C.D., Cidlowski J.A. Caspase independent/dependent regulation of K⁺, cell shrinkage, and mitochondrial membrane potential during lymphocyte apoptosis. // *J. Biol. Chem.* – 1999. - № 274. – P. 21953-21962.
- 55 Bortner C.D., Hughes F.M. J., Cidlowski J.A. A primary role for K⁺ and Na⁺ efflux in the activation of apoptosis. // *J. Biol. Chem.* – 1997. - № 272. – P. 32436-32442.

- 56 Fadok V.A., Cathelineau A., Daleke D.L., Henson P.M., Bratton, D.L. Loss of phospholipid asymmetry and surface exposure of phosphatidylserine is required for phagocytosis of apoptotic cells by macrophages and fibroblasts. // *J. Biol. Chem.* - 2001. - № 276. - P. 1071-1077.
- 57 Hughes F.M., Cidlowski J.A. Potassium is a critical regulator of apoptotic enzymes in vitro and in vivo. // *Adv. Enzyme Regul.* - 1999. - № 39. - P. 157-171.
- 58 Hughes F.M. Jr, Bortner C.D., Purdy G.D., Cidlowski J.A. Intracellular K⁺ suppresses the activation of apoptosis in lymphocytes. // *J. Biol. Chem.* - 1997. - № 272. - P. 30567-30576.
- 59 Montague J.W., Bortner C.D., Hughes F.M., Cidlowski J.A. A necessary role for reduced intracellular potassium during the DNA degradation phase of apoptosis. // *Steroids.* - 1999. - № 64. - P. 563-569.
- 60 Perez G.I., Maravei D.V., Trbovich A.M., Cidlowski J.A., Tilly J.L., Hughes F.M. Jr. Identification of potassium-dependent and -independent components of the apoptotic machinery in mouse ovarian germ cells and granulosa cells. // *Biol. Reprod.* - 2000. - № 63. - P. 1358-1369.
- 61 Goyer R.A., Rhyne B.C. Pathological effects of lead. // *Int Rev Exp Pathol.* - 1973. - № 12. - P. 72-77.
- 62 Baranowska-Bosiacka I., Hlynczak A.J. The effect of lead ions on the energy metabolism of human erythrocytes in vitro. // *Biochem. Physiol. C Toxicol. Pharmacol.* - 2003. - № 134. - P. 403-416.
- 63 Grabowska M., Gumińska M. The effect of lead on lactate formation, ATP level and membrane ATPase activities in human erythrocytes in vitro. // *Int. J. Occup. Med. Environ. Health.* - 1996. - № 9. - P. 265-274.
- 64 Monteiro H.P., Bechara E.J., Abdalla D.S. Free radicals involvement in neurological porphyrias and lead poisoning. // *Mol. Cell Biochem.* - 1991. - № 103. - P. 73-83.
- 65 Kempe D.S., Lang P.A., Eisele K., Klarl B.A., Wieder T., Huber S.M., Duranton C., Lang F. Stimulation of erythrocyte phosphatidylserine exposure by lead ions. // *Am. J. Physiol. Cell Physiol.* - 2005. - № 288. - P. 396-402.
- 66 Baranowska-Bosiacka I., Hlynczak A.J. The effect of lead ions on the energy metabolism of human erythrocytes in vitro. // *Biochem. Physiol. C Toxicol. Pharmacol.* - 2003. - № 134. - P. 403-416.
- 67 Grabowska M., Gumińska M. The effect of lead on lactate formation, ATP level and membrane ATPase activities in human erythrocytes in vitro. // *Int. J. Occup. Med. Environ. Health.* - 1996. - № 9. - P. 265-274.
- 68 Grandjean P., Jensen B.M., Sando S.H., Jørgensen P.J., Antonsen S. Delayed blood regeneration in lead exposure: An effect on reserve capacity. // *Am J Public Health.* - 1989. - № 79. - P. 1385-1388.

Түйін: Осы жұмыста қорғасынның таралуы және қорғасынмен улану көздері, қорғасынмен уланудың организмге негативті әсері туралы қазіргі заманға сай әдеби мәліметтер берілген.

Ерекше назар қорғасынның қан көрсеткішіне, гемопоэз жүйесіне және әртүрлі анемия формаларының қалыптасуына бөлінген. Қорғасын салдарынан болған анемиялардың жаңа аспектілері берілген.

A.E.ASKAROVA, A.N.NURMUHAMBETOV

Kazakh National Medical University. SD Asfendiyarov

Department of Pathological Physiology, Almaty, Republic of Kazakhstan

LEAD-INDUCED PATHOLOGICAL STATES

(review)

Resume: This review provides modern literary data on prevalence and sources of lead intoxication, negative impact of lead poisoning on an organism. The special attention is paid to influence of lead on blood parameters, hemopoietic system and to mechanisms of formation of various forms of anemia. New aspects of anemias caused by lead are showed.

Environmental pollution with toxic metals has been a major problem all over the world due to their increasing accumulation in the food chain and продолжительным циркулированием in the ecosystem.

In recent decades, has reached alarming proportions human pressures, environmental, and production aspects of the impact of lead. A list of the most dangerous environmental toxins lead in a few years is in second place. [1] Lead (Pb) - is widespread in nature, heavy metal, represented as lead sulphide or lead chloride. Poisoning causes soluble salts of lead. Lead contamination is the result of industrialization and human activities.

Keywords: lead poisoning, anemia

Г.А. АБИЛЬДАЕВА, А.И. КАРАБАЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гастродуоденальная патология у работников нефтяной промышленности сопровождалась нарушением нормальной микрофлоры толстого кишечника.

Ключевые слова: дисбактериоз, гастродуоденальная патология, нормальная микрофлора, микробиоценоз толстой кишки

Нормальная микрофлора является интегральной частью организма, своеобразным органом, играющим одну из ведущих ролей в поддержании гомеостаза. Микроорганизмы вступают во взаимоотношения с подлежащими структурами и способны специфически регулировать различные функции макроорганизма. Изменения микрофлоры желудочно-кишечного тракта происходит под воздействием большого числа различных факторов. Факторы риска влияют и изменяют регуляторные взаимоотношения в системе «человек – микробиоценоз» [1,2,3,4].

Цель настоящего исследования – изучение микробиоценоза толстой кишки при гастродуоденальных патологиях у работников нефтяной промышленности.

Материалы и методы исследования. Обследовано 343 работников нефтяной промышленности с гастродуоденальной патологией, в возрасте от 20 до 55 лет. Диагноз дисбактериоза, степень его проявления, определяли на основе бактериологических исследований фекалий в сопоставлений с клиническими проявлениями. Степень дисбактериоза устанавливали согласно классификации, предложенной Блохиной И.Н., [1981]. Фекальные массы исследовали на дисбактериоз по развернутой схеме в соответствии с методическими рекомендациями А.Л. Котовой и др. [1978]

Результаты исследования. Наиболее часто кишечный дисбактериоз I степени выявляется в первой группе

(23,1±6,6%), чем во второй группе (27,8±5,8%), в третьей 33,3± 8,6% (p>0,05). Нарушение биоценоза II степени также выявляется чаще в первой группе (29,2±6,5%), в отличие от второй (34,3±5,6%) и третьей (16,7±6,1%) групп, соответственно (p>0,05). Дисбактериальные сдвиги III степени отмечены в первой группе (11,4±6,3%) и во второй -15,7±4,2% случаев, в третьей группе – 3,3±3,3% случаев. Дисбактериоз не был выявлен во всех трех группах в 24,6±2,05% случаев. Характерные жалобы на боли в животе, метеоризм, урчание, нарушение стула, запоры чаще отмечались у больных с нарушениями микробиоценоза II-III степени. Анализ показал, что наиболее часто у больных первой группы, дисбактериоз был связан с появлением нетипичных кишечных палочек и дефицитом бифидобактерии и лактобактерии, увеличением количества условно-патогенных микробов. У больных второй группы также часто отсутствовали или было резко снижено количество лактобактерии и бифидобактерии, возрастало количество гемолитических и лактозоотрицательных кишечных палочек.

Выводы. Таким образом, гастродуоденальная патология у работников нефтяной промышленности сопровождалась нарушением нормальной микрофлоры толстого кишечника. Дисбактериоз характеризовался дефицитом защитной микрофлоры и контаминацией условно-патогенной флоры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Котова А.Л., Безрукова Л.С. Некоторые результаты исследования бактериоидов в испражнениях сальмонеллезных больных. В кн: Кишечные инфекции (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика и профилактика). - Алма-Ата: 1972. – С. 190-192.
2. Grill P., Cayuenla C., Antoine J.M. et al. Effect of Lactobacillus amylovorus and Bifidobacterium breve on cholesterol //Lett.of Appl.Microbiol. – 2005. - № 31. - P. 154-156.
- 3 Горская Е.М. Механизмы микробиологических нарушений в кишечнике и новые подходы к их коррекции: автореф. д.м.н. - М.: 1994. - 53 с.
- 4 Звягинцева Т.Д., Сергиенко Е.И. Дисбактериоз кишечника: клиническое значение и перспективы лечения. //Экперимент. и клин, гастроэнтерол. – 2003. -№ 3. – С. 70-74.

Г.А. ӘБІЛДАЕВА, А.И. ҚАРАБАЕВА

АСҚАЗАН-ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК АҚАУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ІШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫ

Түйін: Мұнай өнеркәсібіндегі жұмысшылардағы асқазан-он екі елі ішек ақауы тоқ ішектің қалыпты микрофлорасының бұзылыстарымен селбесті.

Түйінді сөздер: дисбактериоз, асқазан-он екі елі ішек ақауы, қалыпты микрофлора, тоқ ішек микробиоценозы.

G.A. ABILDAEVA, A.I. KARABAEVA

INTESTINAL BACTERIA OVERGROWTH IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY

Resume: Gastroduodenal pathology in workers in the petroleum industry was accompanied by a disturbance of the normal microflora of the large intestine.

The normal microflora is an integral part of the body, a kind of body that plays a key role in maintaining homeostasis. Microorganisms enter into relations with the underlying structures and are able to specifically regulate different functions of the microorganism. Changes flora of the gastrointestinal tract is influenced by many different factors. Risk factors affect and change the regulatory relationships in the "man-microbiocenosis" [1,2,3,4].

The purpose of this study – is the **analysis** of the colon microbiota in gastroduodenal pathology in workers from the petroleum industry.

343 workers in the petroleum industry with gastroduodenal pathology, aged 20 to 55 years, were examined. Gastroduodenal pathology in workers in the petroleum industry was accompanied by a disturbance of the normal microflora of the large intestine. Dysbacteriosis characterized by deficiency of the protective microflora and contamination of pathogenic flora.

Keywords: overgrowth, gastroduodenal pathology, normal microflora, microbiocenosis colon

УДК 811.161.1:8.373.43

Ж.А ШЫНЫКУЛОВА

ГКП ЦРБ Жамбылского района, с.Узынагаш

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Системная красная волчанка (СКВ, болезнь Либмана-Сакса) (лат. system lupus erythematosus) — диффузное заболевание соединительной ткани, характеризующееся системным иммунокомплексным поражением соединительной ткани и её производных, с поражением сосудов микроциркуляторного русла. Системное аутоиммунное заболевание, при котором вырабатываемые иммунной системой человека антитела повреждают ДНК здоровых клеток, преимущественно повреждается соединительная ткань с обязательным наличием сосудистого компонента.

Название болезнь получила из-за своего характерного признака — сыпи на переносице и щеках (поражённый участок по форме напоминает бабочку), которая, как считали в Средневековье, напоминает места волчьих укусов.

Автором сделан вывод, что выживаемость через 10 лет после постановки диагноза — 80 %, через 20 лет — 60 %. Основные причины смерти: люпус-нефрит, нейро-люпус, интеркуррентные инфекции. Есть случаи выживаемости 25—30 лет.

Системная красная волчанка (СКВ, болезнь Либмана-Сакса) (лат. system lupus erythematosus) — диффузное заболевание соединительной ткани, характеризующееся системным иммунокомплексным поражением соединительной ткани и её производных, с поражением сосудов микроциркуляторного русла. Системное аутоиммунное заболевание, при котором вырабатываемые иммунной системой человека антитела повреждают ДНК здоровых клеток, преимущественно повреждается соединительная ткань с обязательным наличием сосудистого компонента.

Название болезнь получила из-за своего характерного признака — сыпи на переносице и щеках (поражённый участок по форме напоминает бабочку), которая, как считали в Средневековье, напоминает места волчьих укусов.

Симптомы

Больные обычно жалуются на необоснованные подъёмы температуры, слабость, головные боли, боли в мышцах, быструю утомляемость. Разумеется, эти симптомы не патогномичны, но сочетание с другими, более специфическими, увеличивает вероятность того, что больной страдает СКВ.

Дерматологические проявления

Кожные проявления имеются у 65 % больных СКВ, возникают одними из первых, однако только у 30—50 % отмечается «классическая» макулопапулезная сыпь на щеках в форме бабочки, а также на руках и туловище. У многих пациентов обнаруживается дискоидная волчанка — толстые красные чешуйчатые пятна на коже. Гнёздная алопеция и ульцерация полости рта и носа, влагища — также в числе возможных проявлений СКВ. Иногда появляются трофические язвы, а также ломкость ногтей и выпадение волос.

Ортопедические проявления

Большинство пациентов страдают от болей в суставах, чаще страдают мелкие суставы кистей рук и запястья. Проявляется артралгиями, реже — полиартритом с симметричным вовлечением суставов. В отличие от ревматоидного артрита, артропатия при СКВ не разрушает костную ткань, но деформации суставов, вызванные СКВ, принимают необратимый характер у 20 % пациентов. Для СКВ у мужчин типичным дебютом является сакроилеит.

Гематологические проявления

При СКВ возникает LE-клеточный феномен, для которого характерно появление LE-клеток (клеток красной

волчанки), — нейтрофильных лейкоцитов, содержащих фагоцитированные фрагменты ядер других клеток (для СКВ характерно распознавание собственных клеток как чужеродных и образование против них аутоантител, разрушение таких клеток и фагоцитоз). У половины пациентов отмечается анемия. Лейкопения и тромбоцитопения могут быть как следствием СКВ, так и побочным эффектом её терапии.

Проявления со стороны сердечно-сосудистой системы

У части пациентов отмечается перикардит, миокардит и эндокардит. Эндокардит при СКВ имеет неинфекционный характер (эндокардит Либмана-Сакса); повреждается митральный либо трикуспидальный клапан. У больных СКВ чаще и быстрее развивается атеросклероз, чем у здоровых людей.

Нефрологические проявления

Люпус-нефрит. Поражение ткани почки при системной красной волчанке в виде утолщения базальной мембраны клубочков, отложения фибрина, наличия гиалиновых тромбов и гематоксилиновых телец, феномена «проволочной петли».

Зачастую единственный симптом — безболезненная гематурия или протеинурия. Благодаря ранней диагностике и своевременной терапии СКВ частота острой почечной недостаточности не превышает 5 %.

Может быть поражение почек в виде волчаночного нефрита, как наиболее серьёзное органное поражение. Частота возникновения волчаночного нефрита зависит от характера течения и активности болезни, наиболее часто поражаются при остром и подостром течении, и реже при хроническом.

Психические и неврологические проявления

Американский колледж ревматологии описывает 19 невро-психологических синдромов при СКВ[5]. Возникают психозы, энцефалопатии, судорожный синдром, парестезии, цереброваскулиты. Все изменения носят упорный характер течения.

Аномалии Т-клеток

С СКВ связывают пониженное содержание CD 45 — фосфатазы, повышенную активность CD 40 — лиганд.

Критерии диагностики СКВ

Сыпь на скулах (Волчаночная бабочка).

Дискоидная сыпь.

Фотосенсибилизация.

Язвы в ротовой полости.

Артрит(неэрозивный): 2 и более периферических суставов.

Серозит: плеврит или перикардит.

Поражение почек: персистирующая протеинурия более 0,5 г/сут или цилиндрурия.

Поражение ЦНС : судороги и психоз

Гематологические нарушения

Гемолитическая анемия (антитела к эритроцитам), тромбоцитопения, лейкопения.

Иммунологические показатели: анти-ДНК или анти-Sm или аФЛ

АНФ повышение титра.

При наличии 4-х критериев в любое время после начала заболевания ставят диагноз системной красной волчанки.

Лечение системной красной волчанки

Глюкокортикостероиды (преднизолон или др.)

Цитостатические иммунодепрессанты (азатиоприн, циклофосфан или др.)

Блокаторы ФНО-

α (Инфликсимаб, Адалimumаб, Этанерцепт). (Считается наиболее перспективным)

Экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез, гемосорбция, криоплазмасорбция)

Пульс-терапия высокими дозами глюкокортикостероидов и/или цитостатиков

Нестероидные противовоспалительные препараты

Симптоматическое лечение

Прогноз

Выживаемость через 10 лет после постановки диагноза — 80 %, через 20 лет — 60 %. Основные причины смерти: люпус-нефрит, нейро-люпус, интеркуррентные инфекции. Есть случаи выживаемости 25—30 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айдарханова Г.С. Экологическая оценка влияния подземных ядерных испытаний на природную среду горного массива Дегелен: дис. ... д-р. биол. наук - Алматы, 1998.
- 2 Полигон – Семипалатинск – Алматы, 1996. – С. 35.
- 3 Тюруканова Э.Б. Радиоактивность почв и методы ее определения. - М.: 1998.
- 4 Рыспекова Ш.О., Жаркинов Е.Ж.. Заболеваемость с временной и стойкой утратой трудоспособности у рабочих РТОК «КазЦинк» (средние данные за 1994-1996 гг.).
- 5 Михалева Л.М. Кадмийзависимая патология человека /Архив патологии, 1988. - Т. 50. - Вып. 9. – С.81-85.
- 6 Лукашев А.А. и авт. Биологическая и гигиеническая роль кадмия и мышьяка (экологические аспекты). - Алматы, 2004.

ZH.A. SHYNYKULOVA

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Systemic lupus erythematosus (SLE, Libman-Sacks disease) (Latin system lupus erythematosus) - diffuse connective tissue disease characterized by immune-system connective tissue and its derivatives, with the defeat of microvascular. Systemic autoimmune disease in which the antibodies produced by human immune system damage the DNA of healthy cells, mostly damaged connective tissue with the obligatory presence of a vascular component. Disease was named because of its characteristic features - and a rash on the cheeks (the affected area is shaped like a butterfly), which was believed in the Middle Ages, like space wolf bites. The authors concluded that the survival rate 10 years after diagnosis - 80%, in 20 years - 60%. The main causes of death: lupus nephritis, lupus-neuro, intercurrent infection. There are cases of survival of 25-30 years.

УДК 615.471:616-073.753.3.681.32.(075)

Ж.А.ШЫНЫКУЛОВА

ГКП ЦРБ Жамбылского района, с.Узынагаш

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Ревматоидный артрит — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Заболевание характеризуется высокой инвалидностью (70%), которая наступает довольно рано. Основными причинами смерти от заболевания являются инфекционные осложнения и почечная недостаточность.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ревматизм, остеоартроз, системные заболевания соединительной ткани

Ревматоидный артрит — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом.

Причины заболевания на сей день неизвестны. Косвенные данные, такие, как увеличение количества лейкоцитов в крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ), указывают на инфекционную природу процесса. Полагают, что заболевание развивается в результате инфекции, вызывающей нарушения иммунной системы у наследственно предрасположенных лиц; при этом образуются т.н. иммунные комплексы (из антител, вирусов и проч.), которые откладываются в тканях и приводят к повреждению суставов. Но неэффективность лечения РА антибиотиками скорее всего свидетельствует о неправильности такого предположения.

Заболевание характеризуется высокой инвалидностью (70%), которая наступает довольно рано. Основными причинами смерти от заболевания являются инфекционные осложнения и почечная недостаточность.

Впервые может проявиться после тяжёлой физической нагрузки, эмоционального шока, утомления, в период гормональной перестройки, воздействия неблагоприятных факторов или инфекции.

Этиология

Как и для большинства аутоиммунных заболеваний, здесь можно выделить 3 основных фактора (ревматологическая триада):

1. Генетическая предрасположенность
2. Инфекционный фактор
3. Пусковой фактор (переохлаждение, гиперинсоляция, интоксикация, мутагенные медикаменты, эндокринопатии, стрессы и т.д.).

Течение болезни

Ревматоидный артрит прогрессирует в трёх стадиях. В первой стадии происходит периакулярный отек синовиальных сумок, вызывающее боль, местное повышение температуры и припухлость вокруг суставов. Вторая стадия — это стремительное деление клеток, которое приводит к уплотнению синовиальной оболочки. В третьей стадии воспалённые клетки высвобождают фермент, который поражает кости и хрящи, что часто приводит к деформации задетых суставов, увеличению боли и потере двигательных функций.

Как правило, вначале заболевание протекает медленно, с постепенным развёртыванием клинической симптоматики в течение нескольких месяцев или лет, значительно реже — подостро или остро. Около 2/3 случаев проявляются полиартритом, остальные — моно- или олигоартритом, причём суставной синдром часто не имеет клинической специфики, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику. Суставной синдром характеризуется наличием утренней скованности более 30 минут и аналогичных проявлений во второй половине ночи — симптомы «тугих перчаток», «корсета»; постоянной спонтанной болью в суставах, усиливающейся при активных движениях. Исчезновение скованности зависит от активности процесса: чем больше активность, тем больше продолжительность скованности. Для суставного синдрома при ревматоидном артрите характерны монотонность, продолжительность, сохранение остаточных явлений после лечения.

Возможно наличие продромальных клинических проявлений (незначительные преходящие боли, связь боли с метеорологическими условиями, вегетативными расстройствами). Выделяют «суставы поражения» и «суставы исключения». К первым относятся (в порядке частоты встречаемости): II и III пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые плюснефаланговые, коленные и лучезапястные, локтевые и голеностопные. «Суставы исключения» следующие: дистальные межфаланговые, I пястно-фаланговый (большого пальца кисти).

Ревматоидный артрит часто сочетается с другими болезнями суставов — остеоартрозом, ревматизмом, системными болезнями соединительной ткани.

Внесуставные проявления

- Со стороны сердечно-сосудистой системы: перикардит, васкулит, гранулематозное поражение клапанов, атеросклероз.
- Дыхательная система: плеврит, интерстициальные заболевания.
- Кожа: ревматические узелки, утолщение и гипотрофия, васкулит, сетчатое ливедо.
- Нервная система: компрессионная нейропатия, сенсорно-моторная нейропатия, множественные мононевриты, цервикальный миелит.
- Органы зрения: сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, периферическая язвенная кератопатия.
- Почки: амилоидоз, васкулит, нефрит, НПВП-нефропатия
- Кровь: анемия, тромбоцитоз, нейтропения.

Классификация

I Стадии клинических проявлений

- очень ранняя: длительность до 6 месяцев;
- ранняя: 6 — 12 месяцев;
- развернутая: более года;
- поздняя: более двух лет.

II Активность болезни (DAS28)

- 0 (ремиссия): DAS28 меньше 2,6;
- 1 (низкая): DAS28 2,6 — 3,2;
- 2 (средняя): DAS28 3,2 — 5,1;
- 3 (высокая): DAS28 больше 5,1.

III Инструментальная характеристика

- Наличие эрозии
- Рентгенологическая стадия (1-4)

IV Иммунологическая характеристика

- Ревматоидный фактор: серо-позитивный/серо-негативный;
- Анти-ЦЦП: серо-позитивный/серо-негативный.

V Функциональный класс

Диагностика

Диагностика ревматоидного артрита (РА) — это процесс. Долгое время не существовало определённого теста который мог бы однозначно подтвердить наличие заболевания. В настоящее время диагностика заболевания основывается на биохимическом анализе крови, изменениях в суставах, видимых на рентгене, и на использовании основных клинических маркеров, к которым относятся: суставной синдром как таковой, а также в сочетании с общеклиническими проявлениями — лихорадкой, слабостью, потерей веса и другими.

При анализе крови исследуют СОЭ, ревматоидный фактор (ревмо-фактор), количество тромбоцитов и т.д. Наиболее прогрессивным анализом является титр антител к циклическому цитруллин-содержащему пептиду — АЦЦП, анти-ЦЦП, anti-CCP

(Мазуров, 2005, с. 103). Специфичность этого показателя составляет около 90 % (там же), при этом он присутствует в 79 % сывороток от больных РА.^[1]

Диагностически важными клиническими особенностями являются отсутствие изменений цвета кожи над воспалёнными суставами, развитие тендосиновитов сгибателей или разгибателей пальцев кистей и формирование амиотрофий, типичных деформаций кистей, так называемая «ревматоидная кисть».

Критериями неблагоприятного прогноза являются:

- раннее поражение крупных суставов и появление ревматоидных узелков
- увеличение лимфатических узлов
- вовлечение новых суставов при последующем обострении;
- системный характер болезни;
- персистирующая активность болезни при отсутствии ремиссии более года;
- стойкое увеличение СОЭ;
- раннее появление (в течение первого года) и высокие титры ревматоидного фактора
- ранние (до четырёх месяцев) рентгенологические изменения со стороны поражённых суставов — быстрое прогрессирование деструктивных изменений;
- обнаружение антинуклеарных антител и LE-клеток;
- носительство антигенов HLA-DR4; плохая переносимость базисных препаратов.

Симптомы

Ревматоидный артрит может начаться с любого сустава, но чаще всего начинается с мелких суставов на пальцах, руках и запястьях. Обычно поражение суставов симметрично, то есть если болит сустав на правой руке, значит должен заболеть тот же сустав на левой. Чем больше суставов поражено, тем более продвинута стадия болезни.

Другие частые симптомы:

- Усталость
- Утренняя скованность. Обычно чем дольше длится скованность, тем активней заболевание.
- Слабость
- Похожие на грипп симптомы, включая невысокий жар.
- Боли при длительном сидении
- Вспышки активности заболевания сопровождающиеся ремиссией.
- Мышечные боли
- Потеря аппетита, депрессия, потеря веса, анемия, холодные и/или потные ладони и ступни
- Нарушение желез в районе глаз и рта, вызывающее недостаточную выработку слез и слюны.

Лечение

При наличии инфекции или подозрении на неё (туберкулёз, иерсиниоз и т.п.) необходима терапия соответствующим антибактериальным препаратом. При отсутствии ярких внесуставных проявлений (например, высокой лихорадки, синдрома Фелти или полиневропатии) лечение суставного синдрома начинают с подбора нестероидных противовоспалительных средств (НПВП). Одновременно в наиболее воспалённые суставы вводят кортикостероидные препараты. Иммунокомплексная природа болезни делает показанным проведение курсов плазмафереза, в большинстве случаев дающего выраженный эффект. Нестойкость результатов указанной терапии является показанием к присоединению так называемых базисных средств. Эти препараты действуют медленно, поэтому должны применяться не менее 6 мес, а при отчётливом положительном эффекте лечение ими обязательно продолжается и дальше (годами).

Важным моментом в лечении ревматоидного артрита является профилактика остеопороза — восстановление нарушенного кальциевого баланса в направлении повышения всасывания его в кишечнике и уменьшения выведения из организма. Необходимым компонентом в комплексе противоостеопоротических мероприятий является диета с повышенным содержанием кальция. Источниками кальция являются молочные продукты (особенно твёрдый сыр, содержащий от 600 до 1000 мг кальция на 100 г продукта, а также плавленый сыр; в меньшей степени творог, молоко,

сметана), миндаль, лесные и грецкие орехи и т.д., а также препараты кальция в сочетании с витамином D или его активными метаболитами.

Важное значение в лечении имеет лечебная физкультура, направленная на поддержание максимальной подвижности суставов и сохранение мышечной массы.

Физиотерапевтические процедуры (электрофорез нестероидных противовоспалительных средств, фонофорез гидрокортизона, аппликации димексида) и санаторно-курортное лечение имеют вспомогательное значение и применяются лишь при небольшой выраженности артрита.

При стойком моно- и олигоартрите проводят синовэктомии либо введением в сустав изотопов золота, иттрия и др., либо хирургическим путём. При стойких деформациях суставов проводят реконструктивные операции.

Современная терапия

Системная медикаментозная терапия включает применение четырёх групп препаратов:

1. нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП),
2. базисные препараты,
3. глюкокортикостероиды (ГКС),
4. биологические агенты.

Нестероидные противовоспалительные препараты

НПВП по-прежнему являются лечебными средствами первой линии, которые направлены, прежде всего, на купирование острых проявлений болезни, а также на обеспечение стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

В острый период болезни используют НПВС, ГКС, пульс-терапию глюкокортикостероидами или в сочетании с цитостатическими иммунодепрессантами.

Современные НПВП оказывают выраженное противовоспалительное действие, которое обусловлено угнетением активности циклооксигеназы (ЦОГ) — ключевого фермента метаболизма арахидоновой кислоты. Особый интерес представляет открытие двух изоформ ЦОГ, которые определены как ЦОГ-1 и ЦОГ-2 и играют разную роль в регуляции синтеза простагландинов (ПГ). Доказано, что НПВП угнетают активность изоформ ЦОГ, но их противовоспалительная активность обусловлена угнетением именно ЦОГ-2.

Большинство известных НПВП подавляют прежде всего активность ЦОГ-1, чем и объясняется возникновение таких осложнений, как гастропатия, нарушение функции почек, энцефалопатия, гепатотоксичность.

Таким образом, в зависимости от характера блокирования ЦОГ, НПВП делят на селективные и неселективные ингибиторы ЦОГ-2. Представителями селективных ингибиторов ЦОГ-2 являются мелоксикам, нимесулид, целекоксиб. Эти препараты имеют минимальный побочный эффект и сохраняют высокую противовоспалительную и анальгетическую активность. Ингибиторы ЦОГ-2 могут использоваться во всех программах лечения ревматоидного артрита, где требуется применение НПВП. Мелоксикам (Мелофлекс, Мовалис, Лем) в начале лечения при активности воспалительного процесса назначают по 15 мг/сут, а в дальнейшем переходят на 7,5 мг/сут в качестве поддерживающей терапии. Нимесулид назначается в дозе 100 мг два раза в сутки.

Целекоксиб (Целебрекс) — специфический ингибитор ЦОГ-2 — назначается по 100—200 мг два раза в сутки. Для пожилых людей подбор дозировки препарата не требуется. Однако у пациентов с массой тела ниже средней (50 кг) желательно начинать лечение с самой низкой рекомендованной дозы.

Следует избегать комбинации двух или более НПВП, поскольку их эффективность остаётся неизменной, а риск развития побочных эффектов возрастает.

Базисные препараты

Базисные препараты по-прежнему играют первостепенную роль в комплексной терапии ревматоидного артрита, но сейчас наметился новый подход к их назначению. В отличие от хорошо известной тактики постепенного наращивания терапии ревматоидного артрита («принцип пирамиды»), теперь пропагандируется раннее агрессивное лечение базисными препаратами сразу после установления диагноза, цель которого — модификация течения ревматоидного артрита и обеспечение ремиссии заболевания. Основанием для этого

являются отсутствие на ранней стадии ревматоидного артрита паннуса, деформаций, остеопении, тяжёлых осложнений, сформированных аутоиммунных механизмов, высокая вероятность развития ремиссии.

Основными лекарственными средствами базисной терапии ревматоидного артрита являются: метотрексат, лефлуномид (эларфа), сульфазалазин, препараты золота, D-пеницилламин, аминохинолиновые препараты. К средствам резерва относятся циклофосфан, азатиоприн, циклоспорин А (Сандиммун). Новая группа представлена следующими препаратами: ремикейд (инфликсимаб) — химерные моноклональные антитела к фактору некроза опухоли (ФНО)-а человека; энбрел (этанерцепт) — рекомбинантные растворимые рецепторы к ФНО; тимодепрессин — селективный пептидный иммунодепрессант, действующий на уровне Т-лимфоцитов; лефлуномид (Арава) и другие.

Неэффективные на протяжении 1,5-3 месяцев базисные препараты должны быть заменены или использованы их комбинации с ГКС в малых дозах, что позволяет снизить активность ревматоидного артрита до начала действия первых. Шесть месяцев — критический срок, не позднее которого должна быть подобрана действенная базисная терапия. В процессе лечения базисными препаратами тщательно мониторят активность болезни и побочные эффекты.

Глюкокортикостероиды

Новым подходом является использование высоких доз ГКС (пульс-терапия) в комбинации с медленно действующими средствами, что позволяет повысить эффективность последних; комбинаций метотрексата с аминохинолиновыми производными, солями золота, сульфазалазином, а также селективным иммунодепрессантом циклоспорином А.

При высокой степени активности воспалительного процесса используют ГКС, причём в случаях системных проявлений ревматоидного артрита — в виде пульс-терапии (только ГКС или в сочетании с цитостатиком — циклофосфамидом), без системных проявлений — в виде курсового лечения. ГКС также применяют как поддерживающую противовоспалительную терапию при неэффективности других лекарственных средств.

В ряде случаев ГКС используются в качестве локальной терапии. Показаниями к их применению являются: преимущественно моно- или олигоартрит крупных суставов; затянувшийся экссудативный процесс в суставе; преобладание «локального статуса» над системным; наличие противопоказаний к системному использованию ГКС. При внутрисуставном введении депо-формы кортикостероидов оказывают и системное действие. Препаратом выбора является Дипроспан, оказывающий пролонгированное действие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Рахимжанова А.О., Мирзоян И.М., Ханасов В.В. и др. Иммунологическая реактивность при профессиональных аллергодерматозах //Аллергология и иммунология: материалы V Съезда иммунологов и аллергологов СНГ. - 2003. - Том 4. - № 2. - С. 208.
- 2 Жмицько П.Г. Оценка состояния иммунной системы и неспецифической резистентности организма с позиций критерия вредности при регламентации циклофоса. / Гигиена применения, токсикология частиц и полимерные материалы: Сб. науч. тр. - Киев: ВНИИГИНТОКС, 1989. - Вып. 19. - С. 79-83
- 3 Казимирский А.Н., Порядин Г.В., Салмаси Ж.М. Механизмы развития иммунодефицита при неспецифическом воспалении инфекционного генеза. //Пат.физиология и эксперим.терапия. - 2003. - №3. - С. 23-26.
- 4 Тотолян А. А. и др. Метод постановки НСТ-теста // Лабораторное дело. - 1987. - №11.
- 5 Фрадкин В.А. Диагностика аллергии реакциями нейтрофилов крови. - М.: Медицина. - 1985. - 170 с.

Түйін: Мақалада ревматоидтық артриттің жалғастырушы тіндердің майда буындарды зақымдауындағы жүйелік ауру екендігі қарастырылған. Ауру ерте пайда болатын жоғарғы мүгедектікпен (70%) сипатталады. Өлімнің негізгі себептері жұқпалы асқыну және бүйректік жетіспеушілік.

ZH.A.SHYNYKULOVA

Zhambyl region, s.Uzynagash

RHEUMATOID ARTHRITIS

Resume: Rheumatoid arthritis Rheumatoid arthritis - a systemic disease of the connective tissue, mainly affecting small joints of the type of erosive and destructive polyarthritis of unknown etiology with a complex autoimmune pathogenesis. The disease is characterized by high disability (70%), which occurs very early. The main causes of death from the disease are infections and renal failure.

The causes of the disease are unknown to this day. Indirect data, such as an increase in white blood cell count and erythrocyte sedimentation rate (ESR), to indicate the nature of an infectious process. It is believed that the disease is caused by infection that causes disorders of the immune system in genetically predisposed individuals, in this case formed the so-called. immune complexes (from antibodies, viruses, etc..) are deposited in the tissues and cause damage to the joints. But the inefficiency of RA treatment with antibiotics is likely evidence of irregularities such an assumption.

The disease is characterized by high disability (70%), which occurs quite early. The main causes of death from the disease are infectious complications and renal failure.

For the first time may occur after heavy physical exertion, emotional shock, fatigue, hormonal changes during the period, the impact of adverse factors or infections.

Aetiology

As with most autoimmune diseases, there are 3 main factors (Rheumatic triad)

1. Genetic predisposition

2. Infectious factor

3. Start-up factor (hypothermia, giperinsolyatsiya, intoxication, mutagenic drugs, endocrinopathy, stress, etc.).

Keywords: rheumatoid arthritis, rheumatism, osteoarthritis

УДК 616.36-002-036.22-071-057.36:355.4

Л.А.МУКОВОЗОВА, Е.М.СМАИЛ, А.З.ТОКАЕВА, СЫДЫКОВА М.М., Ж.С.КАБАСОВА,
А.Л. АЛИМБЕКОВА, Э.К. ИСАБАЕВА

Государственный медицинский университет г. Семей
ГУ «УГСЭН по г. Семей»

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ

Дана эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов в Семипалатинском регионе за 2000-2011 гг. В работе были использованы официальные данные Управления госсанэпиднадзора по г. Семей: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ. Установлено, что среди вирусных гепатитов значительную долю составляет ВГА, наблюдается отчетливая тенденция к снижению заболеваемости вирусными гепатитами А и В, особенно ВГВ среди детей до 14 лет. Среди путей передачи при ВГА преобладал контактно-бытовой, а при ВГВ и ВГС – половой путь.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, заболеваемость, путь передачи

Вирусные гепатиты в настоящее время представляют одну из важнейших актуальных проблем медицинской науки и здравоохранения во всем мире. Это определяется повсеместной распространенностью, высоким уровнем заболеваемости, полиэтиологичностью, значительной вероятностью формирования хронического течения с последующим развитием цирроза печени и гепатокарциномы, а также высокой летальностью (1,2).

Распространенность вирусных гепатитов чрезвычайно высока. Так, по данным ВОЗ, в разных странах мира вирусными гепатитами инфицировано или перенесли в прошлом до 2 млрд человек. Вирусом гепатита В в мире заражено более 350 млн. человек, а ежегодно умирает от этой инфекции около 1 млн больных (3,8). Республика Казахстан не является исключением в отношении распространенности вирусных гепатитов (4,5,6,7). Согласно оценке экспертов ВОЗ, территория Казахстана относится к регионам с высокой и частично со средней эндемичностью вирусных гепатитов.

Общезвестно, что социально-экономический статус страны, этнические особенности, уровень наркомании и другие факторы риска развития заболевания оказывают существенное влияние на эпидемический процесс, его особенности, тесно связанные с экологической ситуацией региона, выявление которых необходимо для научного обоснования и разработки реальных и наиболее эффективных мер профилактики.

В связи с этим, нами с целью выявления основных закономерностей, характерных для эпидемического процесса при вирусных гепатитах в Семипалатинском регионе, проведен ретроспективный эпидемиологический анализ официальных данных Управления госсанэпиднадзора по г. Семей по заболеваемости вирусными гепатитами в этом регионе за период с 2000 по 2011 годы.

Результаты исследования показали, что за 11 лет (2000-2011 годы) в Семипалатинском регионе зарегистрировано 1515 случаев вирусных гепатитов, значительную долю которых составил ВГА (62,5%), реже встречался ВГВ (35,8%) и значительно реже регистрировались ВГС (1,7%) и ВГЕ (0,1%). Среди заболевших вирусными гепатитами преобладали городские жители (92,7%), сельские составили 7,3%.

Динамика заболеваемости вирусными гепатитами отражена на рисунке 1, из которого следует, что за данный период отмечается отчетливая тенденция к снижению как общей заболеваемости, так и отдельными гепатитами с некоторым кратковременным повышением в 2007 и 2008 годах, причем преимущественно за счет ВГА. Уровень заболеваемости ВГС за весь период сохраняется низким и колеблется от 0,3 (в 2002 г.) до 3,0 (в 2004 г.) на 100 тыс. населения.

Динамика заболеваемости ВГА и ВГВ за данный период среди детей до 14 лет представлена на рисунке 2, из которого видна отчетливая тенденция к снижению заболеваемости ВГА, однако с некоторым увеличением заболеваемости в 2007 и 2008 годах. Что же касается заболеваемости ВГВ детей до 14 лет, то необходимо отметить, что начиная с 2005, т.е. в течение последних 7 лет в Семипалатинском регионе ВГВ среди этой категории населения не регистрируется, что свидетельствует об эффективности вакцинации против ВГВ. ВГС среди детей до 14 лет зарегистрирован лишь в одном случае (4%).

При анализе путей передачи установлено преобладание контактно-бытового пути передачи при ВГА, на долю которого приходится от 25,0% до 94,1%, однако при этом гепатите сохраняется довольно высокая частота неустановленного пути передачи (до 75%, рисунок 3).

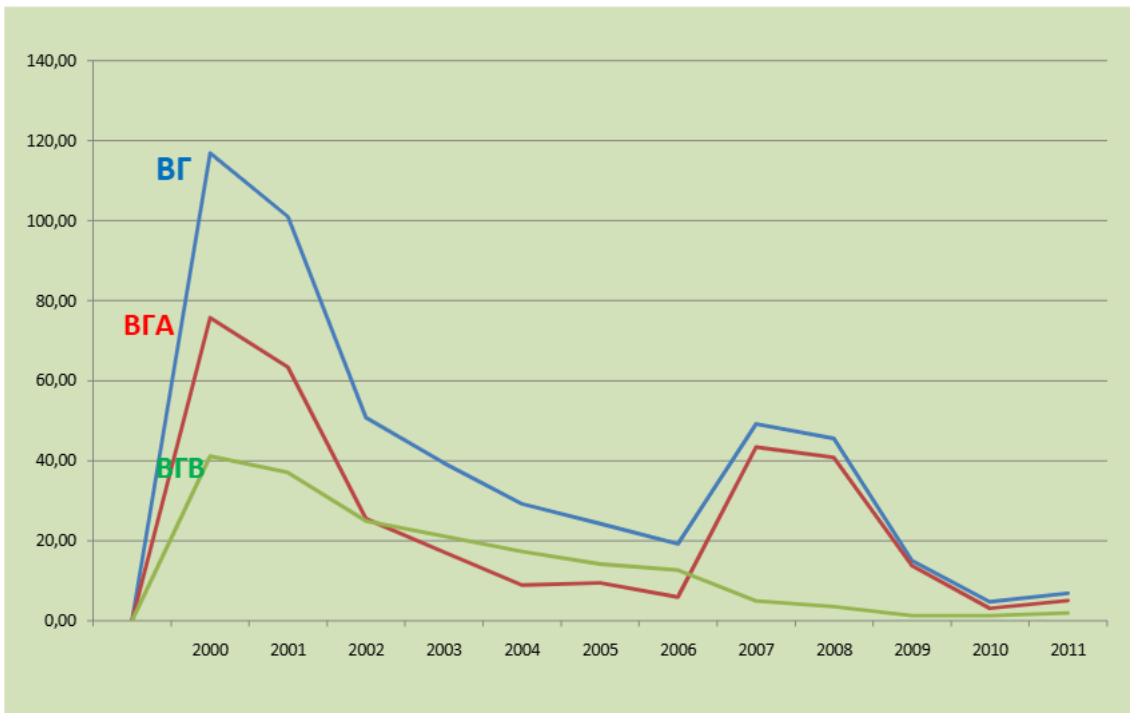


Рисунок 1 - Динамика заболеваемости ВГ по Семипалатинскому региону за 2000-2011 гг.

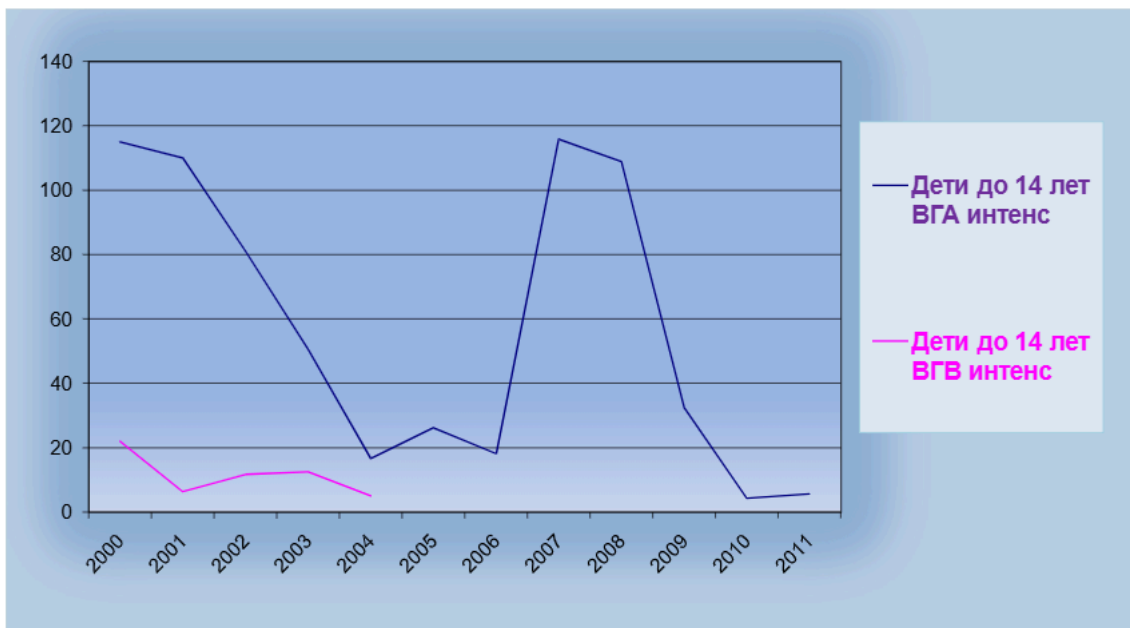


Рисунок 2 - Динамика заболеваемости ВГА и ВГВ детей до 14 лет за 2000-2011 гг.

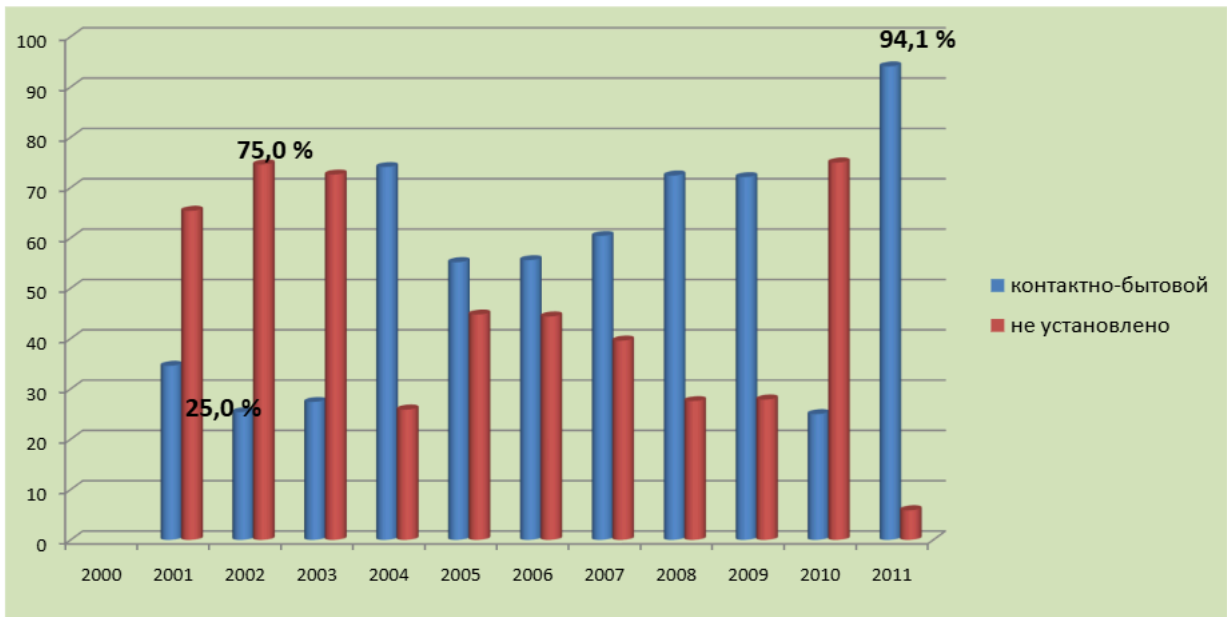


Рисунок 3 - Пути передачи вирусного гепатита А (в %)

При ВГВ, начиная с 2004 г. по 2010 г., преобладал контактно-половой путь передачи, доля которого колебалась от 53,5% (в 2005 г.) до 100% (в 2009 и 2010 гг.), частота контактно-бытового колебалась от 2,7% до 9,6%, парентерального у наркоманов – от 1,9% до 11,6% и не установленного (довольно большого) от 23% до 66,7%(рисунок 4). При ВГС преобладал половой путь передачи (50%).

Кроме острых вирусных гепатитов за этот же период в Семипалатинском регионе зарегистрирован 281 случай хронических вирусных гепатитов, в том числе 47,3% ХВГВ и 52,7% ХВГС, заболеваемость которых существенно увеличилась в последние два года (в 2010 и 2011 годах), что, по-видимому, связано с улучшением лабораторной диагностики данных заболеваний (рисунок 5).

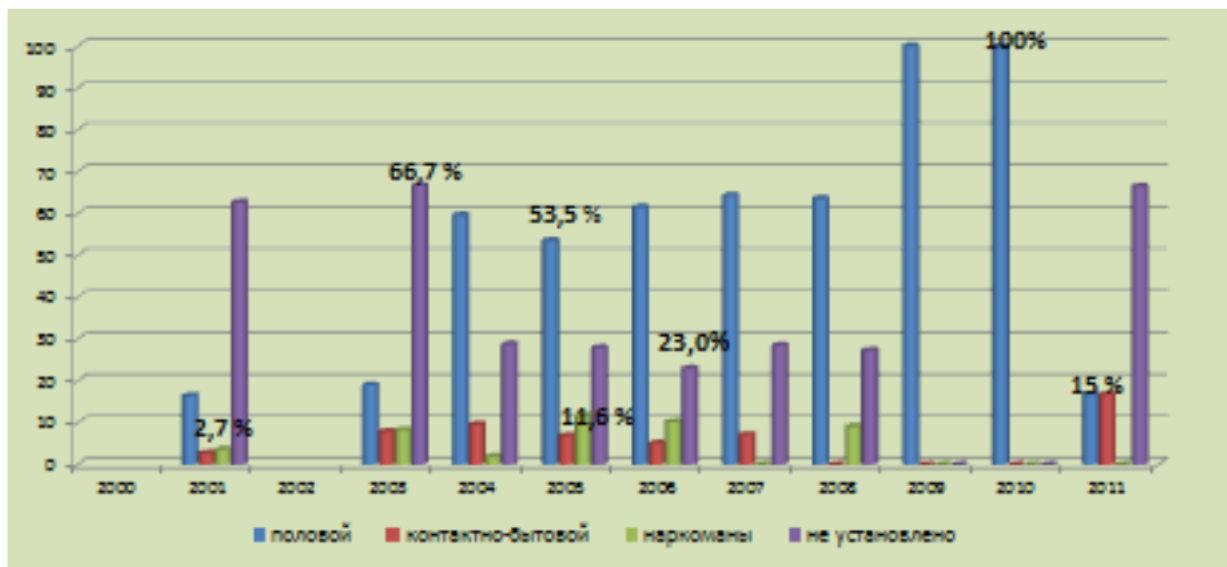


Рисунок 4 - Пути передачи вирусного гепатита В (в %)

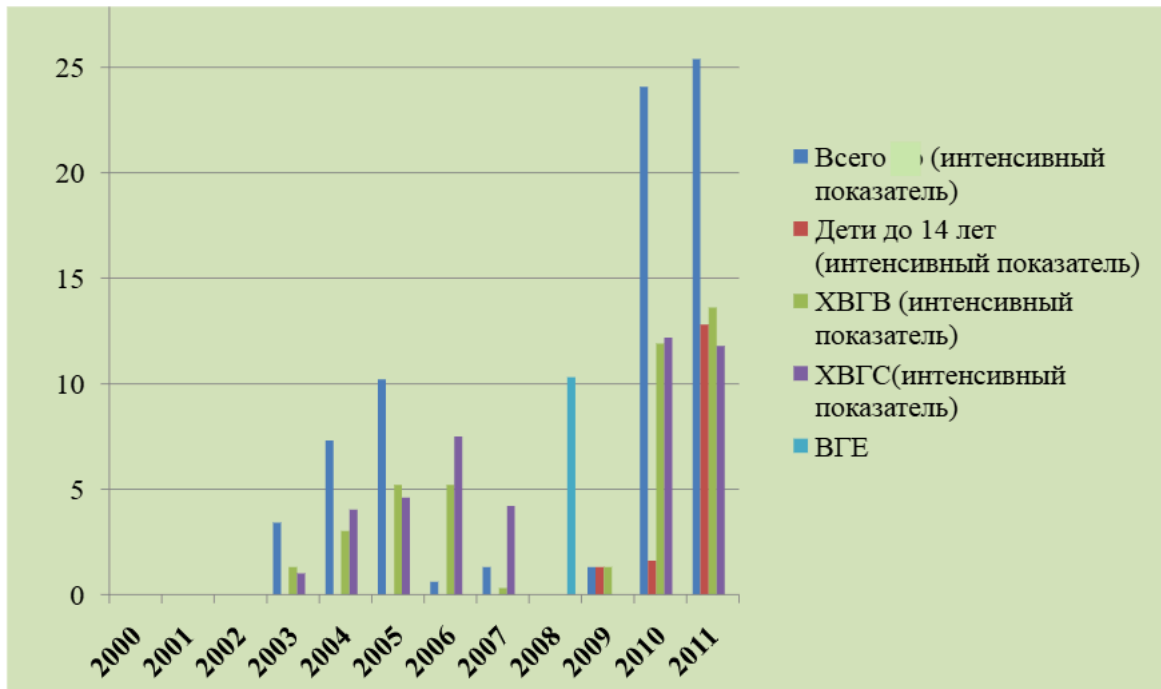


Рисунок 5 - Динамика заболеваемости ХВГ за 2000-2011 гг. (на 100 тыс. населения)

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить некоторые эпидемиологические признаки, характерные для различных вирусных гепатитов в Семипалатинском регионе, что необходимо учитывать

при организации профилактических и противоэпидемических мероприятий при данных заболеваниях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Измайлов Д.В. // Мир вирусных гепатитов. – 2001. - №2. – С.5-6.
- 2 Майер К.П. Гепатиты и последствия гепатитов. М., Медицина. – 1999. – 423 с.
- 3 Шахгильдян И.В. Вирусные гепатиты. Достижения и перспективы. // Инфекционный бюллетень. - 1999. - №3 (7) – С.9-16.
- 4 Отунбаева Д.И. Региональные проблемы хронического вирусного гепатита В // Consilium, - 2011. - №5. – С.17-19.
- 5 Смагулов Е.К. Эпидемиологическая ситуация по вирусному гепатиту А в Панфиловском районе с 2007 по 2009 годы // Медицина. – 2011. - №3. – С.42.
- 6 Ботова О.П. Распространенность вирусных гепатитов В и С среди медицинских работников и больных неинфекционного стационара по результатам определения маркеров в сыворотках крови // Медицина и экология. – 2011. - №1. –С.52-55.
- 7 Козбекова Г.К. Медико-социальная и экономическая оценка эффективности иммунопрофилактики вирусного гепатита В в Республике Казахстан // Аллергология и иммунология. – 2012. – Том 13. - №1. – С.42-43.
- 8 Чуйкова К.И., Якимов В.Л., Кашаныхова Л.Л. Эпидемиологическая характеристика острого гепатита В в Омской области и Томске за 1992-2007 гг. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. - №2. – С.14-18.

**Л.А.МУКОВОЗОВА, Е.М.СМАИЛ, А.З.ТОКАЕВА, СЫДЫҚОВА М.М., Ж.С.КАБАСОВА,
А.Л. ӘЛІМБЕКОВА, Э.К. ИСАБАЕВА**
СЕМЕЙ Өңіріндегі Вирусты Гепатиттерге Эпидемиологиялық Сипаттама

Түйін: 2000-2011ж Семей аймағындағы вирусты гепатиттерге сипаттама берілген. Бұл жұмыста Семей қаласы бойынша мемсанэпидкадағалау басқармасының ресми мәліметтері қолданылған: ретроспективті эпидемиологиялық зерттеу жүргізілген. Вирусты гепатиттер ішінде ВГА гепатиттерінің үлес салмағы жоғары, А және В гепатитімен ауру жиілігі айқын төмендеген, әсіресе ВГВ 14 жастаға балалар арасында, ВГА берілу жолдары арасында тұрмыстық-қатынастық, ал ВГВ және ВГС – жыныстық қатынас арқылы берілетіні анықталған.

Түйінді сөздер: вирусты гепатиттер, аурушандық, берілу жолы.

**L.A.MUKOVOZOVA, E.M. SMAIL, A.Z.TOKAYEVA, M.M.SIDIKOVA, J.S. KABASOVA,
A.L. ALIMBEKOVA, E.K. ISABAYEVA**
EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VIRAL HEPATITIS IN THE SEMIPALATINSK REGION

Resume: Epidemiological characteristics of viral hepatitis in the Semipalatinsk region in 2000-2011 is presented in the article. Official data of the Office of the State Sanitary and Epidemiological Supervision of Semey were used in the work: retrospective epidemiological analysis. Found that viral hepatitis A is significant part among hepatitis, there is distinct tendency to decrease the incidence of viral hepatitis A and B, especially hepatitis B in children under 14 years. Among the modes of transmission of the hepatitis A contact-household dominated, and in the hepatitis B and C - sexual way.

Keywords: hepatitis, disease, mode of transmission

УДК. 616-056.7.

А.К.ДУЙСЕНОВА, Е.М.СМАИЛ, А.К. ШОКАЛАКОВА, Р.Т.ЖУСУПОВА
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
Городская клиническая инфекционная больница им. И.Жекеновой г.Алматы

СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ЛИХОРАДКА В Г.АЛМАТЫ

В статье описан клинический случай средиземноморской лихорадки - заболевания, редко встречающегося в нашей стране. Диагноз семейной средиземноморской лихорадки поставить бывает очень сложно, особенно во время первого приступа заболевания и в тех регионах, где это заболевание встречается редко, поскольку данным заболеванием болеют выходцы из Средиземного моря. При проведении дифференциальной диагностики лихорадочных состояний необходимо учитывать вероятность и других заболеваний, в частности, генетически обусловленных.

Ключевые слова: средиземноморская лихорадка, генетический фактор, острый живот, колхицин

Диагноз семейной средиземноморской лихорадки поставить бывает очень сложно, особенно во время первого приступа заболевания и в тех регионах, где это заболевание встречается редко, поскольку данным заболеванием болеют выходцы из Средиземного моря. В настоящей статье приводим случай этого заболевания в г. Алматы.

04.06.2012 г. в 13.45. в городскую клиническую инфекционную больницу им. И.Жекеновой г.Алматы (главный врач Тастамбекова Л.М.) обратился за медицинской помощью пациент А., 25 лет с жалобами на лихорадку непостоянного типа с ознобом, потливостью, боли в животе приступообразного характера, неустойчивый стул.

Из анамнеза заболевания: больным себя считает в течении длительного времени - со слов больного повышение температуры тела до $38,5-40,0^{\circ}\text{C}$ периодически 1 раз в 3-4 месяца. Не лечился. Лихорадка сама по себе снижалась и не возобновлялась длительное время. В Казахстан приехал в декабре 2011 г., работает на фирме бухгалтером, снимает благоустроенную квартиру. Эпизоды лихорадки с ознобом и потливостью отмечались в декабре 2011 г., повышенная температура держалась 2 дня и самостоятельно снизилась. Подобные эпизоды повышения температуры тела отмечались ежемесячно, но с марта 2012 г. приступы лихорадок участились (в течении месяца отмечались до 5 раз), которые сопровождалась сильными болями в животе и жидким стулом до 7-10 раз. Неоднократно обращался в медицинские центры г.Алматы, сдавал анализы. В марте 2012 г. осмотрен хирургом, был заподозрен острый аппендицит, но от операции отказался. Уехал на неделю в Йорданию, диагноз аппендицита не подтвердился. В апреле и мае текущего года приступы лихорадки довольно частые. 04.06.2012 г. осмотрен хирургом, направлен в инфекционную больницу г.Алматы с диагнозом лихорадка неясной этиологии.

Эпидемиологический анамнез: житель Йордании. С декабря 2011 г. живет и работает в г.Алматы. Страдает лихорадкой средиземного моря, малярию сам исключает. Контакт с больными отрицает.

Анамнез жизни: в течении 5 лет отмечает периодические подъемы температуры тела. Туберкулез, кожно-венерические заболевания, острый вирусный гепатит отрицает. При более подробном опросе было выяснено, что у мамы и бабушки больного также отмечались подобные пароксизмы лихорадки.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В ротоглотке

слизистая розового цвета, миндаины за дужками, налетов нет. Над легкими слева в нижних отделах дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен ЧСС 76 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, обычной формы, пальпаторно чувствительный в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Перкуторно нижний край печени на 1,5 см по среднеключичной линии выступает из под края реберной дуги, селезенка отчетливо не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Диагноз при поступлении в инфекционный стационар не совсем ясен. Учитывая длительность заболевания (в течении 5 лет), волнообразную лихорадку без выраженных симптомов интоксикации, данные эпидемиологического анамнеза (житель Йордании), данные объективного осмотра – температура $37,7^{\circ}\text{C}$ с умеренными симптомами интоксикации, гепатомегалию, болезненность по ходу толстого кишечника – необходимо дифференцировать риккетсиозы со средиземноморской лихорадкой и малярией (первичный осмотр провела заведующая отделением воздушно-капельных инфекций Шокалакова А.К.).

05.06.2012 г. 10.15. консультация хирурга – на момент осмотра больной жалуется на боли в животе, понос, слабость. Объективно: живот напряжен, в акте дыхания участвует, при пальпации резко болезненный в всех отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга слабо положительный. В ОАК лейкоцитоз $15,8 \times 10^9/\text{л}$. Диагноз: Перитонит? Рекомендовано переправить в приемное отделение ЦГКБ.

05.06.2012 г. 11.00. консилиум в составе сотрудников кафедры инфекционных и тропических болезней, администрации ГКИБ г.Алматы, заведующей отделением воздушно-капельных инфекций. На момент осмотра жалобы на головную боль, общую слабость, схваткообразные боли в животе, обильный водянистый стул, миалгии, артралгии.

Болен в течение 5 лет в виде приступов лихорадки, сопровождающейся ознобом, жаром, потливостью. Раньше приступы повторялись через 2-3 месяца. С марта 2012 г. приступы участились до 5 раз в месяц. Приступы лихорадки сопровождаются болями в животе, частым жидким стулом.

Эпидемиологический анамнез: житель Йордании. С декабря 2011 г. живет в г.Алматы, работает на фирме бухгалтером. Со слов больного такие же симптомы в течении ряда лет у матери, сестры, дяди. Анамнез жизни: практически здоров. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, адекватный. Кожа обычной окраски, сыпи нет. В зеве без особенностей. В легких дыхание

везикулярное, хрипов нет. Живот резко болезненный, симптомы раздражения брюшины резко положительные. Резкая болезненность в области проекции печени с иррадиацией в правую боковую и поясничную области. Печень +2,5-3 см, пальпируется селезенка, болезненность по ходу кишечника. Осмотрен хирургом – рекомендовано обследование в ЦГКБ. С учетом вышеизложенного дифференциальную диагностику проводить между паразитарным поражением кишечника и печени (шистосомоз?), токсокарозом, внелегочным туберкулезом (туберкулез кишечника и мезентериальных лимфоузлов). Не исключается наследственность заболевания. Рекомендовано: консультация хирурга повторная, консультация фтизиатра, УЗИ органов брюшной полости, анализ крови на В20, кал на копроовоскопию, ИФА на паразитарные инфекции (шистосомоз, токсокароз).

05.06.2012 г. 11.30. повторная консультация хирурга: жалобы на боли в животе, повышение температуры тела, слабость. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски. ЧСС 80 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, пальпаторно мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Стул и диурез в норме. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – патологии нет. Заключение: острый аппендицит? Больной отказался от госпитализации. Рекомендовано динамическое наблюдение.

05.06.2012 г. осмотр фтизиатра – данных за туберкулез легких и внелегочный туберкулез не выявлено.

05.06.2012 г. 11.00. консилиум в составе заведующей кафедрой инфекционных и тропических болезней с курсом «ВИЧ-инфекция и инфекционный контроль», сотрудников кафедры заместителя главного врача ГКИБ, заведующей отделением воздушно-капельных инфекций – получена информация по интернету о заболевании средиземноморская семейная лихорадка, которой болеют определенной национальности люди (арабы, армяне, евреи), обусловленное генетическим фактором. В клинике данного заболевания имеются все симптомы, признаки, описанные у данного больного. В связи с этим у больного диагноз: средиземноморская семейная лихорадка. Данные за острую инфекционную патологию нет. Больного выписать с рекомендациями лечения данного заболевания специфическим препаратом (колхицин).

В стационаре больному проведено лабораторное обследование: ОАК от 05.06.2012 г. лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,95 \times 10^{12}$ /л, Hb - 131 г/л, тромбоциты 294, палочкоядерных - 5%, сегментоядерных - 60%, эозинофилов – 3%, моноцитов – 10%, лимфоцитов - 22%, вакуолизация цитоплазмы в нейтрофилах (+), токсигенная зернистость, СОЭ - 38 мм/ч, ОАМ от 05.06.2012 г. следы белка, эпителий плоский 2-3, лейкоциты – 1-2, биохимический анализ крови от 05.06.2012 г. – АЛТ 12, АСТ 26, альфа-амилаза 28, гамма-ГТ 20, ЛДГ 233 Ед/л, сахар 5,8, билирубин 16,9, мочевины 4,5, холестерин 4,3, триглицериды 0,9, кальций 2,17 ммоль/л, креатинин 82,5 мкмоль/л, коагулограмма от 06.06.2012 г. протромбиновое отношение 1,46, концентрация фибриногена 5,2 г/л, время рекальцификации 85 сек., тромботест VI степени, этаноловый тест – отр.

На обзорной рентгенографии ОГК от 05.06.2012 г. легочные поля без дополнительных очаговых теней.

Корни структурны. Тень сердца не расширена. Синусы свободны. В данном клиническом случае рентгенологическая картина органов грудной клетки не выявила патологических изменений в легких, в то же время при УЗИ-исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено небольшое скопление жидкости в плевральной полости, что может расценено как проявление плеврита. Согласно литературным данным у 75% больных средиземноморской семейной лихорадкой развивается плеврит, который обычно сочетается с перитонитом, но может быть и единственным проявлением болезни. У 30% больных плеврит предшествует перитониту. Боль в груди обычно односторонняя. При физикальном исследовании обнаруживают ослабленное дыхание, шум трения плевры или плевральный выпот. В нашем наблюдении таких жалоб больной не предъявлял, но при УЗИ исследовании органов брюшной полости выявлено небольшое скопление жидкости в правой плевральной полости, в то же время рентгенография органов грудной клетки была без патологических изменений.

НА УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 05.06.2012 г. печень – правая доля 15,46 см, левая 9,39 см, контур печени четкий, зазубрен, множественные эхоплотные сдвоенные сигналы по всей структуре мелкие и более крупные; портальная вена 1,17 см, желчный пузырь – септальная перегородка в области тела, форма грушевидная, размер 6,22x4,0, стенка пузыря 0,59, неравномерно утолщена, в полости густая, пристеночная желчь, ПОХ 65 см, в брюшной полости большое скопление газов, поджелудочная железа – головка 2,62 см, тело 1,36, хвост 1,93, контур нечеткий, структура неоднородная, местами очагово уплотнена, селезенка 70,78 см, контур четкий, ровный, эхоструктура однородная, эхоплотность равномерная. Правая почка 10,66x4,48 см, толщина паренхимы 1,57 см, ЧЛС 1,64 см, подвижность +, контур четкий, левая почка 10,94x5,37 см, толщина паренхимы 2,08 см, ЧОС 2,29 см, отчетлив рисунок пирамиды, подвижность+, контур четкий, небольшое скопление жидкости в правой плевральной полости. Заключение: грубые диффузные изменения паренхимы печени. Выраженная гепатоспленомегалия. Хронический холецистит, обострение. Дискинезия желчевыводящих путей. Умеренные диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы.

Данный клинический случай демонстративен в плане дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний с другими заболеваниями неинфекционной патологии, в частности с острой хирургической патологией. Неоднократные осмотры хирургов не исключали наличия у больного острого аппендицита и показаний для хирургического лечения. Боль в животе – этот симптом наблюдается у 95% больных. Интенсивность боли может быть разной даже у одного и того же больного. За 24-48 ч до начала обострения могут появляться неприятные ощущения в животе. Как правило, сначала боль появляется в какой-либо одной области живота. Обычно эта область резко болезненна при пальпации; позднее болезненность может распространиться на всю брюшную стенку. Боль может иррадиировать в спину, а при раздражении диафрагмы в грудную клетку.

Иногда наблюдаются тошнота и рвота. Живот обычно вздут, напряжен, кишечные шумы приглушены или отсутствуют.

При рентгенологическом исследовании отмечаются отек стенки тонкой кишки, замедление пассажа бариевой взвеси, иногда видны чаши Клойбера. Если обострение возникает после операций на органах брюшной полости, его нередко принимают за послеоперационный перитонит или другие осложнения хирургического вмешательства. Боль в животе может быть очень интенсивной, что требует исключения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Таким образом, наличие в клинике болей в животе заставляет специалистов узких специальностей думать об острой хирургической патологии. У нашего пациента эта жалоба была ведущей.

Кроме того, одним из главных синдромов была лихорадка - непостоянного типа с ознобом, потливостью, что направляло на необходимость дифференцировать с малярией. При опросе приступы лихорадки у больного повторялись через 2-е суток на 3-и. С момента поступления в инфекционный стационар больному был назначен посев крови – «толстая» капля, «тонкий» мазок на малярию, плазмодии малярии не обнаружены в анализах от 04.06.2012, 06.06.2012 гг.

В описании средиземноморской лихорадки отдельно выделяется боль в груди. У большинства больных обострения время от времени сопровождаются отраженной болью в груди. У 75% больных развивается плеврит, который обычно сочетается с перитонитом, но может быть и единственным проявлением болезни. У 30% больных плеврит

предшествует перитониту. Боль в груди обычно односторонняя. При физикальном исследовании обнаруживают ослабленное дыхание, шум трения плевры или плевральный выпот. В нашем наблюдении таких жалоб больной не предъявлял, но при УЗИ-исследовании органов брюшной полости выявлено небольшое скопление жидкости в правой плевральной полости.

Данный клинический случай в практическом аспекте представляет определенный интерес, потому как такие пациенты зачастую поступают в инфекционный стационар. Дальнейшее обследование таких больных проводится в рамках обследования как лихорадящего больного.

Выводы:

1. При проведении дифференциальной диагностики лихорадочных состояний необходимо учитывать вероятность и других заболеваний, в частности, генетически обусловленных.
2. Под маской острой хирургической патологии может протекать средиземноморская семейная лихорадка, что диктует необходимость тщательного осмотра и опроса при сборе анамнеза заболевания у этой категории пациентов.
3. В данном клиническом случае в дальнейшем после проведения специфического лечения колхицином необходимо в дальнейшем наблюдение врачей на предмет амилоидной нефропатии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айвазян Ал.А., Саргсян С.Г., Саркисян А.Г., Джавадян А.Ю. Частота амилоидоза почек у больных периодической болезнью в зависимости от частоты приступов в детском возрасте //Материалы научно-практической конференции педиатров. – Ереван: 1999. – С. 11.
- 2 Айрапетян А.С. Генетические аспекты периодической болезни у армян: дис. ... д-р. мед.наук - Ереван, 2002. - 201 с. Арутюнян В.М., Еганян Г. А. Гастроэнтерологические аспекты периодической болезни. – Ереван: Айастан, 1994. - 237с.
- 3 Daniels M et al: Familial Mediterranean fever: High gene frequency among the Jewish populations in Israel. Am J Med Genet 1995; 55:311–14.

А.К.ДҮЙСЕНОВА, Е.М. СМАЙЫЛ, А.К.ШОКАЛАКОВА, Р.Т.ЖҮСІПОВА
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖЕРОРТА ТЕҢІЗІ ОТБАСЫЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ

Түйін: Мақалада жерорта теңіздік қызбасының клиникалық жағдайы сипатталған – ауру, біздің елімізде сирек кездеседі. Отбасылық жерорта теңіздік қызба диагнозын қою өте қиын, әсіресе аурудың алғашқы ұстамалары, осы ауру сирек кездесетін аймақтарда болғанда, себебі бұл аурумен Жерорта теңізін мекендейтін адамдар ауырады. Қызбалық жағдайды дифференциалды диагностика жүргізген кезде басқа аурулармен салыстыра, сонымен қатар генетикалық жақындылығына мән беру керек.

Түйінді сөздер: жерорта теңіздік қызба, генетикалық фактор, іш теспе, колхицин.

A.K.DUISENOVA, E.M.SMIL, A.K.SHOKALAKOVA, R.T.ZHUSUPOVA
THE FAMILY MEDITERRANEAN FEVER IN ALMATY

Resume: Clinical case of Mediterranean fever - rare diseases in our country, is described in this article. The diagnosis of the family Mediterranean fever put difficult, especially during the first attack of the disease and in those regions where the disease is rare, because this disease ill people from the Mediterranean Sea. Must consider the possibility of other diseases and, in particular, genetically determined, in the differential diagnosis of fever.

Keywords: Mediterranean fever, genetic factors, acute abdomen, colchicine

УДК 613.2-099-057.3 (075.8).

А.К.ДУЙСЕНОВА, Е.М.СМАИЛ, С.А.БОЧАРОВ, И.Л.КАДЫШЕВА, Т.К.УТАГАНОВА, Е.Н.ТУТАЕВА, Р.Т. ЖУСУПОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,

Городская клиническая инфекционная больница им. И.С.Жекеновой

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА

В статье описан тяжелый случай пищевого ботулизма в г.Алматы. Акцентировано внимание на необходимости своевременного оказания первой помощи и своевременному началу специфической серотерапии при данной тяжелой токсикоинфекции. Дифференциальная диагностика пищевых токсикоинфекций сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Эпидемиологические предпосылки для заражения инфекционным заболеванием имеют первостепенное значение при постановке клинического диагноза.

Ключевые слова: ботулизм, анаэробы, офтальмоплегия, серотерапия

Возбудитель ботулизма широко распространен в южных регионах Казахстана, в т.ч. на территории г. Алматы, обнаруживается в почве и, как следствие, на продуктах, которые могут контактировать с почвой (овощи, ягоды, фрукты, грибы), а также в рыбе, мясе, колбасных изделиях домашнего копчения. При некачественной очистке и обработке указанных продуктов питания, неполноценной термической обработке, возбудитель ботулизма попадает в консервы, где в анаэробных условиях, нередко при недостаточном количестве соли, кислот и других консервантов, начинает активно размножаться, выделяя ботулотоксин.

По данным статистического кабинета ГКИБ г.Алматы за период с 2004 по 2011 гг. зарегистрировано 64 случая ботулизма, наибольшее число случаев заболевания отмечилось в 2005 г. (13) и в 2010 г. (10), летальности случаев 3: 2 в 2005 и 1 в 2006 гг. Анализ заболеваемости ботулизмом за представленный период свидетельствует, что заболевание регистрируется в виде спорадических случаев от 3 до 13 заболевших в год. Данные цифры отражают истинную заболеваемость, так как ГКИБ является единственной инфекционной больницей в городе.

Приводим клинический случай тяжелого пищевого ботулизма.

07.04.2012 г. в городскую клиническую инфекционную больницу (ГКИБ) г.Алматы им. И.С.Жекеновой (главный врач Тастанбекова Л.М) по экстренным показаниям госпитализирован пациент Д., 28 лет. Больной переведен из приемного отделения БСМП г. Алматы после консультации сотрудника кафедры инфекционных и тропических болезней с курсом «ВИЧ-инфекция и инфекционный контроль», который диагностировал тяжелую форму ботулизма. При опросе жалобы на выраженную общую и мышечную слабость, сухость во рту, двоение в глазах, тяжесть в веках (не может открыть глаза), нарастающую нечеткость зрения, «сетку» и «туман» перед глазами, нарушения глотания, речи.

Из анамнеза заболевания, собранного со слов самого пациента (несмотря на тяжесть состояния, больной отвечает на заданные вопросы): заболел остро 7.04.2012 г. утром примерно в 11.00., когда почувствовал резкую слабость, общий дискомфорт, «чувство комка» в горле, стал ощущать мышечную слабость в руках и ногах. Состояние прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, появились двоение в глазах, стал плохо видеть, глаза стали закрываться, при попытке попить воду из-за необычной сухости во рту, стал поперхиваться. В связи с ухудшением состояния в 19.10. на «Скорой помощи» доставлен в приемное отделение БСМП г. Алматы с подозрением на острое нарушение мозгового

кровотока (ОНМК), где был осмотрен неврологом и терапевтом – диагноз ОНМК исключен, вызван на консультацию инфекционист. В 22.50. консультирован инфекционистом, который выставил диагноз «Ботулизм, тяжелое течение». Больной в экстренном порядке госпитализирован в ГКИБ г. Алматы.

Эпидемиологический анамнез: неделю назад пациент вместе с беременной супругой приехал в г.Алматы в поисках работы, остановился у друга. 06.04.2012 г. употреблял в пищу «осенний» салат - консервированный салат из капусты домашнего приготовления. Со слов больного съел 3-4 ложки салата, вкусовые качества которого ему не понравились. Супруга только попробовала салат. Других сотрапезников не было.

Больной в связи с тяжестью состояния госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) (зав.отделением Утаганова Т.К.) и в экстренном порядке создан консилиум с участием главного врача, заместителя главного врача по лечебной работе, зав. кафедрой, доцента КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, главного внештатного анестезиолога и реаниматолога УЗ г.Алматы, невролога и терапевта. Состояние больного расценено как крайне тяжелое, которое обусловлено синдромом дыхательной недостаточности и нейроплегическим синдромом. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Отмечался офтальмоплегический синдром: двусторонний птоз, мидриаз, диплопия, нечеткость зрения, отсутствие фотореакции. Склеры инъекцированы. Аускультативно в легких жесткое везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 90 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Слизистая ротоглотки сухая. Живот атоничен, перистальтики нет. Перкуторно печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочится через катетер. Нарастала дыхательная недостаточность, в связи с чем больной был переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). На рентгенограмме тотальная левосторонняя пневмония.

С момента поступления больной переведен в ОРИТ по тяжести состояния. Учитывая нарушение дыхания в виде диспноэ, нарастание острого дыхательной недостаточности, брадипноэ до 14 в минуту, снижение SpO₂ до 80%, изменений со стороны КЩС крови в виде некомпенсированного дыхательного ацидоза – pH 7,193, pO₂ 145,3 мм.рт.ст., pCO₂ 70,8 мм.рт.ст. решено было перевести больного на ИВЛ. Следует отметить, что интубация проводилась с учетом .. регургитации с предварительной преоксигенацией и применением приема Селика. ИВЛ проводилась в различных режимах, начиная с IPPV и с дальнейшим переводом на VIPAP и SPAP.

Интенсивная терапия включала дезинтоксикационную инфузионную терапию в пределах 3-3,5 литров в сутки (рефортан 250,0 в/в кап № 6; трисоль 800,0 в/в кап № 2;), нейтротропную терапию (прозерин 1,0 3 раза в/м № 27, милдронат, эуфиллин 2,4% - 10,0 в/в кап. № 10, 5% глюкоза 400,0 + калий хлорид 7,45% 20,0 +инсулин 10 ед.+ MgSO₄ – 10,0 в/в кап № 9;), проводилась седативная терапия ГОМК, брузепамом (клонико-тонические судороги). Кормление больного осуществлялось на начальных стадиях через назогастральный зонд. Больной находился на ИВЛ в течении 7 суток.

Назначена специфическая серотерапия - введение ПБС – типа А, Е и В по 3 лечебных дозы (30 000 МЕ типа А, Е и 15 000 МЕ типа В) – 07.04.2012 г., ПБС типов А, В, Е по 2 дозы на физ.р-ре 0,9 % 100 мл на каждый в/в кап – 08.04.2012 г. по методу Безредко; с учетом развившейся пневмонии дорипрекс внутривенно капельно в дозе 1,0 в/в на 20,0 физ.р-ра 0,9% 3 раза (в течении 9 дней), для профилактики миокардита - поляризирующая смесь, гормоны (преднизолон 120 мг в/в на 100,0 физ.р-ра 0,9% 08.04.2012 г.; преднизолон 90 мг. в/в на 100,0 физ.р-ра 0,9 % 08.04.2012 г.), FDP 50,0 в/в кап. № 3; вазонат 5,0 в/в кап 1 раз в день № 9; аскорбиновая кислота 10 % 10,0 в/в № 7.

В динамике лечения на 3-й день болезни больной стал лучше реагировать на внешние раздражители, пытался открывать глаза, стала появляться фотореакция на свет, уменьшился мидриаз. На 8-й день пребывания в ОРИТ больной экстубирован и переведен на самостоятельное дыхание. Офтальмоплегический синдром начал регрессировать: исчезли птоз, мидриаз, двоение в глазах, нечеткость зрения сохранялась. Медленно шел процесс восстановления акта глотания. На 13-й день болезни (пребывания в стационаре) больной переведен в отделение, на 14-й день стал лучше видеть, на 17-й день болезни стал глотать более «свободно» жидкий бульон и читать крупный шрифт.

Данный случай тяжелого пищевого ботулизма подтверждает незнание врачами скорой помощи

клиники ботулизма. Известно, что при данном заболевании время от момента заражения имеет исключительно колоссальную роль. В конкретном случае больного привезли в медицинское учреждение, где обследование и осмотр занял ровно 3 часа по времени. Инфекционист приглашен через 3 часа. Дифференциальная диагностика проведена при поступлении пациента в первичный стационар - диагноз ОНМК исключил дежурный врач-невропатолог.

Еще один важнейший момент, на который необходимо обратить внимание врачей любой специальности - это сбор эпидемиологического анамнеза. Конкретный случай еще раз демонстрирует значимость правильного собранного эпидемиологического анамнеза, при вызове службы «скорой» помощи, больной, даже будучи в таком тяжелом состоянии, четко констатировал факт употребления салата, закрученного «под крышку», который не понравился на вкус. Необходимо подчеркнуть, что в клинике тяжелого ботулизма на современном этапе кардинальными синдромами остаются нейроплегический и бульбарный синдромы. Своевременно выставленный диагноз служит залогом успешной терапии больных ботулизмом и прежде всего скорейшего начала специфической серотерапии.

Выводы:

1. По данным ГКИБ г.Алматы ботулизм ежегодно регистрируется в виде спорадических случаев – от 3 до 13 заболевших.
2. Прогноз заболевания при ботулизме в значительной степени зависит от времени поступления больного, так как введение лечебных противоботулинистических сывороток позже 3-х дней от начала заболевания неэффективно.
3. Проведение четкой дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, протекающими с нейроплегическим и бульбарным синдромами, обязательно для своевременной диагностики и начала интенсивной терапии этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ретинская И.Г., Касаткина Л.Ф., Сиднев Д.В., Галкина О.И., Санадзе А.Г., Томилин Ю.Н. Ботулизм: трудности диагностики. // Неврологический журнал. - Т. 11. - №6. – 2006. – С. 22-24.
- 2 Ботулизм. Бабенко О.В., Авхименко М.М. // Медицинская помощь. - №1, 2004. –С. 32-34.
- 3 Правовые аспекты нераспознавания и лечения ботулизма на различных этапах ведения больных. Амбалов Ю.М., Клишина Е.И., Васильева И.И., Кузнецова Г.В., Суладзе А.Г., Перепечай С.Д. // Успехи современного естествознания. - №5. - 2006. – С. 67.
- 4 Клинико-эпидемиологические аспекты ботулизма и его лечение. Тошева Ш.А., Рахманов Э.Р., Гулямова Н.М., Ганиев Х.Г. // Здравоохранение Таджикистана. 2009. № 1. С. 57-59.

**А.К.ДҮЙСЕНОВА, Е.М.СМАЙЫЛ, С.А.БОЧАРОВ, И.Л.КАДЫШЕВА, Т.К.УТАГАНОВА,
Е.Н.ТУТАЕВА, Р.Т.ЖҮСІПОВА**
АУЫР ТАҒАМДЫҚ БОТУЛИЗМ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Мақалада Алматы қаласындағы ауыр тағамдық ботулизм жағдайы сипатталған. Берілген ауыр токсикоинфекцияда уақытында көрсетілетін алғашқы көмек және уақытында арнайы серотерапия жүргізуге басты назар аударылған. Қазіргі уақытта да тағамдық токсикоинфекцияның ажырату диагностикасы өз өзектілігін сақтауда. Клиникалық диагноз қойғанда инфекциялық аурулардың эпидемиологиялық жолдамаларының маңыздылығы бірінші дәрежеде.

**A.K.DUISENOVA, E.M.SMIL, S.A.BOCHAROV, I.L.KADYSHEVA, T.K.UTAGANOVA,
E.N.TUTAEVA, R.T.ZHUSUPOVA**

THE CASE OF SEVERE FOODBORNE BOTULISM

Resume: Food-borne botulism is a rare but serious disease caused by ingestions of neurotoxin [botulinum neurotoxins (BoNTs)] produced as a result of the growth of the bacterium *Clostridium botulinum* in foods before consumption. Severe case of foodborne botulism in Almaty is described in the article. The attention to the need for timely first aid and early specific serotherapy for this severe disease. Differential diagnosis of food poisoning, and retains its relevance today. Epidemiological preconditions for infection infectious diseases are of paramount importance in the formulation of the clinical diagnosis. Even small outbreaks of food-borne botulism can precipitate a national emergency and inundate public health and acute care provision. This report provides a reminder to public health professions of the occurrence, diagnosis, treatment and control of this rare but serious food-borne disease.

Key words botulism, *Clostridium botulinum*, epidemiology, foodborne intoxication, public health responses

УДК: 616.329/.33-008-036

К.Е.АБУБАКИРОВА

Городская поликлиника №6 г. Тараз

АТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В статье определены особенности атипичных вариантов клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь нередко проявляется развитием атипичных проявлений, протекающих под «маской» кардиологических, бронхолегочных, отоларингологических заболеваний. Наиболее распространенными атипичными симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются боли за грудиной и хронический кашель.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные синдромы

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое, склонное к рецидивированию заболевание, обусловленное патологическим рефлюксом желудочного или дуоденального содержимого в пищевод с наличием или без эндоскопически позитивных изменений его дистальных отделов в виде рефлюкс-эзофагита. ГЭРБ является одним из наиболее широко распространенных заболеваний органов пищеварения с длительным течением и угрожающими жизни осложнениями, имеющим большую социальную значимость [1, 2]. По данным проведенного многоцентрового исследования «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ) из 7812 опрошенных изжога с различной частотой и интенсивностью встречалась у 47,5%, частая изжога – у 9% [3].

ГЭРБ является многофакторным заболеванием со сложным патогенезом. Выделяют несколько причин патологического желудочно-пищеводного рефлюкса: несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера (НПС); преходящие расслабления НПС; аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; замедленное опорожнение желудка, которое сопровождается приростом внутрижелудочного или внутрибрюшного давления; прием определенных лекарственных препаратов.

В клинической картине выделяют пищеводные и внепищеводные проявления [4–6]. Наиболее изученными являются пищеводные проявления ГЭРБ, значительно ухудшающие качество жизни пациентов.

В связи с тем, что клинические проявления ГЭРБ отличаются вариабельностью, на последнем Монреальском международном научно обоснованном соглашении принята классификация ГЭРБ:

1. Пищеводные синдромы: синдромы, проявляющиеся исключительно симптоматически (классический рефлюксный синдром, синдром боли в грудной клетке) и синдромы с повреждением пищевода – осложнения ГЭРБ (рефлюкс-эзофагит, стриктуры пищевода, пищевод Барретта, аденокарцинома).

2. Внепищеводные синдромы: синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена (кашель рефлюксной природы, ларингит рефлюксной природы, бронхиальная астма рефлюксной природы, эрозии зубной эмали рефлюксной природы) и синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается (фарингит, синуситы, идиопатический фиброз легких, рецидивирующий средний отит).

Изжога является наиболее частым симптомом, она возникает, как минимум, у 75% больных ГЭРБ. Ее выраженность одинакова у пациентов с эзофагитом и без него [7]. Наиболее часто изжога является следствием

патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), при этом ее возникновение ассоциировано с воздействием на слизистую оболочку пищевода кислого желудочного или дуоденального содержимого. Кроме того, формирование ощущения изжоги может быть связано с нарушениями моторики пищевода и с повышенной чувствительностью его слизистой вследствие расстройства центральной и периферической иннервации [8]. Монреальское соглашение рекомендовало придерживаться количественных критериев диагностики ГЭРБ клиники Мэйо [9], получивших широкое распространение в качестве инструмента при эпидемиологических исследованиях: наличие изжоги и/или регургитации (кислой отрыжки) как минимум один раз в неделю.

В последние годы большое внимание уделяется внепищеводным проявлениям ГЭРБ. У части больных эти проявления могут превалировать, тем самым меняя клиническую картину заболевания.

Говоря о бронхолегочных проявлениях (хронический кашель, аспирационная пневмония, бронхоэктатическая болезнь, фиброзирующий альвеолит и другие), в первую очередь следует указать бронхиальную астму, поскольку с каждым годом накапливаются новые данные, свидетельствующие о наличии патогенетически обоснованной взаимосвязи между ГЭРБ и бронхиальной астмой. Исследование факторов, ведущих к взаимному утяжелению заболеваний, доказывает их неоднозначность, а полученные различными авторами результаты влияния терапии ГЭРБ на течение БА, требуют изучения.

Пациенты, страдающие обусловленным ГЭРБ поражением ЛОР-органов (хронические ринит, фарингит, ларингит, отит, ощущение кома в горле, полипы голосовых складок и другие) составляют до 25% от общего числа внепищеводных проявлений ГЭРБ. Нередко больные годами лечатся у оториноларингологов, не достигая стойкой ремиссии заболевания, поскольку, проводимая терапия является симптоматической.

Ещё одним аспектом изучаемой проблемы являются ГЭРБ-ассоциированные стоматологические проявления болезни, у данной категории больных отмечается частое поражение твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта, языка. Правильная и своевременная оценка состояния полости рта, выбор современных средств рационального лечения и особенности проведения лечебных мероприятий при данной патологии являются актуальными для практической медицины.

Важное место среди внепищеводной симптоматики ГЭРБ занимают ее кардиальные проявления. В последние годы появились сообщения о тесной взаимосвязи с ГЭРБ болей в грудной клетке, напоминающих стенокардитические (noncardiac chest pain). Установлено, что среди больных с ангинозными приступами, направляемых на коронарографию, интактные коронарные артерии обнаруживаются в 30% случаев. Причём почти у половины таких пациентов выявляется симптоматика, свойственная ИБС.

Нетипичная симптоматика ГЭРБ нередко приводит к несвоевременной постановке диагноза и, соответственно, становится причиной неверного выбора тактики лечения. В этой связи представляется актуальным изучение особенностей клинических проявлений атипичных вариантов ГЭРБ.

Цель настоящего исследования – определение особенностей атипичных вариантов клинического течения ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Обследовано 140 больных ГЭРБ с атипичным вариантом течения в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст – $35,3 \pm 13,2$ года), в том числе 48 мужчин (средний возраст – $34,8 \pm 13,8$ года) и 92 женщины (средний возраст $32,5 \pm 12,8$ года).

Для объективизации полученной информации применялась культурально адаптированная анкета Клиники Мэйо переведенной на русский язык.

Статистическая обработка полученных материалов проведена с применением пакета программ Statistica 6.0 и включала создание базы данных, автоматизированную проверку качества подготовки информации и статистический анализ. Критерием статистической достоверности был уровень $p < 0,05$. Определялись средние значения, стандартные отклонения. Достоверность различий непараметрических данных оценивалась по χ^2 Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным опроса, обследованных больных часто беспокоили ощущение кислоты и/или горечи в горле в 60,4% случаев, чувство жжения за грудиной – 60,4%, отрыжку воздухом с разной частотой ощущали – 61,9%, дисфагию – 33,1%, одинофагию – 10,8%, боль или тяжесть в эпигастральной области – 74,1%, тошноту – 67,6%.

Икота с различной частотой отмечалась у 50,1% больных. В большинстве случаев это была редкая икота (в сумме менее 3 месяцев за год), которая беспокоила в 43,7% случаев, причем чаще она возникала у больных, не имеющих признаков ГЭРБ. В то же время частая икота (в сумме более 3 месяцев за год) чаще беспокоила больных с признаками ГЭРБ (10,1%), чем у больных без этих признаков (6,0%) ($\chi^2 = 3,41$; $p = 0,0651$).

Возникновение рвоты отметил 17,2% больных, причем рвоту с кровью отмечали в 0,9% случаев, рвоту с примесью желчи – 8,4%. Распространенность данного симптома была достоверно выше среди лиц с признаками ГЭРБ, чем среди лиц без таковых.

У части больных имели место симптомы, которые могли быть рефлюксассоциированными [10]: изменение голоса, хронический кашель, бронхолегочные заболевания и заболевания ЛОР-органов.

Изменение голоса отмечали 29,9% больных, причем редко (в сумме менее 3 месяцев за год) – у 31,1% больных и часто (в сумме более 3 месяцев за год) – у 5,2% больных. Сравнительный анализ распространенности данного симптома в зависимости от

наличия у больных признаков ГЭРБ достоверной разницы не выявил.

Кашель беспокоил 58,4% больных, редкий кашель (в сумме менее 3 месяцев за год) отмечали 45,7% больных и частый кашель (в сумме более 3 месяцев за год) – 12,6%. Частота возникновения данного симптома, по данным опроса, не зависела от наличия у больных признаков ГЭРБ.

Такие дополнительные исследования, как эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), проведены 27 больным с жалобами на частый кашель при отсутствии типичных для ГЭРБ симптомов. Степень поражения слизистой оболочки пищевода (СОП) по данным ЭФГДС оценивали с помощью классификации рефлюкс-эзофагита (Savary-Miller). У 1 больного (3,7%) при проведении эндоскопического исследования диагностировано поражение СОП (1-я степень по Savary-Miller). Таким образом, включение в план обследования пациентов с хроническим кашлем ЭФГДС позволяет своевременно диагностировать кашель рефлюксной природы и правильно определить дальнейшую тактику ведения таких пациентов.

Заболевания ЛОР-органов имелись у 30,8% больных. Ларингит встречался у 5,5%, хронический фарингит – у 13,1%, другие заболевания ЛОР-органов – у 12,2% больных. Распространенность этих заболеваний среди больных, имеющих признаки ГЭРБ, была несколько выше, чем среди больных без признаков заболевания.

22 человека из числа опрошенных (10,6%) страдали бронхиальной астмой. У больных с признаками ГЭРБ она встречалась чаще (3,4%), чем у больных, не имеющих признаки ГЭРБ (1,3%) ($\chi^2 = 4,09$; $p = 0,0430$). Среди больных, не имеющих признаков ГЭРБ, преобладали пациенты со среднетяжелым течением бронхиальной астмы – 72,1%, меньшее число страдало легкой и тяжелой формами, соответственно 10,5% и 17,4% больных.

13,9% больных имели в анамнезе хронический бронхит. Среди больных с наличием признаков ГЭРБ хронический бронхит встречался в 19,4% случаев, среди остальных – в 13,3% случаев ($\chi^2 = 3,89$; $p = 0,0486$). Другие заболевания бронхолегочной системы имели 4,5% больных, распространенность которых не зависела от наличия у больных симптомов, характерных для ГЭРБ.

Согласно результатам опроса, частота возникновения боли за грудиной у респондентов была различной. В большинстве случаев боль за грудиной возникала редко: у 36,73% больных – менее одного раза в месяц, у 17,5% – 1 раз в месяц и у 20,3% – несколько раз в месяц. Частые боли за грудиной отмечало меньшее количество испытуемых: у 8,9% больных боли возникали 1 раз в неделю, у 1,7% – несколько раз в неделю.

При сопоставлении частоты возникновения кардиальных проявлений и наличия типичных признаков ГЭРБ выявлено, что загрудинные боли более распространены у больных, имеющих частую изжогу и/или регургитацию. Достоверная разница выявлена для болей за грудиной, с частотой возникновения от 1 раза в месяц до нескольких в неделю, что дает основание предположить влияние патологических ГЭР на возникновения болевых ощущений за грудиной у больных.

Части респондентов ($n = 21$) с частыми болями за грудиной и отсутствием в анамнезе ИБС проведено ЭФГДС и ЭКГ-мониторирование. По результатам ЭКГ-мониторирования выявлены эпизоды нарушений ритма в 58,0% случаев. При проведении корреляционного анализа у 64,5% больных выявлена зависимость между

эпизодами боли за грудиной и ГЭР ($r=0,23$, $p<0,05$), у 45,2% – между эпизодами нарушения ритма и ГЭР ($r=0,24$, $p<0,05$). Полученные данные позволили не только диагностировать ГЭРБ, но и подтвердить рефлюксное происхождение загрудинной боли, выявить рефлюкс-ассоциированные эпизоды нарушений ритма. У большинства опрошенных с признаками ГЭРБ выявлены факторы, предрасполагающие к рефлюксу желудочного и дуоденального содержимого в пищевод: 16,5% больных отмечали в анамнезе прием лекарственных препаратов, понижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (нитраты, β -блокаторы, спазмолитики, седативные препараты), у 19,4% - имела грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 26,6% – ожирение, у 35,3% – хронический запор. Результаты анкетирования выявили низкую обращаемость больных, имеющих признаки заболевания, за медицинской помощью. Всего к врачу с жалобами на изжогу, ощущение кислоты или горечи в горле, срыгивание обращались 8,9% больных: 6,3% больных без

признаков ГЭРБ и 32,4% - с признаками ГЭРБ. Среди респондентов с признаками ГЭРБ более 10 раз в течение года по поводу изжоги обращались 3,6% больных, от 6 до 10 раз – 0,7%, от 3 до 5 раз – 9,4% и 1–2 раза – 18,7%. Таким образом, проведенное исследование показало, что ГЭРБ нередко проявляется развитием атипичных проявлений, протекающих под «маской» кардиологических, бронхолегочных, отоларингологических заболеваний. Наиболее распространенными атипичными симптомами ГЭРБ являются боли за грудиной и хронический кашель. Врачам разных специальностей необходимо помнить о наличии клинических «масок» ГЭРБ и в диагностическом поиске шире использовать методы, позволяющие выявить наличие патологических ГЭР и изучить состояние слизистой оболочки пищевода. Комплексный подход к анализу клинического варианта заболевания и его функциональных характеристик, разработки стратегии лечения и профилактики заболевания позволит улучшить результаты лечения больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Маев И.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. - 2005. - №5. – С. 55-6.
- 2 Шептулин А.А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 18. - № 4. – С. 23-27.
- 3 Лазебник Л. Б., Машарова А. А., Бордин Д. С. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. - 2009. - № 6. – С. 4-12.
- 4 Звенигородская Л.А., Чурикова А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых больных // Фарматека. – 2012. № 10. – С. 23-25.
- 5 Зорина Е.В., Давыдкин И.Л. Скрининг гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Уральский медицин. журнал. - 2009. № 2. – С. 99-102.
- 6 Пикулев Д.В., Алексеева О.П., Долбин И.В. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности сочетанного течения // Медицинский альманах. – 2012. - №1. - С. 43-47.
- 7 Dickman R., Fass R. The pathophysiology of GERD. Gastroesophageal reflux disease. Principles of disease, diagnosis, and treatment. /F.A. Grranderath, T. Kamolz, R. Pointher (Eds.). Wien - NY: Springer. 2006. - P. 13-22.
- 8 V. van Pinxteren, Bonis P.A., Numan M.E. et al. Shortterm treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease // Cochrane Database Syst. Rev. - 2004. - № 4. – P.95.
- 9 Saritas Yuksel E, Vaezi MF. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: cough, asthma, laryngitis, chest pain // Swiss Med Wkly. 2012 Mar 22;142:w13544.
- 10 Moore JM, Vaezi MF. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: real or imagined? // Curr Opin Gastroenterol. 2010;26(4):389-94.

ГАСТРОЭЗОФАГАЛДЫҚ РЕФЛЮКС АУРУЫ АҒЫМЫНЫҢ ҰҚСАМАУШЫЛЫҚ НҰСҚАЛАРЫ

Түйін: Мақалада гастроэзофагеальді рефлюкс ауруының клиникалық ағымының ұқсамаушылық ерекшеліктері қарастырылған. Гастроэзофагеальді рефлюкс ауруының кардиологиялық, бронх-өкпелік, отоларингологиялық аурулардың бетпердесі астында дамитын ұқсамаушылық құбылыстарының дамуымен көрініс табатыны аз емес. Гастроэзофагеальді рефлюкс ауруының ең жиі тараған ұқсамаушылық симптомдары кеуде артынының ауыруы мен созылмалы жөтел болып табылады.

Түйінді сөздер: гастроэзофагеальді рефлюкс ауруы, өңеш сырты синдромдары

К.Е.АБУБАКИРОВА

Polyclinic #6 of Taraz city

ATYPICAL OPTIONS OF THE CURRENT GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Resume: In article features of atypical options of a clinical course of gastroesophageal reflux disease are defined. Gastroesophageal reflux disease is quite often shown by development of the atypical implications proceeding under "mask" of cardiologic, bronchopulmonary, otolaryngology diseases. The most common atypical symptoms of gastroesophageal reflux disease are pains behind a breast bone and chronic tussis.

Gastroesophageal reflux is a common condition affecting many patients in different parts of the world. It usually presents with the classic manifestations of heartburn and regurgitation; however, in some it can also present with extraesophageal manifestations such as chronic cough, laryngitis, asthma or chest pain. Commonly employed diagnostic tests such as

esophagogastroduodenoscopy and ambulatory pH or impedance monitoring in gastroesophageal reflux, are less useful in extraesophageal syndromes due to their poor sensitivity and specificity. In contrast, empiric trials of PPI's are shown to be cost effective; however, patients may require long-term treatment to establish effectiveness. Diagnostic testing with pH and impedance monitoring are commonly reserved for patients with partial or poor response to the initial treatment with PPI's. Poor response to PPI therapy may be an important indicator for non-gastroesophageal reflux causes for patients' symptoms and should initiate a search for other potential causes.

Extraesophageal reflux disease (EERD) represents a wide spectrum of manifestations mainly related with the upper and the lower respiratory system such as laryngitis, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, cough, hoarseness, postnasal drip disease-sinusitis, otitis media, recurrent pneumonia and laryngeal cancer. Non-cardiac chest pain is commonly grouped among the esophageal syndromes by the Montreal Classification, but is not one of the common symptoms of typical gastroesophageal reflux (GER) which are heartburn and regurgitation. The diagnosis and recommendations on initial empiric therapy for patients with suspected reflux related non-cardiac chest pain is similar to those of extraesophageal reflux which is why it is included in this chapter.

GER contributes to extraesophageal syndromes by two mechanisms: direct (aspiration) or indirect (vagally-mediated) mechanisms. Reflux of gastroduodenal contents into the esophagus and hypopharynx may be classified as either "high" or "distal". The pathogenesis of "high" esophageal reflux involves reflux that traverses the esophagus and induces cough either by direct pharyngeal or laryngeal stimulation or aspiration and causes a tracheal or bronchial cough response. In "distal" esophageal reflux, cough can be produced by a vagally-mediated tracheal-bronchial reflex. Embryologic studies show that esophagus and bronchial tree share a common embryologic origin and neural innervation via the vagus nerve. Pressure gradient changes between the abdominal and thoracic cavities during the act of coughing, may lead to a cycle of cough and reflux. A disturbance in any of the normal protective mechanisms such as disruption of the mechanical barrier for reflux (lower esophageal sphincter) or esophageal dysmotility may allow direct contact of noxious gastroduodenal contents with the larynx or the airway.

In this article we will discuss the latest knowledge of the association between extraesophageal manifestations of GER such as chronic cough, laryngitis and asthma as well as non-cardiac chest pain of esophageal origin. We will discuss the current recommendations on diagnosis and treatment options for this difficult group of patients.

Key words: gastroesophageal reflux disease, extraesophageal syndromes extraesophageal reflux syndrome; chronic laryngitis; asthma; chronic cough; reflux

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

В последнее время отмечается особый интерес к препаратам III класса. Эффективность кордарона оказалась выше по сравнению с другими классами антиаритмических препаратов даже в тех случаях, когда этот препарат назначали после того, как была констатирована неэффективность других средств. Кордарон может быть использован, по данным литературы, и для купирования, и для профилактики приступов ФП. Эффективность до 70-90% наблюдалась даже при отсутствии эффекта от других средств. Полученные нами результаты применения кордарона при ФП у больных ИБС соответствуют литературным данным.

Ключевые слова: мерцательная аритмия, купирование, профилактика, лечение, фармакологическая кардиоверсия

Мерцательная аритмия сопряжена с повышенным риском осложнений и со снижением качества жизни. В 5—7 раз возрастает вероятность инсульта, снижается переносимость физической нагрузки (из-за отсутствия, а из-за постоянного приема антикоагулянтов повышается риск кровотечений). Кроме того, по некоторым данным, применение антиаритмических средств класса Ia сопровождается увеличением смертности. Обычно удается восстановить синусовый ритм, однако в половине случаев в течение года возникают повторные пароксизмы. Если устранена причина аритмии, если пароксизм не сопровождался сердечной недостаточностью, стенокардией, артериальной гипотонией и ЧСС во время пароксизма была не слишком высокой, то профилактического лечения не требуется. В остальных случаях назначают блокаторы АВ-проводения и препараты класса Ia либо проводят монотерапию препаратом класса Ic. Наиболее эффективными средствами лекарственной кардиоверсии являются антиаритмические препараты I и III классов. Эффективность большинства из них решающим образом зависит от длительности эпизода непрерывной ФП. При продолжительности пароксизма ФП менее 48 часов эффективность варьирует от 70 до 90% и не превышает 30%, если пароксизм продолжается свыше 48 часов. Если ФП не прерывается в течение более 7 суток (переход в постоянную форму ФП), эффективность начинает стремиться к 0 пропорционально увеличению срока. После кардиоверсии при отсутствии профилактической антиаритмической терапии фибрилляция предсердий (ФП) рецидивирует с частотой 44 – 85% в течение 12 месяцев. Если проводится профилактическая антиаритмическая терапия, то риск рецидива снижается и повторный приступ ФП возникает преимущественно в течение 1-го месяца после кардиоверсии. В последнее время отмечается особый интерес к препаратам III класса. Эффективность кордарона оказалась выше по сравнению с другими классами антиаритмических препаратов даже в тех случаях, когда этот препарат назначали после того, как была констатирована неэффективность других средств.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности кордарона при купировании и профилактике ФП после фармакологической кардиоверсии у больных ИБС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 36 больных с ФП на фоне ИБС, которые поступили в экстренном порядке в ГКЦ г. Алматы. Кордарон назначали в/в 5 мг/кг медленно под контролем ЭКГ, затем внутрь 600 мг 1 раз в сутки – в первую неделю, 400 мг 1 раз в сутки во 2-ю неделю, 200 мг 1 раз в сутки с 3-ей недели постоянно или длительно.

Всем больным проводились помимо общеклинических анализов биохимические исследования (ферменты, электролиты), ЭКГ контроль.

Результаты и обсуждение. По результатам нашего наблюдения пароксизм ФП был купирован у 24 (66,7%) больных. При динамическом наблюдении в течение 1 месяца за этими больными синусовый ритм у них сохранялся. Кордарон относится к 3-ему классу антиаритмических препаратов, увеличивает рефрактерность и продолжительность сердечного потенциала действия, а также обладает антиаритмическим, бета-блокирующим и вазодилатирующим эффектами. Многие авторы полагают, что он является самым эффективным препаратом для монотерапии многих аритмий. Его способность увеличивать выживаемость при таких заболеваниях, как инфаркт миокарда или застойная сердечная недостаточность. Кордарон одобрен FDA для лечения жизнеугрожающих желудочковых аритмий при неэффективности или непереносимости других препаратов. Кордарон довольно эффективен для купирования фибрилляции предсердий и контроля желудочкового ритма. « контролируемых исследования показали улучшение продолжительности жизни пациентов, переживших ИМ. Другое исследование дает основание предполагать, что терапия кордароном удлиняет жизнь пациентов с ЗСН и аритмиями. Нарушения ритма и проводимости практически всегда сопровождают инфаркт миокарда. Однако прогноз отягощают не все типы аритмий. Клиницист должен распознать впервые выявленный приступ ФП, действительно ли он сопровождается симптомами, оканчивается ли самостоятельно. При этом необходимо признать, что нельзя быть точно уверенным в продолжительности этого приступа и в предыдущих необнаруженных приступах. Когда у больного было 2 или больше приступа, ФП считают рецидивирующей. Если аритмия заканчивается спонтанно, рецидив ФП называется пароксизмом, а форма - пароксизмальной; когда аритмия продолжается, ФП называется упорствующей. В последнем случае завершение приступа фармакологической или электрической кардиоверсией не изменяет название. Упорствующая ФП может быть или первым приступом аритмии, или кульминацией рецидивов пароксизмальной ФП. Главные задачи лечения пациентов с ФП: лечение непосредственно аритмии и профилактика тромбоэмболий. У пациентов с упорствующей ФП есть принципиально два пути лечения: восстановить и удерживать синусовый ритм или позволить ФП продолжать существовать и контролировать частоту сокращений желудочков. Хотя с вопросом, какой из этих

двух путей выбрать, клиницисты сталкиваются часто (ФП - весьма распространенная аритмия), проводилось чрезвычайно мало контролируемых многоцентровых исследований антиаритмических препаратов, где сравнивались бы различные формы ФП. Препараты с доказанной эффективностью (применяемые для кардиоверсии) амиодарон (кордарон) – в стационаре: 1.2-1.8 г в день в дробных дозах до общей дозы 10г, затем 200-400мг в день (поддерживающая доза) или 30мг/кг в одной дозе. Амбулаторно: 600-800 мг в день в дробных дозах до

общей дозы 10г, затем 200-400 мг в день (поддерживающая доза) или 5-7 мг/кг за 30-60 мин, затем 1.2-1.8 г в день внутривенно или в дробных дозах до общей дозы 10г, затем 200-400мг в день (поддерживающая доза).

Выводы:

- 1 Пароксизм ФП был купирован у 24 (66,7%) больных.
- 2 При динамическом наблюдении в течение 1 месяца за этими больными синусовый ритм у них сохранялся.
- 3 Побочного действия препарата нами не отмечено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кардиология. Руководство для врачей. Под редакцией Р.Г.Оганова, И.Г.Фоминой. – М.: «Медицина», 2004.
- 2 Оливия В. Эдейр. Секреты кардиологии. Под общей редакцией докт.мед.наук, проф. В.Н.Хирманова. – М.: «МЕДпресс-информ», 2004.
- 3 Г.В.Ройтберг, А.В.Струтынский. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. - М.: Издательство БИНОМ, 2003.
- 4 Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей под редакцией Ф.И.Комарова. Болезни сердечно-сосудистой системы. Т.1. – М.: «Медицина», 2003.
- 5 Метелица В.И. Справочник по клинической фармакотерапии сердечно сосудистых лекарственных средств.// М.: 1996.
- 6 Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. // М.: 1999. - т.3

Г.М. ХАМРАЕВА

ЖЫБЫРЛАҚ АРИТМИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Түйін: Соңғы кезде III снаттағы препараттарға ерекше көңіл бөлінуде. Кордаронды басқа дәрілердің тиімсіздігі анықталғаннан соң тағайындайды, оның әсері басқа антиаритмиялық препараттармен салыстырғанда жоғары. Әдебиеттердегі мәліметтер бойынша кордарон жүрекше фибрилляциясы ұстамасын басуғы және алдын алуға қолданылады. Басқа дәрілердің әсері болмаған кезде кордаронның әсері 70-90% байқалады. Біздің алған мәліметтеріміз ЖИА-мен ауыратын науқастардағы жүрекше фибрилляциясында кордаронды қолдану әдебиеттердегі мәліметтермен сәйкес келеді.

Түйінді сөздер: жыбырлақ аритмия, басу, алдын алу, емдеу, фармакологиялық кардиоверсия

G.M. HAMRAYEVA

TREATMENT AND PREVENTION ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Resume: There has been a particular interest in the anti-arrhythmic drug class III. Cordarone efficiency was higher than other classes of anti-arrhythmic drugs, even in cases where the drug was administered after it was pronounced inefficiency other means. Cordarone can be used, according to the literature, and for the relief and prevention of attacks AF. Efficiency up to 70-90% was observed even in the absence of the effect of other means. Our results of Cordarone in AF patients with ischemic heart disease correspond to published data.

Keywords: atrial fibrillation, prevention, relief, treatment, pharmacological cardioversion

УДК: 616.322-002.07

Г.Ж. УМЕНОВА

Городской кардиологический центр Алматы

КАРДИОМАРКЕРЫ ПРИ ХСН

Сердечный тропонин *Ti* и сердечный тропонин *I* используются в диагностике не так давно, однако хорошо зарекомендовали себя. Циркулирующие тропонины способны представлять важную информацию для пациентов с СН вне непосредственной связи с ИМ/ОКС, являясь независимыми предикторами наступления неблагоприятных клинических исходов и негативного прогноза. Среди ряда потенциально возможных маркеров активации свертывания крови особый интерес вызывает исследование уровня в плазме *D*-димера. Выявление положительных тестов на *D*-димер у больных ИБС при наличии ХСН настораживает врача на возможность реальной угрозы тромбоземболических осложнений у этой категории больных.

Ключевые слова: кардиомаркеры, тропонин, *D*-димер, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН)

Несмотря на то, что в многочисленных исследованиях подтверждается высокая чувствительность и специфичность тропониновых тестов в диагностике ИМ, есть ряд состояний, не связанных с атеротромбозом коронарных артерий, но сопровождающихся повышением уровня тропонинов в крови, в частности, острая и хроническая сердечная недостаточность (СН). Согласно литературным данным, кратковременные подъемы тропонинов при СН связаны с нарушением сократимости миокарда и коррелируют с тяжестью СН и прогнозом. Прогрессирование СН в результате некроза и апоптоза кардиомиоцитов, активации ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатической нервной системы, выброса медиаторов воспаления также ассоциируется с персистирующим повреждением миокарда с постепенной заменой погибших клеток фиброзной тканью. Циркулирующие тропонины способны представлять важную информацию для пациентов с СН вне непосредственной связи с ИМ/ОКС, являясь независимыми предикторами наступления

неблагоприятных клинических исходов и негативного прогноза.

В то же время многочисленные исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи уровня *D*-димера с высоким риском тромбоземболических осложнений у больных ХСН.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня тропонинов и *D*-димера у больных при ХСН.

Материал и методы. Нами проанализированы 248 историй болезни больных ИБС в возрасте от 58 до 76 лет (средний возраст 64,4±2,3), находившихся на лечении в ГКЦ, из них мужчин – 164 (66,1%), женщин 84 (33,9%). Нестабильная стенокардия имела место в 156 (62,9%), инфаркт миокарда в 92 (37,1%) случаях, ХСН I ст. выявлена у 94 (37,9%), II ст. – у 107 (43,1%), III ст. у 47 (18,95%). Тропонины и *D*-димер были определены у всех больных в первые часы поступления, через 6 и 12 часов после начала ангинозного приступа.

Результаты и обсуждение. Результаты определения тропонинов у больных ИБС представлена в таблице №1.

Таблица 1 - Положительные тесты тропонина у обследуемых больных

ХСН		Тропонин положит.	в первые час.	Через 6 час.	Через 12 час.	Инфаркт миокарда	Прогресс. стенокардия
I ст.	94	21 (25%)	-	18	3	21	-
II ст.	107	18 (27%)	2	12	4	6	12
III ст.	47	45 (53,6%)	1	34	10	39	6
	248	84 (33,9%)	3 (1,2%)	64 (25,8%)	17 (6,85%)	66(26,6%)	182 (73,4%)

Тропонины положительными оказались в 33,9% случаев: в первые часы у 3 пациентов (1,2%), через 6 часов – у 64 (25,8%) и через 12 часов – у 17 (6,85%). Диагноз ОКС в последующем был трансформирован в инфаркт миокарда у 66 больных, тропонины во всех случаях были положительными. Из 182 больных с нестабильной стенокардией у 18 (9,9%) были тропонин позитивными. Оптимальным является двукратное определение уровня тропонинов через 6 и 12 часов от начала заболевания. В течение 2 недель от начала ИМ концентрация тропонина

в крови постепенно возвращается к исходному уровню. Причиной приоритетного использования сердечных тропонинов в диагностическом алгоритме ИМ является их высокая специфичность даже в случаях незначительного некроза миокарда. По результатам нашего исследования, увеличенный уровень тропонинов чаще был у больных при III степени ХСН - 45 (53,6%). Уровень *D*-димера у обследованных нами больных представлен в таблице №2.

Таблица 2 - Положительный тест на *D*-димер у обследуемых больных

ХСН		<i>D</i> -димер положит.	в первые час.	Через 6 час.	Через 12 час.	Инфаркт миокарда	Прогресс. Стенокардия
I ст.	94	35(14,1%)	2	33	-	2	33

II ст.	107	35(14,1%)	7	28	-	31	4
III ст.	47	33(13,3%)	6	12	15	33	-
	248	103 (41,5%)	15(14,6%)	73(70,9%)	15(14,6%)	66(64%)	37 (35,9%)

Как видно из данных таблицы №2, положительные тесты на Д-димер были выявлены у 41,5% больных, из них 64% составили больные с инфарктом миокарда, в то же время 35,9% больных были со стенокардией. По литературным данным, уровень Д-димера превышал верхнюю границу нормального распределения у 32% больных ССЗ без клинических проявлений тромбоэмболии. Причем необходимо отметить, что наиболее информативным является определение Д-димера, как и тропонинов через 6 часов от начала болевого синдрома. Согласно данным литературы, независимыми предикторами повышения Д-димера у сердечно-сосудистых больных без видимых тромбозов являются женский пол, возраст ≥ 68 лет, острый воспалительный процесс, легочная гипертензия и декомпенсация ХСН. В связи с этим представляло интерес рассмотрение Д-димер положительных тестов у

больных по половой принадлежности, возрасту. Среди наших больных с увеличенным уровнем Д-димера мужчины составили 69,9% (72 пациента), женщины – 30,1% (31); из 103 больных 85 (82,5%) были старше 68 лет. При изучении частоты обнаружения увеличенного Д-димера в зависимости от степени выраженности ХСН, как видно из данных таблицы №2, концентрация Д-димера не зависела от степени выраженности ХСН.

Выводы:

1. Кардиомаркеры (тропонин и Д-димер) обнаруживаются у больных ИБС при ХСН в 33,9% и 41,5%.
2. Уровень тропонинов оказался наиболее выраженным при ХСН Ш степени - 53,6%, тогда как увеличенная концентрация Д-димера определялась с одинаковой частотой (14,1-13,3%).
3. Д-димер чаще определялся у больных старше 68 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аверков О.В., Шевченко И.В., Мириладзе Т.Ш., Кобалава Ж.Д. Венозные тромбозы и эмболии у больных с сердечной недостаточностью // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. - 10 (4). — С. 101-106.
- 2 Воробьева Н.М., Панченко Е.П., Добровольский А.Б., Титаева Е.В. Повышение Д-димера у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями без тромбоэмболических осложнений: с чем это связано и что делать? //
- 3 Ангиология и сосудистая хирургия. 2010; 16 (4): 34-41.Reichlin T, Hochholzer W, Bassetti S, et al. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. *New Engl J Med*, 2009. – 361. – С. 858-867.
- 4 Keller T, Zeller T, Peetz D, et al. Sensitive troponin I assays in early diagnosis of acute myocardial infarction. *New Engl J Med*, 2009. – 361. – Р. 868-877.
- 5 Morrow DA. Clinical application of sensitive troponin assays. *New Engl J Med*, 2009. – 361. – Р. 913-915.
- 6 Н.А. Якуш, Э.Ч. Шанцило, И.Э. Адзериго. Сердечные тропонины в клинической практике.

Г.Ж. УМЕНОВА

ЖҰРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ КЕЗІНДЕГІ КАРДИОМАРКЕРЛЕР

Түйін: Жүректік тропонин Т және жүректік тропонин I диагностикада қолданылуына көп уақыт болған жоқ, бірақ өзін жақсы ұсынды. Циркуляциялық тропониндер жүрек жетіспеушілігімен байланысты МИ/ЖКС бар науқастар үшін маңызды мағлұмат береді, клиникалық нәтиже мен қолайсыз болжамына тәуелсіз болып келеді. Мүмкін болатын потенциалды маркерлер арасында қан ұюының активациясына әсер ететін плазма құрамындағы Д-димердің мөлшерін зерттеу қызығушылықты туғызады. ЖИА-мен ауыратын, сонымен қатар СЖЖ бар науқастардан Д-димерге оң нәтижелі тестті анықтау, дәрігер үшін бұл науқастар категориясында тромбоэмболиялық асқинулардың қаупі жоғары екендігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: кардиомаркерлер, тропонин, Д-димер, ЖИА, СЖЖ.

G.J.UMENOVA

Cardiological Center of Almaty city

CARDIAC MARKERS IN CHF

Resume: The cardiac troponin T and troponin I are used in diagnostics not so long ago, but worked well. The circulating troponins can provide important information for patients heart failure out of a direct connection MI/SCS, being independent predictors of approach of adverse clinical outcomes and the negative forecast. Among a number of potentially possible markers of activation of coagulation the particular interest is the study of plasma levels of D-Dimer. Detection of positive tests on d-dimer at patients in the presence CHF guards the doctor on possibility of real threat of tromboembolic complications at this category of patients.

Keywords: cardiomarkers, troponin, D-Dimer, coronary artery disease, IHD, congestive heart failure (CHF)

УДК: 616: 379

К.М.МАДИБРАИМОВ

Главный врач ГККП «Поликлиника ВОВ», Алматы, Казахстан.

СТРУКТУРА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В данной статье проанализирована структура кардиологической заболеваемости пожилого населения одного из районов г. Алматы. Был проведен статистический анализ структуры заболеваний системы кровообращения. Выявлено преобладание хронической патологии сердца в виде артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и заболеваний сосудов у лиц пожилого возраста.

Ключевые слова кардиологическая заболеваемость, пожилое население

Актуальность

Постепенное старение населения увеличивает встречаемость сердечно-сосудистых болезней в повседневной врачебной практике. При этом болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) имеют тенденцию к утяжелению. Знание закономерностей развития старения дает возможность прогнозировать появление атеросклероза, АГ, ИБС, сахарного диабета (СД), рака. Эти заболевания развиваются в старшем возрасте, и большинство ученых считают, что это связано с процессом старения [1,2].

Клиника ССЗ и их лечение в пожилом возрасте определяются в первую очередь возрастными инволютивными изменениями и развитием склеротических поражений сосудов и сердца [3,4].

На догоспитальном этапе приобретают важное значение статистические исследования кардиологической заболеваемости геронтологического населения.

Целью исследования явился анализ кардиологической заболеваемости пожилого населения одного из районов г. Алматы.

Материалы и методы

Произведен сплошной анализ статистических карт посещений населения Алмалинского района, прикрепленного к ГККП «Поликлиника ВОВ» за период с 01.01. 12 – по 31.12. 12. Всего зарегистрировано 30.062 больных, из них 15.424 пациентов с болезнями системы кровообращения, что составило 51, 3 % от общего числа. Лидирует число пациентов (7480 - 48, 5 %) с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным

давлением, затем ишемической болезнью сердца (ИБС) и заболеваниями сосудов – 5796 (37,6 %). Больных стенокардией 3392 человека (58,5 %), острым инфарктом миокарда – 12 (0,2 %), пароксизмальной тахикардией – 4 (0,07 %), другими нарушениями проводимости – 2 (0,03 %), нарушениями сердечного ритма – 195 (3,4 %), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), 406 – 7 %, цереброваскулярными болезнями – 1374 (23,7 %), эндартериитом, тромбангиитом облитерирующим – 12 (0,2 %), варикозным расширением вен нижних конечностей – 18 (0,3 %).

Результаты и обсуждение

В сравнительном аспекте в общей структуре преобладают хронические формы заболеваний системы кровообращения. Экстренная патология у пожилых практически не встречается, что можно объяснить стертой клинической проявлений у лиц пожилого возраста [5].

Выводы

Часто малосимптомное, латентное течение заболеваний системы кровообращения в сочетании с гиподиагностикой обуславливает большую распространенность хронической патологии сердца среди лиц пожилого и старческого возраста. Трудности диагностики сердечно-сосудистой патологии напрямую связаны как с техническими (многие методы инструментальной диагностики не учитывают возрастные изменения сердца), так и с материальными факторами, приводящими к снижению комплаенса к полному и своевременному обследованию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Филатова С.А., Безденежная Л.П., Андреева Л.С. Геронтология: учебник. – Изд. 5-е, дополн. и переработ. – Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 510 с. – (СПО).
- 2 Воробьева Т.Е., Куницына А.Я., Малеева Т.Ю. Гериатрия. – Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 152 с.
- 3 Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. – М.: «Издательство БИНОМ», 2003.
- 4 Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология "Избранные лекции". – М.:ООО Медицинское информационное агентство, 2008. – 256 с.
- 5 Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии. – Ростов на Дону: Феникс, 2007.

Қ.М.МАДИБРАИМОВ

ҚАРТ КІСІЛЕРДІҢ КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ АУРУШАҢДЫҒЫНЫҢ АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ
КЕЗЕҢДЕГІ ҚҰРЫЛЫМЫ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қаласы аудандарының бірінің егде тартқан тұрғындарының кардиологиялық аурушаңдығының құрылымы талқыланды. Қан айналым жүйесінің аурулары құрылымына статистикалық талдау жүргізілді. Артериалық гипертензия(АГ), жүректің ишемиялық ауруы(ЖИА) және қан тамыр аурулары түрінде өтетін жүректің созылмалы патологияларының егде тартқан адамдардағы басымдылығы анықталды.

Түйінді сөздер: кардиологиялық аурушаңдылық, егде тартқан кісілер

K.M.MADIBRAIMOV

STRUCTURE OF CARDIOLOGICAL DISEASE IN PERSONS OF ADVANCED AGE AT
PRE-HOSPITAL STAGE

Resume: In the article the structure of cardiological disease of the elderly population of one of areas of Almaty is analysed. The statistical analysis of structure of diseases of system of blood circulation has been carried out. Prevalence of a chronic pathology of heart in the form of an arterial hypertension (AH), an ischemic heart disease (IHD) and diseases of vessels at persons of advanced age is revealed.

The gradual aging of the population increases the incidence of cardiovascular disease in everyday medical practice. This cardiovascular disease (CVD) tend to weighting. Knowledge of the laws of aging makes it possible to predict the occurrence of atherosclerosis, hypertension, coronary artery disease, diabetes mellitus (DM), of cancer. These diseases develop later in life, and most scientists believe that this is due to the aging process [1,2]. Clinic of CVD and its treatment in the elderly are determined primarily by age involutive changes and the development of sclerotic lesions of the heart and blood vessels [3,4].

Prehospital become important statistical studies of cardiac morbidity geriatric population. The aim of the study was to analyze the cardiac morbidity of the elderly population in one district of Almaty.

Keywords: cardiological disease, the elderly population.

Г.Р. СОРОКА

Рудненская городская поликлиника

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Изучено структурно-функциональное состояние сердца у больных с диффузным токсическим зобом после длительной терапии тиамазолом. Выявлены тенденции к гипертрофии миокарда у больных артериальной гипертензией, и без неё. Восстановления размеров полостей и уменьшения толщины стенок миокарда в процессе лечения не выявили. У больных артериальной гипертензией наблюдали более значительный рост индекса массы миокарда левого желудочка, увеличение полостей левого желудочка и левого предсердия.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, тиреостатическая терапия, артериальная гипертензия, тиреотоксическая кардиопатия.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее частых проявлений тиреотоксикоза. Её развитие связывают с повышением сердечного выброса из-за прямого воздействия избытка тиреоидных гормонов (ТГ) на миокард, рефлекторной реакцией на повышенные метаболические требования, активацией ренин-ангиотензиновой системы и увеличением объема циркулирующей крови [1]. В 1899 г. R.Kraus ввел термин "тиреотоксическое сердце", под которым понимается симптомокомплекс нарушений деятельности сердечнососудистой системы, вызванных токсическим действием избытка тиреоидных гормонов, характеризующимся развитием гиперфункции, гипертрофии, дистрофии, кардиосклероза и сердечной недостаточности [2]. В основе гиперфункции сердца лежит увеличение сократимости миокарда. Однако долгое время остается дискуссионным вопрос о непосредственном действии тиреоидных гормонов на миокард или опосредованно через катехоламины [3]. Аналоги адреналина и норадреналина, образовавшиеся из тиреоидных гормонов, могут функционировать как псевдокатехоламины, взаимодействуя с β -адренорецепторами [4]. Считается, что ликвидация тиреотоксикоза способствует устранению этого симптома заболевания. Однако, исследования отдаленных результатов лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ) выявили превышение риска смерти от АГ у этих больных в 1,2 раза, от тяжелых аритмий – в 1,5 раз, от инфарктов и инсультов, соответственно – в 1,1 и 1,4 раза [5].

Цель исследования - изучение роли АГ в возникновении тиреотоксических изменений в сердце и их обратного развития на фоне длительной медикаментозной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 62 больных ДТЗ после длительной тиреостатической терапии. Диагноз ДТЗ верифицировали по соответствию клинических данных изменению уровня ТГ (ТТГ, Т4св, Т3св), данным ультразвукового исследования щитовидной железы. Всем больным по разным причинам не провели радикальное лечение в установленные сроки (12-18 мес.), а продолжали консервативную терапию препаратом тиамазол свыше 2-х лет. В группе обследованных было 53 (85,5%) женщины и 9 (14,5%) мужчин, средний возраст - $39,9 \pm 1,3$ лет. Всем больным проводили ЭхоКГ - в первый год после выявления заболевания и после завершения медикаментозной терапии по стандартному протоколу (в среднем через $3,2 \pm 0,2$ года). Показатели, по которым получили значимые различия ($p < 0,05$): ММЛЖ (масса миокарда левого желудочка), ИММЛЖ (индекс массы

миокарда левого желудочка), КДРЛЖ (конечно-диастолический размер левого желудочка), КДОЛЖ (конечно-диастолический объем левого желудочка), ТМЖП и ЭксМЖП (толщина межжелудочковой перегородки и её экскурсия), ТЗСЛЖ (толщина задней стенки левого желудочка). На момент обследования все больные имели лабораторно подтвержденный эутиреоз. Сопоставление данных проводили по группам с учетом наличия или отсутствия АГ.

Рассчитывали средние показатели (M) и стандартное отклонение (m). Статистическую обработку данных проводили по методу Манна-Уитни. Для оценки динамики показателей использовали парный тест. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Всех больных разделили на 4 группы по признаку наличия или отсутствия АГ в начале болезни и после лечения: 1 группа – АГ не было в дебюте и нет после лечения – 24 больных; 2 группа – АГ не было в дебюте, но выявили после лечения – 17 больных; 3 группа – АГ выявили в дебюте и она сохранилась после лечения – 20 больных; 4 группа – АГ наблюдали в дебюте, но после лечения не выявили – 1 больной. О периодическом повышении АД до дебюта ДТЗ сообщили 6 больных (9,6%).

В группах с АГ и нормальным АД получили значимые различия по возрасту, соответственно $45,7 \pm 1,05$ и $32,4 \pm 1,62$ лет ($p = 0,006$). Далее оценили основные показатели ЭхоКГ в дебюте болезни у больных АГ и с нормальным АД (1 и 3 группы), учитывая, что в первый год болезни на сердце больного до начала терапии воздействовал манифестный тиреотоксикоз.

Уже в дебюте ДТЗ у больных АГ появились тенденции к гипертрофии миокарда более значимые, ИММЛЖ даже в средних значениях приблизился к верхней границы нормы. Кроме того, появились различия и по размерам полости левого желудочка.

Выявлена тенденция к увеличению ИММЛЖ. ЭксМЖП снизилась в пределах нормальных значений.

Обращает на себя внимание увеличение левого предсердия и КДОЛЖ. Сравнение ЭхоКГ-параметров в дебюте болезни 1 и 2 групп выявило значимые различия по ТЗСЛЖ и ИММЛЖ. После лечения выявили значимые различия в этих группах по ММЛЖ. Все эти показатели были выше у больных АГ.

Сопоставив данные, можно сделать вывод, что артериальная гипертензия и тиреотоксикоз оказывали на миокард сходное влияние, но у больных АГ происходило увеличение КДОЛЖ, просвета корня аорты, размеров левого предсердия. Снижение ЭксМЖП в пределах

нормальных значений выявили только у больных с нормальным АД. По классификации Л.С. Левиной снижение ЭксЗСЛЖ и ЭксМЖП в сочетании с признаками гипертрофии миокарда являются признаками второй, нормокинетической стадии «тиреотоксического сердца» [1, 2]. В данном случае умеренное снижение ЭксМЖП без признаков выраженной гипертрофии и снижения ЭксЗСЛЖ, вероятно, следует считать следствием ликвидации гиперфункции миокарда на фоне тиреотоксикоза. Увеличение ММЛЖ выявили и у больных АГ, и с нормальным давлением, но более значительным оно было у больных АГ. Признаки гипертрофии миокарда выявляли у больных уже в первый год болезни. Следует обратить внимание, что тенденций к восстановлению размеров полостей и

толщины стенок миокарда у больных при длительном лечении тиреотоксикоза не наблюдалось, что противоречит концепции о полной обратимости тиреотоксического воздействия на сердце при ликвидации избытка тиреоидных гормонов.

Таким образом, при длительном тиреостатическом лечении ДТЗ не происходило обратного развития гипертрофии миокарда и дилатации полостей сердца. Тенденции к увеличению ММЛЖ наблюдались у всех больных при непрерывной тиреостатической терапии. В развитии тиреотоксических изменений миокарда важную роль играли нарушения, произошедшие до начала лечения, а также сопутствующая АГ. АГ при тиреотоксикозе должна активно выявляться и корректироваться на протяжении всего периода лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Свириденко Н.Ю., Тугеева Э.Ф., Арипов М.А., Бузиашвили Ю.И. Функциональный резерв сердца у больных с диффузным токсическим зобом после медикаментозного восстановления эутиреоза тиамазолом // Проблемы эндокринологии, 2009. - № 3. - С. 21-24.
- 2 Бабенко А.Ю., Гринева Е.Н., Кадинская М.И. и др. Функциональное состояние эндотелия при тиреотоксикозе и его взаимосвязь с ремоделированием сердца и сосудов // Артериальная гипертензия, 2011. - Т. 17. - № 2. - С. 115-122.
- 3 Хохлов А.Л., Лейнова Е.В. Сердечно-сосудистая патология при тиреотоксикозе: зависимость от возраста пациентов и длительности болезни // Клиническая геронтология, 2008. - Т. 14. - № 3. - С. 22-24.
- 4 Шульгина В.Ю., Мельниченко Г.А., Сыркин А.Л., Шорников С.Б. Прогностические факторы неблагоприятного исхода тиреотоксической кардиомиопатии // Кардиология, 2007. - Т. 47. - № 11. - С. 26-29.
- 5 Osman F., Franklyn J.A., Holder R. L., et al. Cardiovascular Manifestations of Hyperthyroidism Before and After Antithyroid Therapy // Journal of the American College of Cardiology, 2007. - Vol. 49. - №1. - P.71-81.

Г.Р. СОРОКА

ДИФФУЗДЫҚ УЛЫ ЖЕМСАУ КЕЗІНДЕ ЖҮРЕКТІҢ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІНІҢ ДАМУЫНДАҒЫ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ РӨЛІ

Түйін: Зерттеуде диффуздық улы жемсауы бар науқастардың тиамазолмен ұзақ уақыт емделгеннен кейінгі жүректің құрылымдық-қызметтік күйі анықталды. Артериялық гипертензиясы бар және онымен ауырмайтын науқастардың миокард гипертрофиясына келуі айқындалды. Қуыстардың көлемінің қалпына келуі және миокард қабаты қалыңдығының жұқаруы емдеу үстінде анықталмады. Артериялық гипертензиясы бар науқастарда чол жақ қарыншаның миокард массасының индексін едәуір өсуі, сол жақ қарыншаның және сол жақ жүрекшенің үлкеюі қадағаланды.

Түйінді сөздер: тиреотоксикоз, тиреостатикалық терапия, артериялық гипертензия, тиреотоксикалық кардиопатия.

G.R. SOROKA

ROLE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE DEVELOPMENT OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF HEART IN DIFFUSE TOXIC STRUMA

Resume: In research it is established that at long thyreostatic treatment of a diffuse toxic struma there was no involution of a hypertrophy of a myocardium and a dilatation of cavities of heart. Tendencies to augmentation of mass of a myocardium of a left ventricle were observed at all patients at continuous thyreostatic therapy. In development of thyrocardiac changes of a myocardium an important role was played by the disturbances which have happened prior to the beginning of treatment, and also accompanying arterial hypertension. In patients with arterial hypertension observed a significant increase in the index of left ventricular mass, an increase in cavities of the left ventricle and left atrium. Arterial hypertension (AH) is one of the most frequent manifestations of thyrotoxicosis. Its development is associated with increased cardiac output due to the direct effects of excess thyroid hormone (TH) on the myocardium, the reflex response to increased metabolic demands, activation of the renin-angiotensin system and an increase in blood volume. [1] In 1899 R.Kraus coined the term "goiter heart", which is understood as a symptom of disorders of the cardiovascular system caused by the toxic effects of excess thyroid hormones, characterized by the development of hyperthyroidism, thyroid, malnutrition, infarction, and congestive heart failure [2]. At the heart of the heart of hyperthyroidism is an increase in myocardial contractility. But for a long time still debated question of the direct effect of thyroid hormones on the myocardium or indirectly via catecholamines [3]. Analogs of adrenaline and noradrenaline, formed of thyroid hormones may function as pseudokatecholaminy interacting with b-adrenoceptors [4]. It is believed that the elimination of hyperthyroidism helps eliminate this symptom of the disease. However, studies have long-term results of treatment of diffuse toxic goiter (DTG) revealed excess risk of death from hypertension in these patients is 1.2 times of severe arrhythmias - by 1.5 times, from heart attacks and strokes, respectively - 1.1 and 1, 4 times. [5]

The purpose of the study - the study of the role of hypertension in the event of changes in thyrotoxic heart and reverse development against the background of long-term drug therapy.

Material and methods. The study involved 62 patients with Graves' disease after a long thyrostatic diagnosis of Graves' disease therapy was verified by clinical relevance of these changes in triglycerides (TTG T4sv, T3sv), ultrasonography of the thyroid gland.

Keywords: thyrotoxicosis, thyreostatic therapy, arterial hypertension, thyrocardiac cardiopathy

УДК: 616-005.8-127+616-007.253

**Б. САЯКОВА, Н. КОШУАКОВА, Г. НУРМАНОВА, А. ЖОРАБАЕВА,
А. ТЕМИРБАЕВ, И. АЛИМБАЕВ, Г.С. ЗИМАНОВА**
*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра резидентуры и интернатуры №3*

ФИСТУЛА СЕРДЦА

Рецидив Q инфаркта миокарда, кроме повторных клинических симптомов ишемии, динамических изменений ЭКГ, повышения уровня тропонина I, проявлялся рецидивирующей гемотампонадой, который был результатом фистулы сердца.

Ключевые слова: реинфаркт миокарда, фистула сердца, рецидивирующая гемотампонада.

Фистула сердца – это сообщение между камерой сердца и полостью перикарда.

Цель исследования: обратить внимание практических врачей на очень редкое осложнение инфаркта миокарда, которое сопровождается периодическим поступлением крови в полость перикарда и развитием рецидивирующей гемотампонады сердца.

Материал и методы: История болезни пациента К-вой, 56 лет (ИБ ГКЦ №9717-1191). Больная первоначально поступила в терапевтическое отделение городской больницы г. Алматы в декабре 2012 года с жалобами на дискомфорт в области сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, быструю утомляемость. Ухудшение состояния отмечала в течении 3 дней – появились дискомфорт и тяжесть в области сердца, усилилась слабость, появилась нарастающая одышка, кашель.

При проведении обзорной рентгенографии органов грудной клетки и ЭхоКГ обнаружено скопление значительного количества жидкости в полости перикарда. При пункции перикарда получена кровь, эвакуировано ~800 мл.

С диагнозом гемотампонада сердца больная была переведена в кардио-хирургическое отделение Городского кардиологического центра (ГКЦ). Повторное ЭхоКГ выявило аневризму в области верхушки сердца, а также периодическое поступление крови из полости сердца в полость перикарда.

При подробном сборе анамнеза удалось выяснить, что около 3 недель назад у больной был приступ сильных загрудинных болей, резкая слабость. К врачу не обращалась (жила за городом), лекарства не принимала, самостоятельно резко ограничила физические нагрузки, большую часть дня проводила сидя. Постепенно

самочувствие пациентки улучшилось – прекратились загрудинные боли, затем постепенно уменьшилась слабость.

При совместном осмотре кардиохирургов и кардиологов на 5-й день госпитализации в ГКЦ общее состояние больной оставалось тяжелым из-за выраженной слабости, одышки при незначительной физической нагрузке и легочно-сердечной недостаточности. По дренажной трубке из перикарда отделялось скудное кровянистое содержимое. На ЭКГ отмечалась положительная динамика изменений ST и T в грудных отведениях. Коронароангиография выявила протяженное поражение передней межжелудочковой ветви (обструкция просвета 70%), заполнение дистального русла за счет коллатералей.

Для контроля эффективности лечения и исключения других причин гемотампонады (диссекция восходящего отдела аорты, опухоль) проведена магнитно-резонансная томография сердца и органов грудной клетки. В полости перикарда вновь обнаружена кровь ~ 750 мл. Проведена повторная эвакуация кровяного содержимого. В дальнейшем накопление крови в полости перикарда прекратилось.

Выводы: учитывая анамнез, лабораторно-инструментальные данные, течение заболевания, события развивались следующим образом. 3 недели назад у больной, вероятно, был Q инфаркт миокарда передне-перегородочной, верхушечной области левого желудочка, который осложнился развитием аневризмы верхушки сердца. Реинфаркт (рецидив) миокарда в зоне рубцовых изменений привел к возникновению фистулы сердца и рецидивирующей гемотампонаде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кардиология. Национальное руководство/ ред. Ю.Н.Беленков, Р.Г.Оганов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1232 с.
- 2 Болезни сердца по Браунвальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине = Braunwald's Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine: в 4 т. : пер. с англ./ ред. П. Либби [и др.] ; под общ. ред. Р. Г. Оганова. Т. 1 . Ч. I, II, III . главы 1-20.

Б. САЯҚОВА, Н. КОШУАКОВА, Г. НҰРМАНОВА, А. ЖОРАБАЕВА,
А. ТЕМІРБАЕВ, И. ӘЛІМБАЕВ, Г.С. ЗИМАНОВА
ЖҮРЕК ФИСТУЛАСЫ

Түйін: Ишемияның қайталамалы клиникалық симптомдары, ЭКГ динамикалық өзгерістері, тропонин I деңгейінің жоғарылауынан басқа, Q тісшелі миокард инфарктының рецидиві қайталамалы гемотампонадамен білініп, жүрек фистуласының нәтижесі болған.

Түйінді сөздер: миокард реинфаркты, жүрек фистуласы, қайталамалы гемотампонада

B. SAYAKOVA, N. KOSHUAKOVA, G. NURMANOVA, A. ZHORABAEVA, A. TEMIRBAEV, I. ALIMBAEV, G.S. ZIMANOVA
CORONARY ARTERY FISTULA

Resume: reinfarction of Q myocardial injury, except the repeated clinical symptoms of ischemia, dynamic changes of ECG, elevation of cardiac troponin I, had manifested as saving up blood in pericardial sack, which was the appearance of heart fistula.

Coronary artery fistula is an abnormal connection between one of the coronary arteries and a heart chamber or another blood vessel. The coronary arteries are blood vessels that bring oxygen-rich blood to the heart.

A coronary artery fistula is often congenital, meaning that it is present at birth. It generally occurs when one of the coronary arteries fails to form properly, usually when the baby is developing in the womb. The coronary artery abnormally attaches to one of the chambers of the heart (the atrium or ventricle) or another blood vessel (for example, the pulmonary artery).

A coronary artery fistula can also develop after birth. It may be caused by:

- An infection that weakens the wall of the coronary artery and the heart
- Certain types of heart surgery
- Injury to the heart

Keywords: reinfarction of myocardial injury, heart fistula, a recurrent haemotamponade.

УДК: 616.36–006.04–087.163 (048)

Р.Б. РАЙМБЕКОВ, Т.В. МАСЛОВ, А.Р. БАЙМУХАНОВА, Б.Г. УТАЖИЕВ, Ш.П. ТОЙМЕТОВ, К.К. ЖАМАЛИЕВА

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова

СВЕРХРАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЬФА-АКТИВНЫХ ТОЧЕК ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Гипотеза: ежедневно в организм человека поступает определенная доза радиации. Такое поступление радиоактивных веществ в течение жизни, особенно в критические органы, создает опасность подвергнуть данный орган заболеванию. Распределение индивидуальных доз, получаемые населением от естественного радона неравномерно в различных участках выбранного региона.

Методика эксперимента: выявление зависимости распределения радиации по телу: а) от расстояния детекторов относительно земной поверхности; б) от выбора частей тела; в) от возраста;

Новизна исследования и степень самостоятельности: в результате проведенной работы удалось установить новые неизвестные ранее закономерности распределения индивидуальных доз радиации, получаемых от естественного радона воздуха. Было показано, что с возрастом тело человека накапливает альфа – радиоактивность, что, по-видимому, и является причиной известного в литературе повышенного риска онкозаболеваний людей старшего поколения. Получены и другие уникальные экспериментальные результаты. В частности, установлено максимальное значение концентрации естественного радона в исследуемом регионе.

Введение

Радон относительно безопасен при внешнем воздействии, внутри организма радоновое облучение вызывает с большей долей вероятности онкологические заболевания. В первую очередь этой опасности подвергаются органы дыхания. Пути проникновения радона в организм человека до настоящего времени считались однозначными: вдыхание человеком радона. Поскольку радон благородный газ, то обладает низкой химической активностью и слабо связывается с тканями тела. Растворимость радона в тканях тела также мала, но дочерние продукты распада имеют как раз противоположные химические и физические свойства по отношению к органическим веществам. Поэтому интегрально радиотоксичность ингалируемого радона огромна. Это проявляется в большой статистике раковых заболеваний респираторного тракта человека. Считается, что рак других органов человеческого тела не имеет радиогенного радонового происхождения. Однако в проводимых исследованиях по сорбции радона различными веществами показали, что эти вещества, сорбируя радон, становятся носителями альфа – активности и могут проникать в любые органы тела, редкие вещества являясь преградой для его диффузии.

Целью данных исследований является определение коэффициентов сорбции радиоактивных газов биологическими тканями и обнаружение особых альфа – активных точек. Радон – повсеместно распространены в земной коре. Следовательно, любой участок земной поверхности непрерывно производит радон, порождая серьезную радиозоологическую проблему. Дело в том, что в организме любого человека радон перемещается довольно свободно, а значит, никто не гарантирован от воздействия губительного радонового облучения.

Материалы и методы

Из всех существующих в природе веществ именно радиоактивные изотопы позволяют обеспечить максимальную точность информации о распределении вещества в организме между органами, тканями, клетками и даже субклеточными структурами. Такую уникальную возможность изучения обеспечивает излучение, испускаемое радиоактивными изотопами.

Для оценки распределения радиоактивных изотопов применяют радиометрические обследования живого организма, а при исследовании препаратов органов и тканей методы радиометрии и автордиографии. Сочетание этих методов позволяет с высокой точностью судить об основной количественной характеристике воздействия радиоактивных изотопов на организм – дозе излучения, поглощённой тканью.

Как в виде свободных атомов, так и связанные с аэрозольными частицами дочерние продукты радона оседают в органах дыхания и непрерывно накапливаются в организме.

Максимальная величина задержки в органах дыхания отмечена для дочерних продуктов радона, содержащихся в профильтрованном воздухе и представленных практически только свободными атомами – 75% и 70%. Основная масса свободных атомов и пылевых частиц размером более 5 мкм оседает в верхних отделах дыхательных путей и не доходит до бронхиол. Более мелкие пылевые частицы проникают в альвеолы. Пользуясь расчетными данными, с применением математической модели органов дыхания, и результатами экспериментальных исследований на животных, можно дать количественную оценку распределения активности между различными участками органов дыхания и вычислить значение доз излучения, поглощенных в тканях.

Методика определения сорбционных свойств биологических тканей состоит в следующем. По технологии, описанной выше, приготавливаются трековые детекторы, после чего помещаются на обследуемых людей по 20 детекторов. При этом четко обозначается сторона детектора, обращенная к телу человека, а обратная заэкранирована поглощающей фольгой, чтобы исключить фоновое облучение детектора.

Чтобы определить оптимальную экспозицию в условиях измерений естественной радиоактивности обследуемых необходимо учесть следующие факторы: 1) выдержка должна быть достаточной, чтобы с учетом ошибок измерений фон и исследуемый эффект не перекрывались; 2) выдержка не должна быть слишком

высокой, чтобы треки альфа-частиц не накладывались друг на друга и плотность их была достаточно низкой для удобства просмотра на микроскопе.

В данной работе был охвачен интервал времени от 1 до 7 суток. По истечении этого времени детекторы снимаются и протравливаются. После чего просматриваются в оптический микроскоп, и подсчитывается интегральное количество треков на единице площади детектора.

В качестве детектора альфа-излучения радона использовалась плёнка полиэтилентерефталат (лавсан). Лавсан был толщиной 75 и 110 мкм, промышленного изготовления в виде рулонов шириной 50 см. Для детектирования альфа-частиц при градуировках и при рабочих измерениях из рулонного листа нарезались плёнки (в дальнейшем – «трековые детекторы» или «детекторы») с формой и размерами, оптимальными для травления и последующего просмотра на микроскопах типа МБИ-9

В экспериментах были выдержаны апробированные в литературе [3] условия травления. После облучения лавсан протравливается в 6,25N растворе NaOH при температуре $T_{пр} = 75^{\circ}\text{C}$ 30 минут. Травление плёнки происходило при полном её погружении в щелочь. Затем лавсан промывался водопроводной водой в течение 30 секунд и «закреплялся». Закрепителем служил 0,25 %-ный раствор KMnO_4 . Закрепление проводилось при температуре 55°C в течение одного часа, также с полным погружением пленки. После этого лавсан вторично промывался проточной водой, пропитывался

фильтровальной бумагой и просушивался до полного высыхания: пленки вывешивались на 3 часа для окончательной просушки, после чего стопка пленок придавливалась грузом для придания пленкам плоской формы.

Подготовленные рабочие и калибровочные пленки просматривались под микроскопом типа МБИ-9 при увеличении $\times 300$. Методика просмотра была следующей. После настройки оптического микроскопа проводилась адаптация глаз для надёжной идентификации треков альфа-частиц с целью их отличия от естественных дефектов пленки (микротрещин, каверн, пузырей, инородных включений и тому подобное), которые также видоизменяются в процессе травления и закрепления.

В результате оптимизации технологии просмотра детектора под микроскопом была выбрана следующая методика. Облученной стороной детектор устанавливается на смотровой столик микроскопа на стекло, где надёжно укрепляется пластилином. Центр объектива микроскопа наводится на измеряемую часть поверхности детектора. Вращением установленного винта микроскопа фокус объектива настраивается на внешнюю (облученную) сторону детектора. Оценивается концентрация альфа-треков и вычисляется число видимых полей, необходимых при измерении для достижения заданной статистической точности (как правило, не менее 10%) детектор.

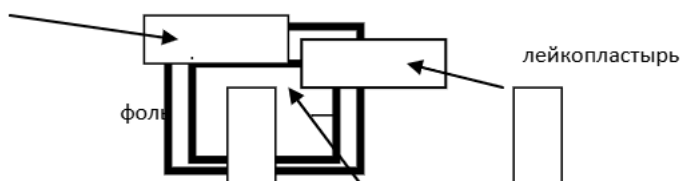


Рисунок 1 - Геометрия относительного положения элементов детектора.

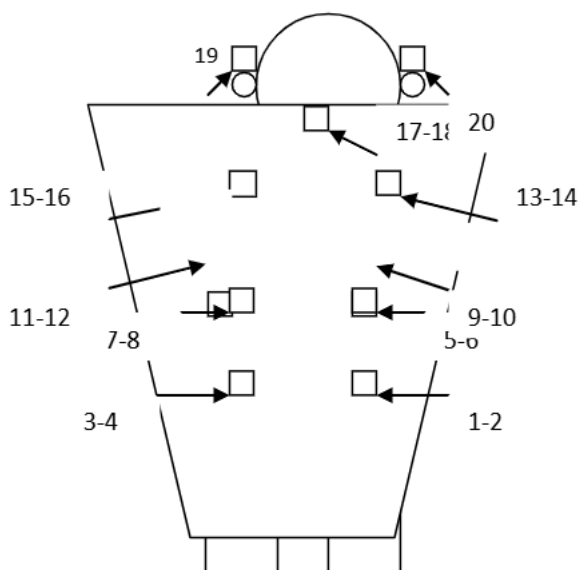


Рисунок 2 - Относительное расположение экодетекторов по телу человека.

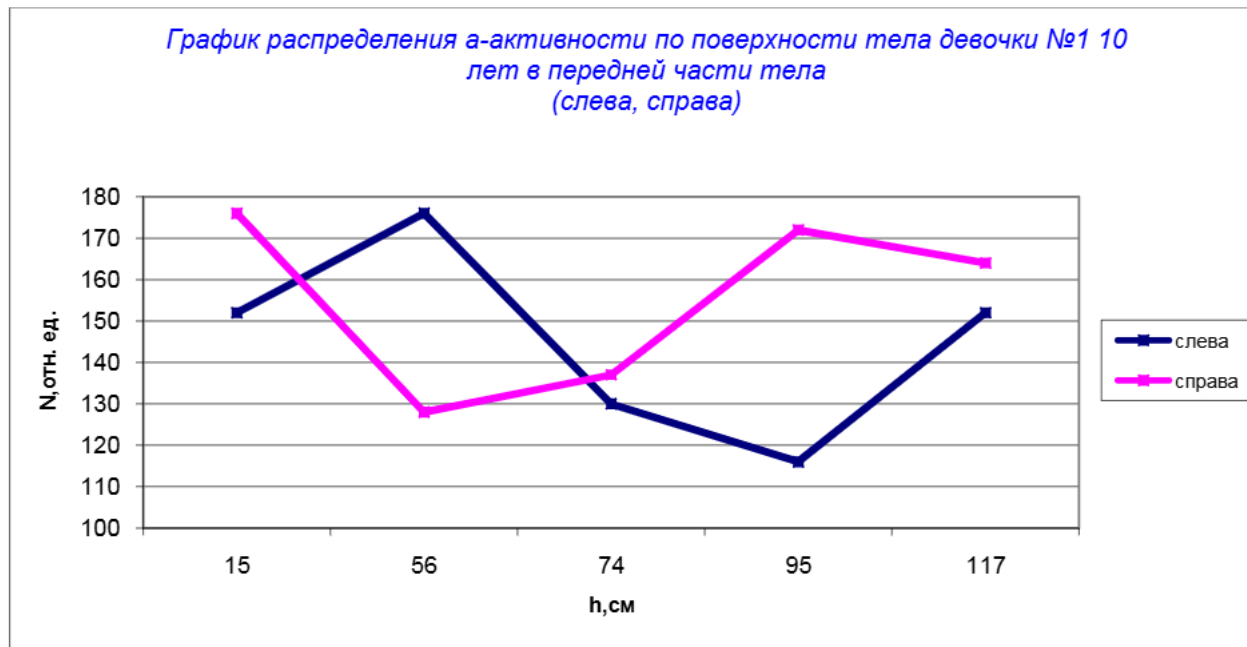
РЕЗУЛЬТАТЫ

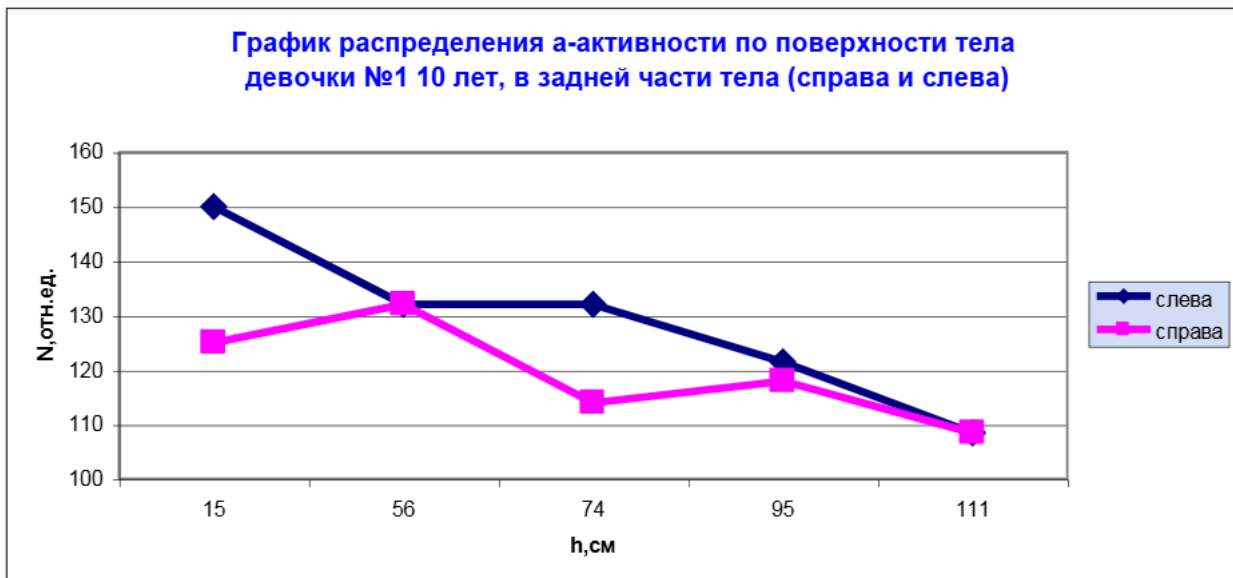
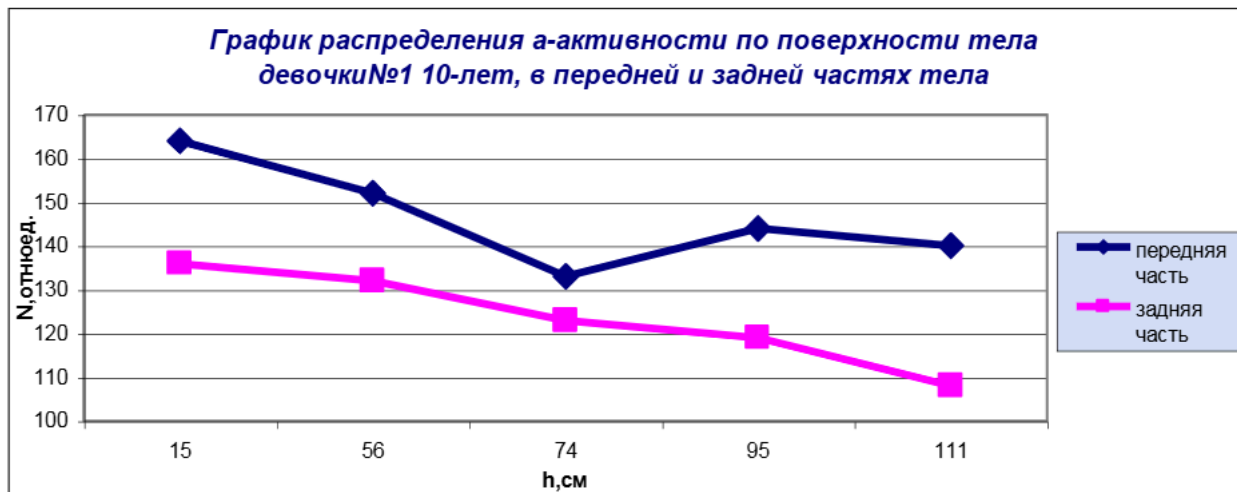
Девочка 10 лет обклеивалась детекторами по всей поверхности тела. В результате экспериментов получены

данные, которые представлены в таблице №1. В данной таблице предоставлена зависимость числа треков от размещения детекторов в различных частях тела.

Таблица №1

№	Часть тела	Расстояние от земли, см	N-число треков	n-число полей	A-активность в отн.ед.	Статистич. точность, погрешность
1	Нижняя часть левой ноги	15	148;156	2	$148+156=304$ $304/2=152$	$(\sqrt{304/304}) \times 100 = 5,7$
2	Нижняя часть правой ноги	15	160;192	2	176	5,3
3	Верхняя часть левой ноги	56	180;172	2	176	5,3
4	Верхняя часть правой ноги	56	112;144	2	128	6,25
5	Нижняя часть живота (слева)	74	120;140	2	130	6,2
6	Нижняя часть живота (справа)	74	148;126	2	137	6,04
7	Левая часть груди	95	120;112	2	116	6,5
8	Правая часть груди	95	160;184	2	172	5,3
9	Передняя часть шеи	111	140;141	2	140,5	5,9
10	Задняя часть шеи	111	120;97	2	108,5	6,7
11	Нижняя часть левой ноги (сзади)	15	132;168	2	150	5,7
12	Нижняя часть правой ноги (сзади)	15	126;124	2	125	6,3
13	Верхняя часть левой ноги (сзади)	56	124;140	2	132	6,1
14	Верхняя часть правой ноги (сзади)	56	144;120	2	132	6,1
15	Нижняя часть спины слева	74	144;120	2	132	6,1
16	Нижняя часть спины справа	74	128;100	2	114	6,6
17	Верхняя часть спины слева	95	122;121	2	121,5	6,4
18	Верхняя часть спины справа	95	110;126	2	118	6,6
19	Левое ухо	117	164;140	2	152	5,7
20	Правое ухо	117	160;168	2	164	5,5





На поверхности тела женщины 42-х лет располагались детекторы в соответствии с выше приведенной схемой. Результаты эксперимента помещены в таблице 4. В ней

представлена зависимость числа треков от размещения детекторов в разных частях тела.

Таблица 4

№	Часть тела.	Расст. от земли, см.	N-число треков.	n-числ полей	A – активность в отн. ед.	Статист. точн., погрешность
1	Нижняя часть левой ноги	23	192; 188	2	$192+188=380$ $380:2=190\pm 5$	$(\sqrt{380:380})\times 100=5,1$
2	Нижняя часть правой ноги	23	169; 173	2	$169+183=342$ $342:2=171\pm 5$	$(\sqrt{342:342})\times 100=5,4$
3	Верхняя часть левой ноги	67	156; 112	2	$156+112=268$ $268:2=134\pm 5$	$(\sqrt{268:268})\times 100=6,1$
4	Верхняя часть правой ноги	67	116; 118	2	$116+118=234$ $234:2=117\pm 5$	$(\sqrt{234:234})\times 100=6,5$
5	Нижняя часть живота (слева)	96	148; 140	2	$148+140=288$ $288:2=144\pm 5$	$(\sqrt{288:288})\times 100=5,8$
6	Нижняя часть живота (справа)	96	156; 142	2	$156+142=298$ $298:2=149\pm 5$	$(\sqrt{298:298})\times 100=5,7$
7	Левая часть груди	118	287; 289	2	$289+287=576$	$(\sqrt{576:576})\times 100=4,1$

					576:2=288±5	
8	Правая часть груди	118	146; 150	2	146+150=298 298:2=149±5	(√298:298)×100=5,7
9	Передняя часть шеи	142	185; 189	2	185+189=374 374:2=187±5	(√187:187)×100=5,2
10	Шея (сзади)	142	172; 174	2	172+174=346 346:2=173±5	(√364:364)×100=5,4
11	Нижняя часть левой ноги (сзади)	23	112; 130	2	112+130=242 242:2=121±5	(√242:242)×100=6,4
12	Нижняя часть правой ноги (сзади)	23	136; 116	2	136+116=252 252:2=126±5	(√252:252)×100=6,3
13	Верхняя часть левой ноги (сзади)	67	113; 117	2	113+117=230 230:2=115±5	(√230:230)×100=6,6
14	Верхняя часть правой ноги (сзади)	67	115; 120	2	115+120=235 235:2=117,5±5	(√256:256)×100=6,5
15	Нижняя часть спины слева	96	132; 148	2	132+148=280 280:2=140±5	(√280:280)×100=5,98
16	Нижняя часть спины справа	96	144; 146	2	144+146=290 290:2=145±5	(√290:290)×100=5,87
17	Верхняя часть спины слева	118	233; 235	2	233+235=468 468:2=234±5	(√468:468)×100=4,6
18	Верхняя часть спины справа	118	168; 174	2	168+174=342 342:2=171±5	(√364:364)×100=5,24
19	Левое ухо	154	104; 100	2	104+100=204 204:2=102±5	(√204:204)×100=7
20	Правое ухо	154	184; 178	2	184+178=362 362:2=181±5	(√362:362)×100=5,27

График распределения а-активности по поверхности тела женщины 42-х лет, передняя часть тела

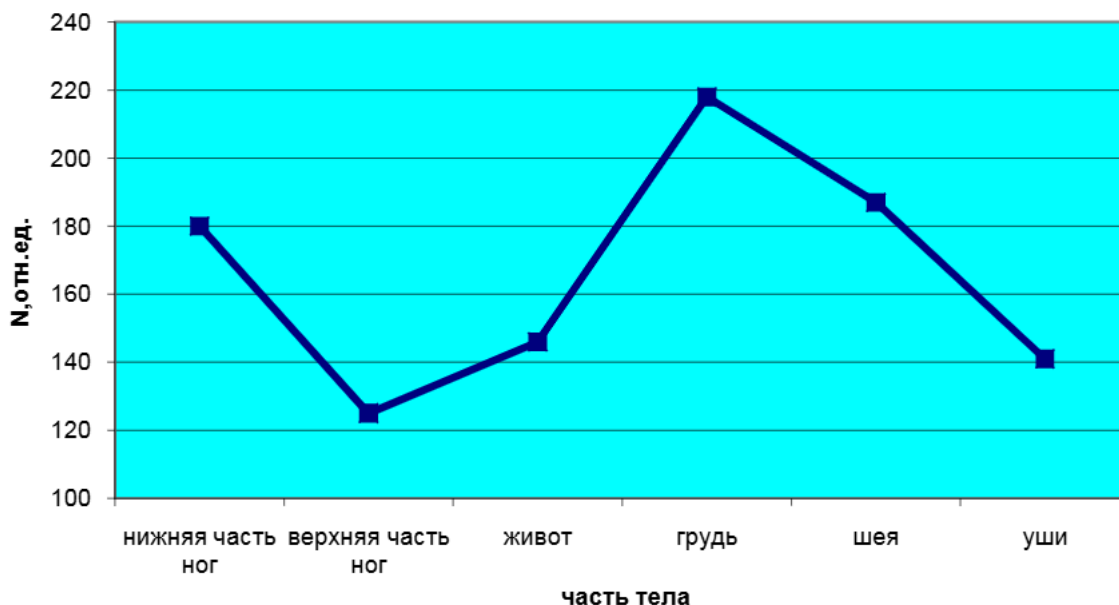
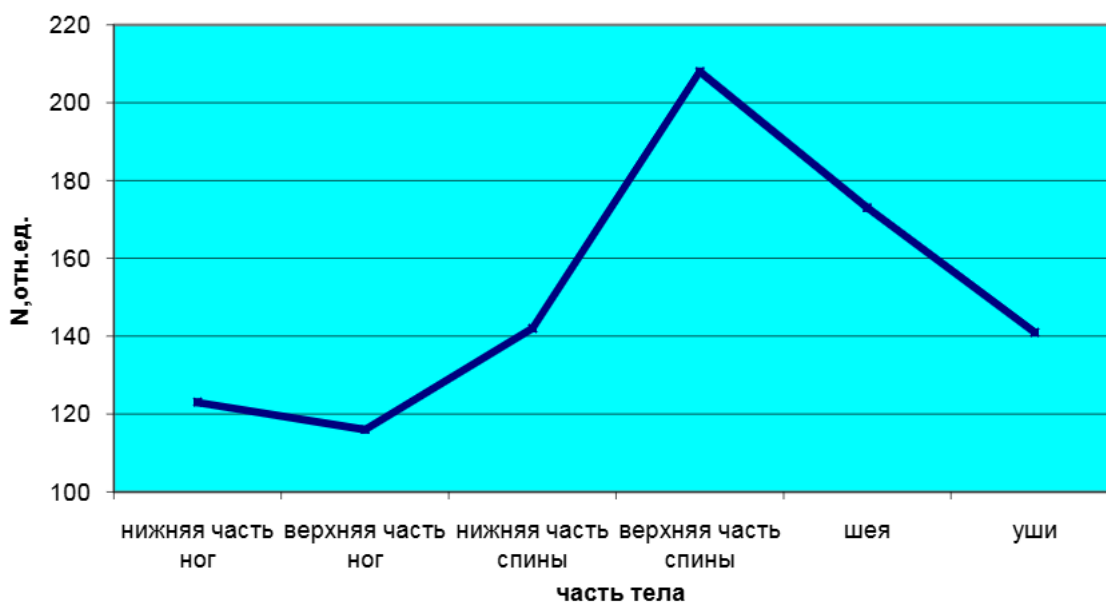


График распределения а-активности по поверхности тела женщины 42-х лет, задняя часть тела



Выводы:

Наибольшую дозу радиации получают нижние конечности, в особенности та их часть, которая максимально приближена к поверхности земли. Эта закономерность, по-видимому, связана с тем, что именно земная поверхность является плоским протяженным источником радона. Так как радон является инертным, все проникающим газом, то чем ближе основной источник, тем большую дозу радиации получает участок тела.

При исследовании распределения радиации по организму женского пола разных возрастов: женщины 42 лет, девочки – 10 лет - получилось, что молодое поколение имеет более высокую радиоактивность в области нижних конечностей.

Значительную дозу радиации получает сердце: участок тела в области расположения сердца. Этот феномен связан с деятельностью сердца, с циркуляцией крови, тем самым, эффективно увеличивая плотность потока альфа- частиц.

В ходе исследования зависимости распределения альфа-радиоактивности, вызванной естественным радоном, содержащемся в окружающем воздухе, а также в продуктах питания, от возраста женского пола (10 и 42 лет), удалось установить, что доза радиоактивности сердца женского пола более старшего возраста превосходит дозу молодого поколения. Этот эффект объясняется, главным образом тем, что радиация, ежедневно попадающая в организм человека небольшими дозами, полностью из него не выводится. Определенное количество радиоактивных веществ скапливается в организме, постоянно пополняемая его вновь поступающей дозой естественной радиации (возможно, этим и объясняется большая статистика онкозаболеваний у взрослого поколения). В организме, главным образом, радон накапливается в легких, в жировых тканях крови и т. д. Увеличение же радиоактивности крови приводит к такому же увеличению радиоактивности сердца.

Большую дозу радиации получает участок области легких. Это явление известно и в связи с тем, что в легкие попадает весь вдыхаемый человеком атмосферный воздух, содержащий радон.

Несмотря на то, что радиоактивность поверхности тела человека меньше чем радиоактивность внешнего фона, тем не менее, по последним результатам радиационный эффект может иметь не только пороговый характер, но и вызывать радиационные повреждения тканей при малых активностях.

Полученные результаты могут помочь в изучении и профилактике заболеваний; сопутствующих ингаляций естественного радона воздуха. Обнаруженную аномалию естественного альфа – излучения человека можно рассматривать как сверххранную диагностику онкологических заболеваний (риска заболеваний, т. к. латентный период возникновения рака в организме в среднем составляет 10-15 лет).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Риск заболевания раком лёгких в связи с облучением дочерними продуктами распада радона внутри помещений: Публикация 50 МКРЗ: Пер. с англ. – М.: Энергоатомиздат, 1992.-112с.
- 2 Нормы Радиационной Безопасности-99.-М.: Энергоатомиздат, 1999.-105с.
- 3 Флейшер Р.Л., Прайс П.Б., Уокер Р.М./ Треки заряженных частиц в твёрдых телах. Принципы и приложения/. Часть1. /Методы исследования треков/. - М.: Мир, 1981. – 153 с.
- 4 Сивинцев Ю.В. /Естественный радиационный фон/. // /Атомная энергия/ 1988. - т.64. - вып.1. - С. 45-52.
- 5 Прибытов В.И., Розов Б.С. /Автоматизация обработки следов в ТТД/(обзор). //ПТЭ,1975. - № 4. - С. 7-15.
- 6 Becker K. Dosimetric Applications of Track Etching – Topics in Radiation Dosimetry, Suppl. – 1972. - v.1. - P.79-142.
- 7 Власова С.А. Разработка методики обследования жилых помещений на концентрацию радона с помощью трековых детекторов (Выпускная работа Каз ГУ)/Алматы: 1999. - 31с.
- 8 Нурмагамбетова К.В. Исследование вертикального профиля радона в предгорной селитебной зоне (Выпускная работа КазГУ)/ Алматы: 2000. - 35с.
- 9 Быховский А.В. Гигиенические вопросы при подземной разработке урановых руд/ Гос. Изд. Мед. Лит. - М.: 1963. – 289с.
- 10 Сердюкова А.С., Капитонов Ю. Т. Изотопы радона и продукты их распада в природе// М.: Атомиздат, 1975. – 295с.

Түйін: адам ағзасына күнделікті белгілі мөлшерде радиация түседі. Өмір бойы осындай радиобелсенді заттардың түсуі, әсіресе маңызы жоғары ағзаларға енуі сол ағзаның ауруға шалдығу қаупін туғызады. Тұрғындардың табиғи радоннан алатын жеке дозалардың бөлінуі таңдалған аймақтың түрлі бөліктерінде бірдей емес.

Эксперимент әдістемесі: адам денесіне радиация бөліну әсерін анықтау: а)детекторлардың арасының жер бетінен ұзақтығына қарай; б) дене бөлігін таңдауына қарай; в) жас ерекшелігіне қарай.

Зерттеу жаңалығы және өзіндік дәрежесі: жүргізілген жұмыс нәтижесінде осы уақытқа дейін белгісіз болған ауадан табиғи радон алу кезінде радиацияның жеке мөлшерде бөліну заңдылықтарын анықтауға мүмкіндік туды.

Тәжірибеден байқағанымыздай жасы ұлғайған адам өз денесіне альфа – радиоактивті сеулені көп қабылдайды, бұл онкологиялық ауруларға жасы ұлғайған адамдардың көп шалдығуының себебін көрсетті. Басқа да тамаша эксперименталдық нәтижелер алынды. Жекелей алғанда, зерттеліп отырған аймақтағы табиғи радонның үлкен концентрациялық мағынасы анықталды.

Қатты заттар детекторы көмегімен адам бойындағы альфа – белсенділікті өлшеудің түпнұсқалы әдісі ойлап табылды, ең басты назар аудартатыны қорғаныш детекторының көмегімен атмосфералық радонның жұтылуы болып отыр.

R.B. RAIMBEK, T.V.MASLOV, A.R. BAIMUKHANOVA, B.G.UTAZHIEV, SH.P. TOYMETOV, K.K. ZHAMALIEVA
Asfendiyarov Kazakh National medical university

VERY EARLY DIAGNOSTICS OF ONCOLOGICAL DISEASES WITH ALPHA-ACTIVE POINTS OF HUMAN BODY

Resume: The Hypothesis: daily in an organism of the person the certain doze of radiation acts. Such receipt of radioactive substances during life, is especial in critical bodies, creates danger to subject the given body to disease. Distribution of the individual dozes, received by the population from natural radon non-uniformly in various sites of the chosen region.

The Technique of experiment: revealing of dependence of distribution of radiation on a body: а) from distance of detectors concerning a terrestrial surface; b) from a choice of parts of a body; c) from age;

Novelty of research and a degree of independence: as a result of the carried out(spent) work it was possible to establish new unknown before law of distribution of individual dozes of radiation received from natural radon of air. It was shown, that with age a body of the person the alpha - accumulates a radio-activity, that, apparently, and is the reason of the raised(increased) risk known in the literature онкозаболеваний people of the senior generation. Other unique experimental results are received also. In particular, the maximal value of concentration of natural radon in researched region is established.

УДК: 614,2:616 – 006.4:616 – 053.2(574)

У.К. ЖУМАШЕВ, Н.А. ТОКТАСЫН, Н.К. ТУНГЫШБАЕВА, А.М. ЖАКАШЕВА, М.М. КИИКБАЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет
им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Заболеемость злокачественными опухолями детского населения в Казахстане за 1997-2006 гг. в среднем составляет $7,3 \pm 0,4\text{‰}$, а в динамике увеличился с $6,5 \pm 0,3\text{‰}$ (1997 г) до $8,0 \pm 0,4\text{‰}$ в 2006 году. Самые низкие – зарегистрировано в Жамбылской ($4,7 \pm 1,3\text{‰}$), Акмолинской ($5,3 \pm 1,7\text{‰}$) и Мангистауской ($5,7 \pm 2,3\text{‰}$) областях. Показатель смертность в среднем составил $3,2 \pm 0,29\text{‰}$, а в динамике колебалась волнообразно, были высокими – в Павлодарской ($5,2 \pm 0,3\text{‰}$), Западно-Казахстанской ($4,4 \pm 0,2\text{‰}$), Кызылординской ($4,3 \pm 0,2\text{‰}$), а самые низкие – в Акмолинской ($2,1 \pm 0,1\text{‰}$), Южно-Казахстанской ($2,2 \pm 0,1\text{‰}$) и Жамбылской ($2,5 \pm 0,2\text{‰}$) областях. Среди городского населения высокие показатели смертности установлены в г. Астане ($3,1 \pm 0,2\text{‰}$), а низкие – в г. Алматы ($2,0 \pm 0,1\text{‰}$), статистическая разница их не существенна ($P > 0,01$). Показатели распространенность онкологических больных в среднем по республике составляет $18,8 \pm 0,2\text{‰}$, а 5-летняя выживаемость больных детей - $29,9 \pm 0,3\%$, т.е около 1/3 больных проживает 5 и более лет.

Ключевые слова: злокачественные опухоли у детей, заболеемость, смертность, распространенность, регионы Казахстана

Эпидемиологические исследования злокачественных опухолей являются сложившимся научным направлением со своей историей, предметом и специфическими задачами. Эпидемиология рака, как наука, накопила богатейший материал об особенностях распространения тех или иных новообразований среди взрослого населения, в том числе у детей на различных территориях земного шара и в отдельных группах населения. Она установила роль ряда факторов внешней и внутренней среды влияющих на возникновение рака и выработала методы исследования, сформулировала рабочие гипотезы о причинах опухолевого роста, позволила выявить ряд закономерностей и тенденций в происхождении злокачественных новообразований, а также сделать соответствующие теоретические обобщения /1/.

Эпидемиология злокачественных опухолей занимается изучением географических и этнических особенностей среды обитания человеческих коллективов, бытовых традиций, вредных привычек, профессиональных факторов, гигиенических условий жизни человека /2/. Все это оценивается с точки зрения возможного влияния этих факторов на структуру заболеемости злокачественными опухолями.

Материалом для изучения эпидемиологии злокачественных опухолей являются демографические показатели движения населения, прежде всего рождаемость, заболеемость и смертность, а также возрастные и половые показатели /3/.

Основная задача эпидемиологии рака, заключается в накоплении и анализе материалов касающиеся злокачественной опухоли. И на основе которых разрабатывают и предлагают рациональные методы профилактики и борьбы с заболеемостью и смертностью от рака, а также болезней сердца и сосудов, нервных, психических, аллергических и других хронических неинфекционных заболеваний /4-9 /.

В комплекс изучения этой проблемы входят анализ данных ежегодной заболеемости и смертности за ряда лет, а также углубленные исследования выборочных групп населения, в частности детей на отдельных территориях при обязательной тщательной выверке всех источников информации с целью оценки тенденции показателей, построения прогнозов и выделения

факторов риска. Весьма важным, является место возникновения заболевания, позволяющие определять особенности географической распространенности, где можно обнаружить связь заболеемости злокачественными опухолями у детей с каким-либо определенным местом, и на основе чего сделать вывод, что факторы, увеличивающие или уменьшающие риск заболевания, имеются либо у лиц, там живущих (факторы хозяина) или в окружающей среде. Поскольку среди экологических систем земного шара, различные географические регионы Казахстана занимает особое место. Поэтому в эпидемиологическом отношении, эпидемиология злокачественных опухолей у детей до сих пор достаточно не изучена.

Поэтому эпидемиологическое изучение злокачественных опухолей детского населения могут, имеет важное практическое значение местным органам здравоохранения, которые могут определить приоритетные направления по проведению различных путей профилактики и организации детской онкологической службы в различных медико-географических зонах Казахстана.

При оценке состоянии онкологической службы в различных онкологических организациях существуют определенные показатели противораковой борьбы. Одним из важных показателей деятельности их является вычисление показателей заболеемости населения злокачественными опухолями и ее отдельных форм. Этот показатель заболеемости в свою очередь взаимосвязан с такими показателями, как абсолютное число больных зарегистрированных в течение года.

Абсолютное число онкологических больных детского населения Казахстана, в свою очередь взаимосвязаны с такими показателями, как ранняя и своевременная диагностика и выявления опухоли у детей. При этом вопрос организации своевременного выявления онкологических больных тесно связан в свою очередь с эффективностью диагностики злокачественных новообразований, проводимой и организуемой онкологическими организациями. Следовательно, для проведения эпидемиологических исследований определенных форм злокачественных опухолей на изучаемых территориях республики необходимо полное обеспечение исчерпывающей информации о числе

больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных опухолей. Однако не всегда удается охватить регистрацией всех заболевших раком при жизни. Какая то, часть больных, нередко не попадает в число зарегистрированных. К ним в первую очередь относятся лица, страдающие опухолями внутренней локализации, которые представляют определенные трудности и сложности для своевременной диагностики. В связи с тем, у которых диагноз устанавливается чаще посмертно.

Материалы и методы исследования

Ретроспективные эпидемиологические исследования применен на основе зарегистрированного материала 2951 больных детей за 1997-2006 гг. и в данной работе при изучении основных медико-статистических показателей (заболеваемости, распространенности, смертности, летальности). и использовались общепринятые методы санитарной статистики с использованием критерия Стьюдента. Рассчитывались: средняя арифметическая величина (M), ошибка средней (m), достоверность (p), а также 95% доверительного интервала (ДИ= $M \pm 1,96 * m$) и др. [13,14].

Результаты исследования и обсуждение

Интенсивные показатели заболеваемости злокачественными опухолями детского населения в Казахстане за 1997-2006 гг. в среднем составляет $7,3 \pm 0,4\text{‰}$, а в динамике увеличился с $6,5 \pm 0,3\text{‰}$ (1997 г) до $8,0 \pm 0,4\text{‰}$ в 2006 году. При этом частота злокачественных опухолей у детей вырос на $1,5\text{‰}$ человек, а 95% размахи показателей заболеваемости от злокачественных опухолей детского населения за 10 лет не накладываются между собой с началом и конечными годами нашего исследования. Следовательно, на территориях Казахстана, и его отдельных регионах существуют определенные эпидемиологические факторы влияющих на частоту возникновения данной патологии у детей. Кроме того, оно обусловлено возможностью улучшение учета и регистрации их, а также диагностической возможности в онкологических организациях республики. Тренды заболеваемости детского населения злокачественными опухолями в республике имеет тенденции к росту, а темп прироста показателей заболеваемости составляет $T_{ин} = 0,17\%$ (рисунок 1).

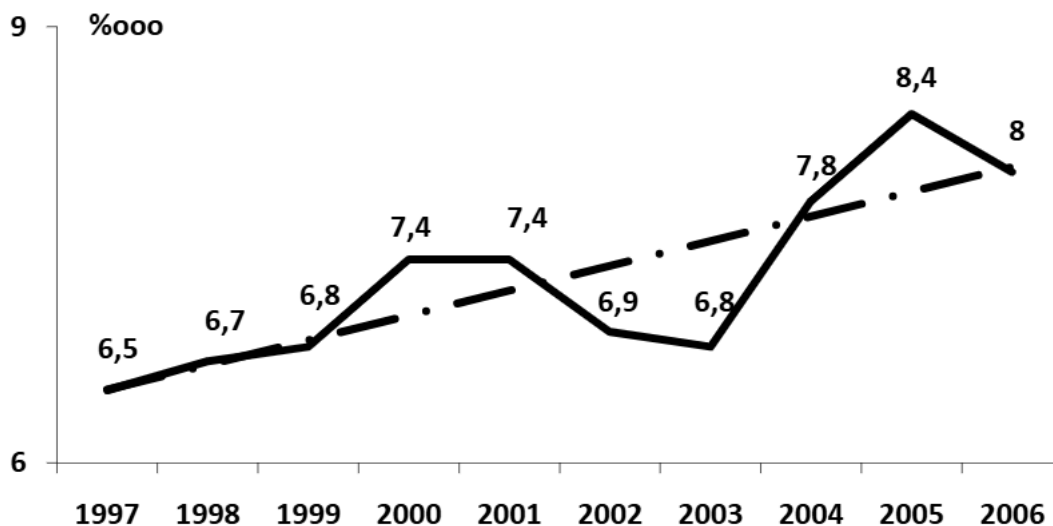


Рисунок 1 -

Динамика интенсивных показателей заболеваемости злокачественными опухолями детского населения Казахстана (1997-2006 гг.).

Анализ интенсивных показателей заболеваемости за указанный период (1997-2006 гг.), выявил особенности распространения онкологических больных детского населения на отдельных областях республики (рисунок 2).

Так, среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости злокачественными опухолями детского населения были высокими в

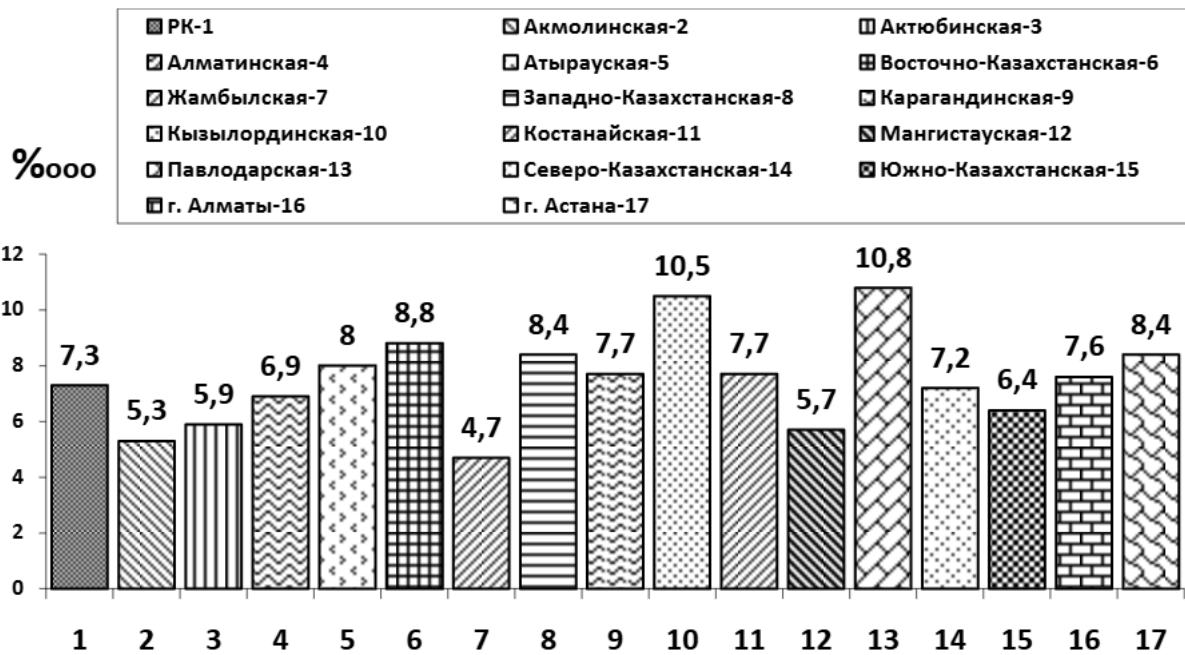


Рисунок 2 - Среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости злокачественными опухолями детского населения по областям Казахстана (1997-2006 гг.)

Павлодарской ($10,8 \pm 2,6\text{‰}$), Кызылординской ($10,5 \pm 2,3\text{‰}$), Восточно-Казахстанской ($8,8 \pm 1,7\text{‰}$) Западно-Казахстанской ($8,4 \pm 2,4\text{‰}$) и в г.Астана ($8,4 \pm 2,4\text{‰}$). Самые низкие показатели заболеваемости детского населения злокачественными опухолями за этот период зарегистрировано в Жамбылской ($4,7 \pm 1,3\text{‰}$), Акмолинской ($5,3 \pm 1,7\text{‰}$) и Мангистауской ($5,7 \pm 2,3\text{‰}$) областях. При этом выявлено, что 95% размахи показателей заболеваемости детского населения с низкими показателями установленных в Жамбылской ($2,1-7,3\text{‰}$) и высокими – в Павлодарской ($5,7-16,4\text{‰}$) областями между

собой накладываются, следовательно, факторы, влияющие на частоту возникновения опухоли у детей одинаковые. Такие эпидемиологические закономерности установлены с другими областями Казахстана. Выявленные различия в частоте злокачественных опухолей в указанных областях обусловлено только вопросами учета и регистрации онкологических больных у детей в указанных областях, распространения злокачественных опухолей детского населения, также связано географическим расположением их в республике (рисунок 3) связанные с экологическими факторами.

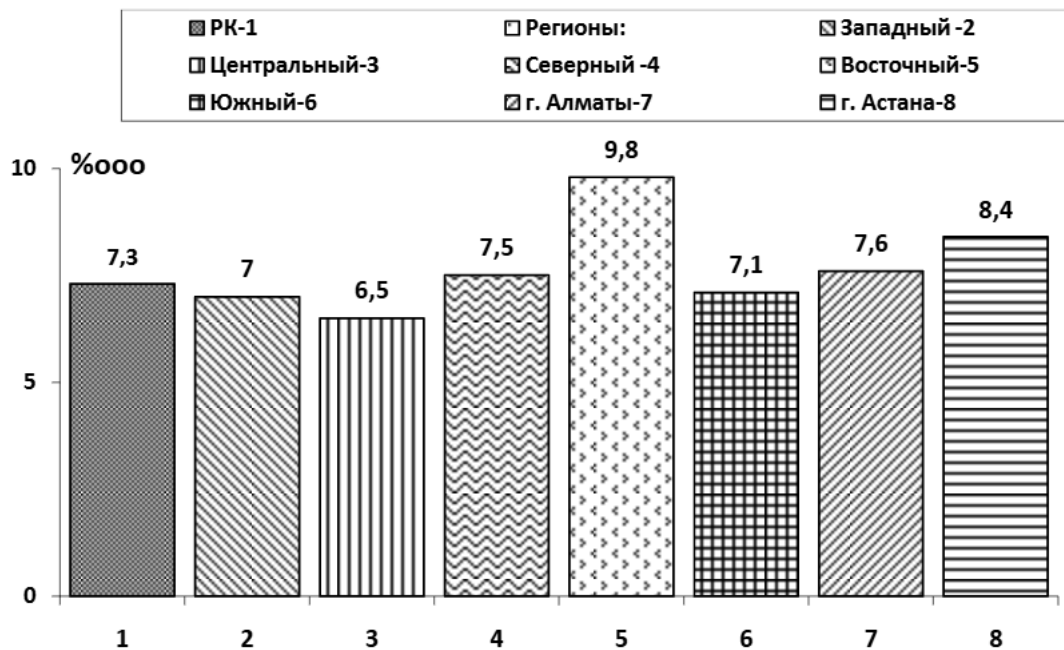


Рисунок 3 - Среднегодовые интенсивных показателей заболеваемости злокачественными опухолями детского населения по регионам Казахстана (1997-2006 гг.)

В тех регионах, где установлено неблагоприятные экологические факторы, связанные с ядерным взрывом в Семипалатинском полигоне. В этом отношении самый высокий показатель заболеваемости злокачественными опухолями у детей выявлено в Восточном регионе Казахстана ($9,8 \pm 1,3\text{‰}$) и в г Астане ($8,4 \pm 1,4\text{‰}$). В то же время уровень заболеваемости злокачественными опухолями в других регионах республики оказался относительно одинаковыми и колебался с $6,6 \pm 1,3\text{‰}$ (Центральный) до $7,6 \pm 1,2\text{‰}$ в Северном регионе Казахстана. Статистическая различия показателей заболеваемости злокачественными опухолями у детей во всех регионах не существенны ($P > 0,05$), что позволяет предположить идентичность факторов, влияющих на частоту данной патологии на территории республики.

Таким образом, рост показателя заболеваемости злокачественными опухолями среди детского населения в прямую связаны с некоторыми компонентами онкологической службы в области. Среди них особое место занимает вопрос полноценности учета и регистрации онкологических больных, а также оперативный недоучет их, а также объем профилактических осмотров детей, и своевременная выявляемость, а также диагностики их в ранней стадий (1-П ст.) злокачественных опухолей и проведение радикальных и специальных методов лечения. Выполнение выше указанных компонентов онкологической службы позволяют не только стабилизировать показатель заболеваемости, но и уменьшить онкологической смертности населения. Регистрация посмертно учтенных больных, является одним из важных компонентов не только для вычисления показателей заболеваемости, но и для смертности от злокачественных опухолей, которые позволило бы получить еще более полный и достоверный источник информации. Поэтому присоединение числа посмертно учтенных случаев злокачественных новообразований, к числу первично выявленных больных при вычислении показателей заболеваемости и смертности в среднем за несколько лет не только допустимо, но и позволяет в определенной мере нивелировать недостатки учета и диагностики. Существенным моментом данной проблемы является систематический контроль и сверка за полнотой регистрации умерших онкологических больных с данными отделов ЗАГС с данными онкологических учреждений. Данный компонент организации онкологической службы в различных регионах были

неодинаковыми. Следовательно, одной из важнейших эпидемиологических показателей онкологической службы, характеризующих здоровья детского населения является показатель смертность. Она взаимосвязана с заболеваемостью злокачественными новообразованиями, а также определенными компонентами показателей онкологической службы, которые влияют на уровень смертности у детей. При этом наиболее пригодными для эпидемиологического анализа являются данные о смертности от злокачественных опухолей по локализации, полу, возрасту, этнической принадлежности и географическому положению. Поэтому социальное значение злокачественных новообразований состоит не только в высокой смертности от них, но и влияние этого показателя на продолжительности жизни населения, которой они наносят ущерб республике в целом, а и в частности в отдельных ее областях. Следовательно, не только углубленное эпидемиологическое изучение заболеваемости, но и смертности от злокачественных опухолей детского населения в различных областях Казахстана является актуальной задачей современной онкологии. Поскольку, до настоящего времени целенаправленных эпидемиологических исследований показателя смертности детского населения от злокачественных опухолей с учетом определенных компонентов влияющих на уровень смертности в республике до настоящего времени достаточно не проводились.

В Казахстане за 1997-2006 гг. зарегистрировано всего 1312 больных детей умерших от различных форм злокачественных опухолей, что составляет $44,5 \pm 1,4\%$ по отношению всех онкологических больных установленных за этот период. Интенсивные показатели смертности от злокачественных опухолей у детей, проживающих в Казахстане в среднем составил $3,2 \pm 0,29\text{‰}$, а в динамике колебалась волнообразно в начале с подъемом с $3,0 \pm 0,28\text{‰}$ (1997г.) до $3,8 \pm 0,31\text{‰}$ в 1999 году с последующим снижением до $2,5 \pm 0,25\text{‰}$ в 2001 году, далее интенсивные показатели смертности имели тенденции к росту и достиг до $4,0 \pm 0,32\text{‰}$ в 2006 году. В целом за изучаемый период тренды показателей смертности детского населения в республике растет, а темпы прироста $T_{см} = 0,02\%$ и является не высокой, по сравнению с темпом прироста показателей заболеваемости ($T_{ин} = 0,17\%$) детского населения в республике (рисунок 4).

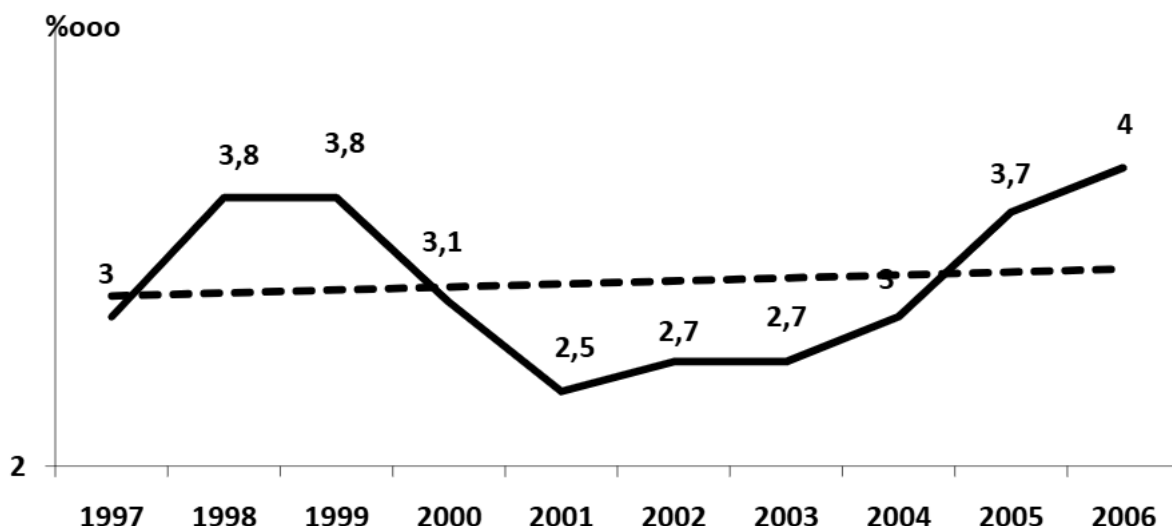


Рисунок 4 - Динамика интенсивных показателей смертности злокачественными опухолями детского населения Казахстана (1997-2006 гг.).

Подобные изменения интенсивных показателей смертности детского населения за 1997-2006 гг. зависят от полноценности учета умерших и заболевших больных злокачественными опухолями в республике (рисунок 5). При этом в среднем индекс достоверности учета онкологических больных детского населения в республике составляет 0,49, что ниже общепринятого

норматива в онкологии (ИД=0,7-0,8). Анализ динамики индекса достоверности позволяет констатировать, что учет умерших больных в республике за период 2000 - 2004 гг. было неполноценными, так как число зарегистрированных умерших больных были низкими по сравнению с другими годами нашего исследования.

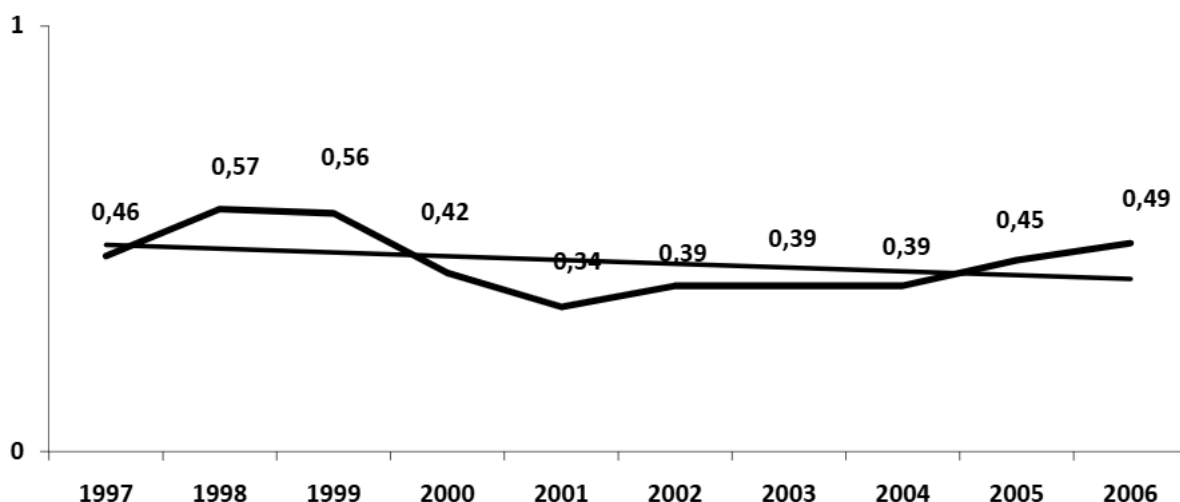


Рисунок 5 - Динамика индекс достоверности учета больных злокачественными опухолями детского населения Казахстана (1997-2006 гг.).

Поэтому одной из центральных задач детской онкологической службы в республике в перспективе является ранжирования злокачественных опухолей по степени значимости отдельных компонентов показателей онкологической службы на уровень смертности, от основных форм злокачественных новообразований у детей в зависимости возрастного, этнического состава и географического место проживания населения на региональном уровне. Кроме того, показатели смертности детского населения от определенных форм злокачественных новообразования оказывают влияния на среднюю продолжительность

жизни населения и дают наиболее полное представление о состоянии здравоохранения, что позволяет сформулировать экономически и социально обоснованный план распределения его ресурсов и средств. Эти концепции нашли убедительные подтверждения в ходе анализа интенсивных показателей смертности детского населения в отдельных областях Казахстана (рисунок 6), где среднегодовой показатель смертности были высокими в Павлодарской ($5,2 \pm 0,3\%000$), Западно-Казахстанской ($4,4 \pm 0,2\%000$), Кызылординской ($4,3 \pm 0,2\%000$), а самые низкие – в Акмолинской ($2,1 \pm 0,1\%000$), Южно-Казахстанской

($2,2 \pm 0,1\text{‰}$) и Жамбылской ($2,5 \pm 0,2\text{‰}$) областях. В то же время среди городского населения высокие показатели смертности установлены в г. Астане

($3,1 \pm 0,2\text{‰}$), а низкие - в г. Алматы ($2,0 \pm 0,1\text{‰}$), причем статистическая разница их не существенна ($P > 0,01$).

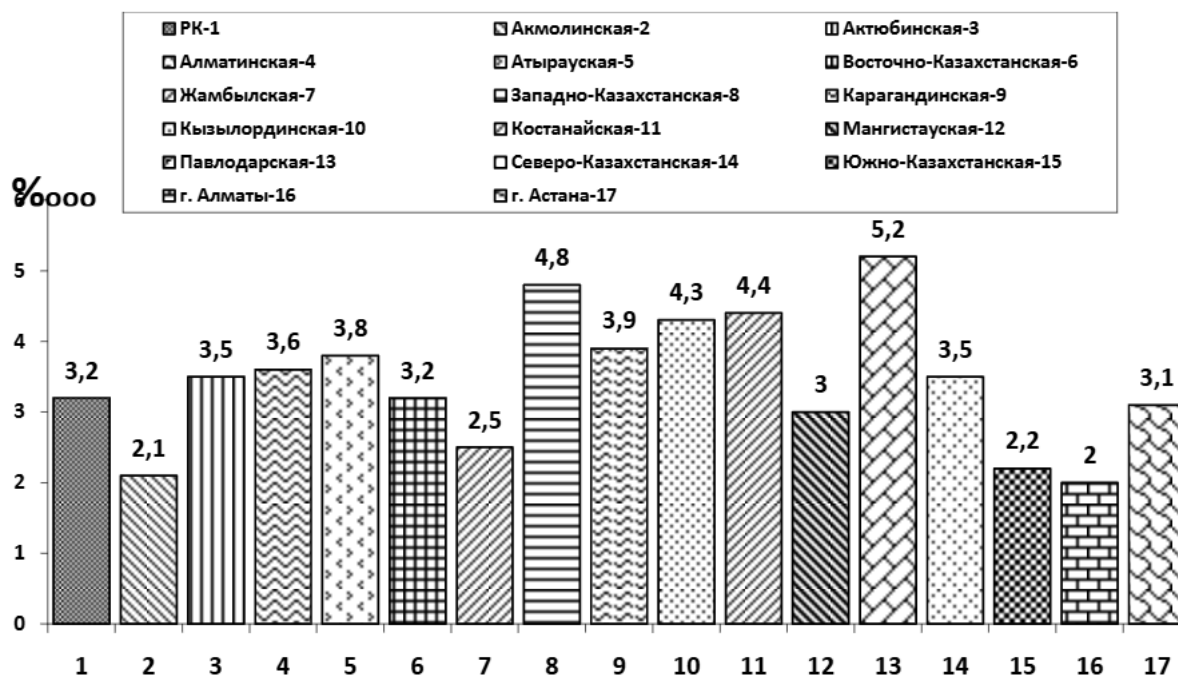


Рисунок 6 - Среднегодовые интенсивных показателей смертности злокачественными опухолями детского населения по областям Казахстана (1997-2006 гг.)

В эпидемиологии злокачественных опухолей большое значение имеет неравномерности возникновения злокачественных опухолей и соответственно уровень показателей смертности в отдельных медико-географических регионах страны. Эти стороны проблемы позволяют охарактеризовать уровень своевременной

диагностики и радикальной лечения больных детей в различных регионах Казахстана. Однако частота смерти от злокачественных опухолей среди детского населения по регионам страны оказались неодинаковыми (рисунок 7).

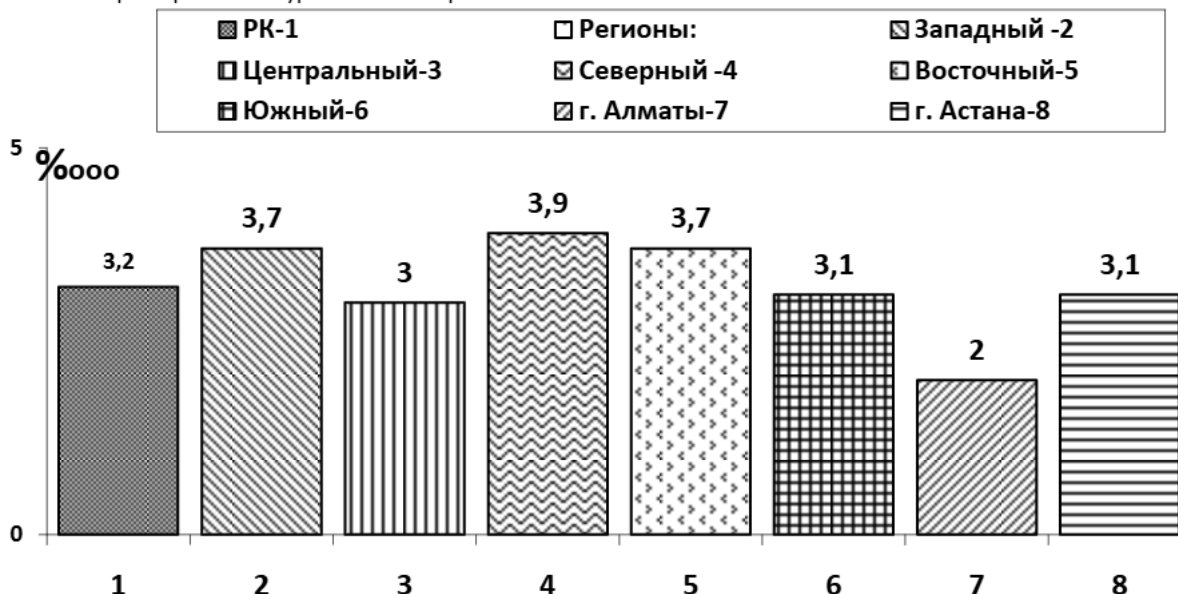


Рисунок 7 - Среднегодовые интенсивные показатели смертности злокачественными опухолями детского населения по регионам Казахстана (1997-2006 гг.).

При этом, высокие показатели смертности детского населения от злокачественных опухолей выявлены в Северной ($3,9 \pm 0,3\text{‰}$), Западной ($3,7 \pm 0,3\text{‰}$) и Восточной ($3,7 \pm 0,3\text{‰}$) регионах, а относительно

низкие - в Центральной ($3,0 \pm 0,3\text{‰}$) зонах Казахстана и в г. Алматы ($2,0 \pm 0,2\text{‰}$). Эффективности онкологической помощи детскому населению в республике, характеризуется следующим показателем,

так называемый контингент больных на конец года, находящихся на учете в онкологических организациях. На основе чего можно вычислять показатели болезненности

или распространенность онкологических больных на территориях Казахстана (рисунок 8).

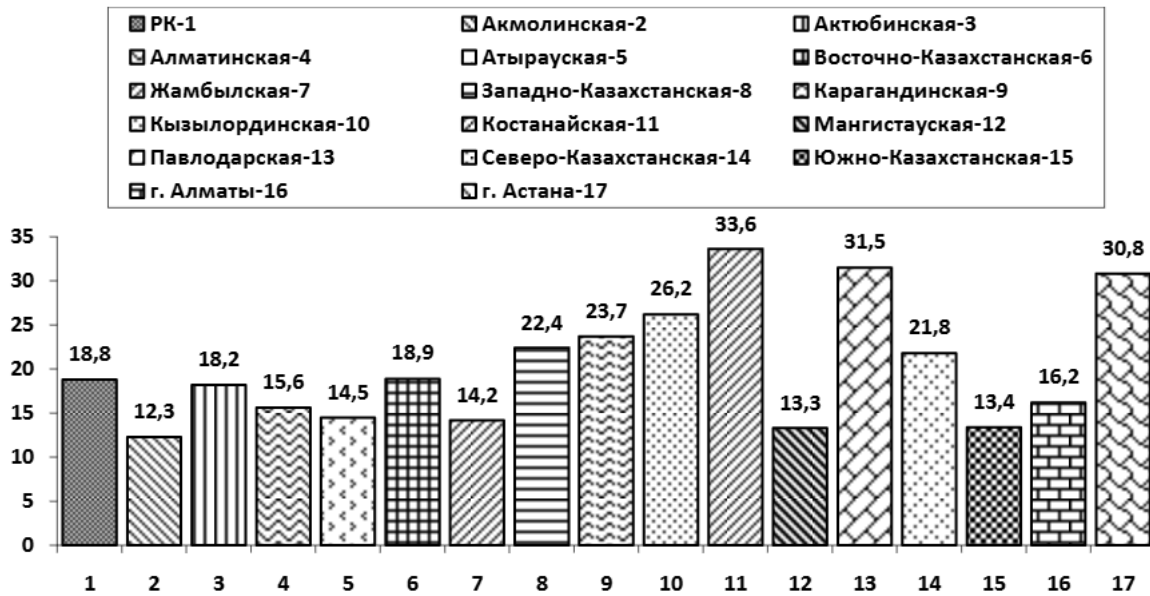


Рисунок 8 - Среднегодовые интенсивные показатели болезненности злокачественными опухолями детского населения по областям Казахстана (1997-2006 гг.)

Так, основе анализа этих показателей онкологической службы детского населения установлено, что в среднем по республике составляет $18,8 \pm 0,2\text{‰}$. Высокие показатели этих компонентов онкологической службы детского населения установлены в Костанайской ($33,6 \pm 0,4\text{‰}$), Павлодарской ($31,5 \pm 0,4\text{‰}$), Кызылординской ($26,2 \pm 0,3\text{‰}$), Карагандинской ($23,7 \pm 0,3\text{‰}$), Западно-Казахстанской ($22,4 \pm 0,3\text{‰}$) и Северо-Казахстанской ($21,8 \pm 0,3\text{‰}$) областях и в г. Астаны ($30,8 \pm 0,4\text{‰}$). Однако, низкие показатели болезненности онкологических больных у детей выявлены - в Акмолинской ($12,3 \pm 0,2\text{‰}$), Мангистауской ($13,3 \pm 0,3\text{‰}$), Южно-Казахстанской

($13,4 \pm 0,3\text{‰}$) областях и в г. Алматы ($16,2 \pm 0,2\text{‰}$). При этом, весьма важным показателем состояние онкологической помощи детскому населению является 5-летняя выживаемость больных детей находящихся на диспансерном наблюдений в различных онкологических организациях республики. В среднем по республике 5-летняя выживаемость больных детей по республике составила $29,9 \pm 0,3\%$ (рисунок 9), т.е около 1/3 больных проживает 5 лет и более, однако подобное низкие показатели обусловлено, тем что дети достигавших старше 14 лет переходить в группу взрослого населения, в результате эти показатели часто колеблется

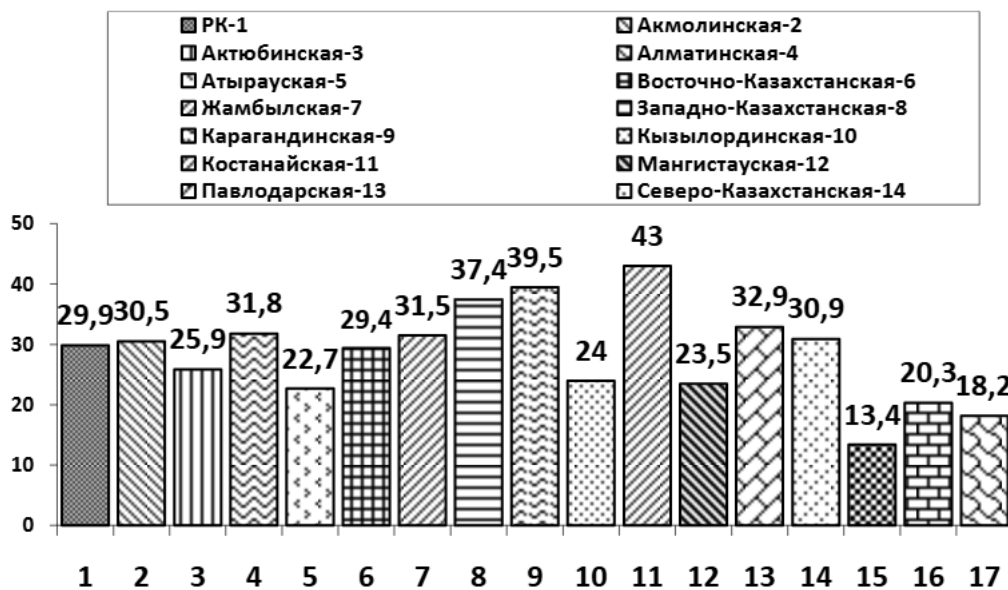


Рисунок 9 - Среднегодовые экстенсивные показатели пятилетней выживаемости злокачественными опухолями детского населения по областям Казахстана (1997-2006 гг.)

Заключение. Поэтому, эти данные были разными в различных областях, высокие данные установлены в Костанайской (43,0±0,3%), Карагандинской (39,5±0,3%), Западно-Казахстанской (37,4±0,3%), Павлодарской (32,9±0,3%), Алматинской (31,8±0,3%) Жамбылской (31,5±0,3%), а низкие – Южно-Казахстанской (13,4±0,4%) областях и в г. Астаны (18,2±0,3%). Следовательно, ценности данной работы заключается в том, что результаты исследования позволило количественно оценить состояние онкологической службы детского населения республики и в перспективе возможности использовать их для практических целей здравоохранения. Поскольку эти данные позволяют объективно оценить, какие формы опухолей приносят невосполнимый ущерб обществу и количественно будут охарактеризовать относительное значение причиняемой каждой из них урон. Кроме того, полученные результаты дают важную информацию для выбора приоритетов, а при учете динамики смертности детского населения позволяют оценить эффективность рекомендуемых в результате этих исследований противораковых мероприятий, что составляют актуальность данной проблемы.

Обобщая выше изложенные компоненты онкологической службы детского населения в Казахстане и проблемы первичной профилактики онкологических заболеваний у детей, можно определить следующие первоочередные задачи организации онкологической помощи им.

Во-первых – изучение распространения злокачественных опухолей и их отдельных форм у детей

с учетом возрастно-половых, социальных, этнических и прочих факторов населения, а также условий быта детей с выделением групп повышенного риска позволяют разработку мер первичной профилактики злокачественных опухолей среди детского населения.

Во-вторых – разработать программ исследования для определения причинно-следственной связи различных эпидемиологических факторов, с выявлением факторов внешней и внутренней среды, которые способствуют или препятствуют распространению этих заболеваний.

В третьих – разработать мероприятий по раннему выявлению больных злокачественными опухолями и лиц имеющих «предраковые» состояния, организация их лечения и оказание им необходимой медицинской и социальной помощи, путем целенаправленной противораковой комплексной пропаганды среди населения, способствующих раннему обращению онкологических больных к врачу, и содействие профилактики опухоли путем излечения предраковых заболеваний.

Конечная цель всей противораковой борьбы это снижение смертности от злокачественных новообразований и создание условий для продления средней продолжительности жизни населения. В этой связи постепенное снижение смертности от рака следует признать одним из важных критериев оценки состояния противораковой борьбы. Проблема снижения смертности населения от злокачественных новообразований - одна из более актуальных проблем, стоящих перед медицинской наукой и здравоохранением в настоящее время.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чаклин А.В. Злокачественные опухоли /В кн.: Эпидемиология неинфекционных заболеваний. - М.: Медицина, 1998.- С.123-195.
- 2 Эпидемиология рака в странах СЭВ /Под ред. А.В. Чаклина.-М.: Медицина, 1989. – 376 с.
- 3 Чаклин А.В. Социально-гигиенические аспекты эпидемиологии злокачественных опухолей //Методологические вопросы изучения онкогенеза.-М.: 2001. – С.158-182.
- 4 Чаклин А.В. Профилактика злокачественных опухолей на основе эпидемиологических исследований //Вопр. онкол.- 2002.-№5. – С.133-138.
- 5 Вихерт А.М., Жданов В.С., Матова Е.Е. Эпидемиологические исследования атеросклероза по патологоанатомическим материалам //Арх. Пат.-1997.-№5. – С.3-13.
- 6 Метелица В.И., Мазур Н.А. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца.- М.: Медицина, 1996.-167 с.
- 7 Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний/Под. ред. И.К. Шхвацабая и др. - М.: Медицина, 1997. – 368 с.
- 8 Роуз Дж., Блэкберн Г., Гиллум Р.Ф., Принеас Р. Дж. Эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний: Пер. с англ.-2-е изд. - М.: Медицина, 1994. - 223 с.
- 9 Kurtzke J.F. Epidemiology of cerebrovascular disease, Bethesda. -1995. – P. 1-34.
- 10 Мошкевич И.С. Эпидемиология аллергических заболеваний верхних дыхательных путей в Казахской ССР // Журн. Гигиена эпидемиол. (Прага).-1985.-Т.29.-№1.- С.51-63.
- 11 Weill H. Epidemiologic and medical-legal aspects of occupational asthma // J. Allergy clin. Immunol.-1999.-Vol.64,N5,Pt.2. - P. 662-664.
- 12 Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении //Журн. Невропатол. и психиатр. - 1993. - Вып5. – С.707-716.
- 13 Методы изучения эпидемиологии злокачественных опухолей. - М.: Медицина, 2000. - 324 с.
- 14 Сепетелиевым Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях.- М.: «Медицина», 1988г.- 231 с.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІНІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Түйін: Қазақстандағы балалардың қатерлі ісіктен ауру жиілігі 1997-2006 жылдары $7,3 \pm 0,4\%$ құрады, ал динамикалық көрсеткіші $6,5 \pm 0,3\%$ (1997 ж) -дан 2006 жылы $8,0 \pm 0,4\%$ -ке өскенін көрсетеді. Аурудың сирек кездесуі Жамбыл ($4,7 \pm 1,3\%$), Ақмола ($5,3 \pm 1,7\%$) және Манғыстау ($5,7 \pm 2,3\%$) облыстарында байқалған. Ісіктен науқастардың шетінеу көрсеткіші орташа $3,2 \pm 0,29\%$ құрап, Павлодар ($5,2 \pm 0,3\%$), Батыс Қазақстан ($4,4 \pm 0,2\%$), Қызылорда ($4,3 \pm 0,2\%$) облыстарында шетінеу көрсеткіші жоғары болса; ал Ақмола ($2,1 \pm 0,1\%$), Оңтүстік Қазақстан ($2,2 \pm 0,1\%$) және Жамбыл ($2,5 \pm 0,2\%$) облыстарында төмен болған. Ал қала арасында жоғары шетінеу көрсеткіші Астанада ($3,1 \pm 0,2\%$), төменгі көрсеткіші Алматы ($2,0 \pm 0,1\%$) қаласында екен ($P > 0,01$). Республика бойынша балалардағы қатерлі ісіктің жиілігі $18,8 \pm 0,2\%$, науқастардың 5-жылдық өмір сүру ұзақтығы $29,9 \pm 0,3\%$, яғни әр науқастың $1/3$ 5-жыл және одан да ұзақ өмір сүреді.

Түйінді сөздер: балалардағы қатерлі ісік, ауру жиілігі, шетінеу көрсеткіші

W.K. ZHUMASHEV, N.A. TOKTASYN, N.K. TUNGYSHBAEVA, A.M. ZHAKASHEVA, M.M. KIIKBAEVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

CHILDHOOD CANCER EPIDEMIOLOGY IN KAZAKHSTAN

Resume: Disease of malignant tumours of the children's population in Kazakhstan for 1997-2006 on the average makes $7,3 \pm 0,4\%$, and in dynamics has increased with $6,5 \pm 0,3\%$ (1997) to $8,0 \pm 0,4\%$ in 2006. The lowest - it is registered in Zhambylsky ($4,7 \pm 1,3\%$), Akmolinsky ($5,3 \pm 1,7\%$) and Mangistausky ($5,7 \pm 2,3\%$) areas. The indicator has on the average made death rate $3,2 \pm 0,29\%$, and in dynamics fluctuated wavy, were high - in Pavlodar ($5,2 \pm 0,3\%$), West Kazakhstan ($4,4 \pm 0,2\%$), Kyzylordinsky ($4,3 \pm 0,2\%$), and the lowest - in Akmolinsky ($2,1 \pm 0,1\%$), South Kazakhstan ($2,2 \pm 0,1\%$) and Zhambylsky ($2,5 \pm 0,2\%$) areas. Among urban population high indicators of death rate are established in to Astana ($3,1 \pm 0,2\%$), and нмэкие - in of Almaty ($2,0 \pm 0,1\%$), their statistical difference is not essential ($> 0,01$). Prevalence of oncological patients on the average on republic makes indicators $18,8 \pm 0,2\%$, and the 5-year-old survival rate of sick children - $29,9 \pm 0,3\%$, т.е about $1/3$ patients lives 5 and more years.

Keywords: malignant tumours at children, disease, death rate, prevalence, regions of Kazakhstan

УДК 616.716.8-073.756.8 (035.3)

Ж.К. ЖАКЕНОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В данной работе представлена компьютерно-томографическая семиотика рака молочной железы. Проведен анализ результатов КТ-маммографии 60 женщин с подозрением на рак молочной железы. В основную группу вошли 46 (76,7%) больных РМЖ. Контрольную группу составили 14 (23,3%) женщин с доброкачественными узловыми образованиями молочной железы. Характерными КТ-маммографическими признаками рака молочной железы являлись нечеткие, неровные (50%) или спикурообразные (37,5%) контуры, «дорожка» к соску (45%), утолщение кожи (40%), втяжение соска (35%) и наличие микрокальцинатов в образовании (32,5%).

Ключевые слова: компьютерная томография, рак, молочная железа

Актуальность. Во всем мире рак молочной железы (РМЖ) – наиболее распространенное злокачественное заболевание и ведущая причина смертности среди женщин [1,2]. В Республике Казахстан рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в общей структуре онкологических заболеваний населения РК [3]. Интерес среди исследователей в диагностике опухолей молочных желез в настоящее время вызывают компьютерно-томографическая маммография (КТ-маммография) и магнитно-резонансная маммография. КТ-маммография не является общепризнанным методом диагностики злокачественных опухолей молочных желез, поэтому необходимы дальнейшие исследования для уточнения места КТ-маммографии в диагностике РМЖ [4,5].

Материал и методы. С целью изучения КТ-семиотики РМЖ КТ-маммография была проведена 60 пациенткам. Все больные имели патоморфологическую верификацию после проведенного хирургического лечения, в результате которого рак установлен у 46 (76,7%) женщин: узловатая форма составила 40 (87%) наблюдений,

мультицентрическая форма выявлена в 4 (9%) случаях, отечно-инфильтративная форма установлена в 2 (4%) случаях. Доброкачественные заболевания молочной железы по данным гистологического исследования выявлены у 14 (23,3%) женщин.

Результаты. Проведен ретроспективный анализ КТ-маммограмм, на которых внимание уделялось характеристике одиночных узловых образований (таблица 1).

Как видно из таблицы 1, образования молочных желез на КТ-маммограммах имели одинаково часто дольчатую форму как при злокачественных новообразованиях (7,5±4,2%), так и при доброкачественных процессах (7,1±6,9%). Тогда как круглая и овальная формы чаще встречались при доброкачественных образованиях (57,2±13,2%), чем при РМЖ (32,5±7,4%); неправильная форма узла имела тенденцию больше встречаться при РМЖ – этот признак в 1,7 раза чаще визуализировался в основной группе (60,0±7,7%) по сравнению с группой контроля (35,7±12,8%).

Таблица 1 – КТ-маммографические признаки образований молочных желез

КТ-маммографический признак		Рак молочной железы (основная группа) (n=40)		Доброкачественные образования (контрольная группа) (n=14)	
		Абс	M%±m	Абс	M%±m
форма тени	круглая или овальная	13	32,5±7,4	8	57,2±13,2
	дольчатая	3	7,5±4,2	1	7,1±6,9
	неправильная	24	60,0±7,7	5	35,7±12,8
контуры тени	четкие	1	2,5±2,5	9	64,3±12,8**
	мелкодольчатые	4	10,0±4,7	2	14,3±9,4
	нечеткие, неровные	20	50,0±7,9*	3	21,4±11,0
	спикурообразные	15	37,5±7,7**	-	-
микрокальцинаты	визуализируются	13	32,5±7,4*	1	7,1±6,9
	отсутствуют	27	67,5±7,4	13	92,9±6,9*
другие признаки	утолщение кожи	16	40,0±7,7**	-	-
	втяжение соска	14	35,0±7,5**	-	-

	снижение прозрачности железистого «треугольника»	19	47,5±7,9	4	28,6±12,1
	«дорожка» к соску	18	45,0±7,9**	-	-
	локальная гиперваскуляризация	22	55,0±7,9	6	42,9±13,2
*различие показателей статистически достоверно (p<0,05)					
**различие показателей статистически достоверно (p<0,001)					

При изучении контуров опухоли статистически достоверно преобладали образования со спикурообразными краями, составив 37,5% случаев, тогда как при доброкачественных образованиях этот компьютерно-томографический признак не визуализировался (p<0,001). Такой признак, как четкость контуров, не был характерен для ракового опухолевого узла – при злокачественных новообразованиях четкость контуров опухоли встречалась всего в 2,5% случаев, тогда как при доброкачественных образованиях тени на КТ-маммограммах имели четкие границы в 64,3% случаев и этот симптом был статистически достоверным для контрольной группы (p<0,001).

Анализ частоты выявляемости мелкодольчатых контуров образования в основной (10,0±4,7%) и контрольной (14,3±9,4%) группах не выявил достоверной разницы этих показателей, но имелась отчетливая тенденция к большей визуализации данного признака при доброкачественных образованиях (p>0,05). Нечеткие, неровные контуры были статистически достоверным признаком РМЖ (50,0%), более чем в 2 раза превышая показатели выявляемости данного симптома в контрольной группе (21,4%) (p<0,05). Визуализация микрокальцинатов была достоверно значимой в основной (32,5±7,4%) группе по сравнению с контролем (7,1±6,9%) (p<0,05).

Утолщение кожи (40,0±7,7%), «дорожка» к соску (45,0±7,9%) и втяжение соска (35,0±7,5%), выявленные на КТ-срезах молочных желез, были статистически достоверно преобладающими компьютерно-томографическими признаками РМЖ; при доброкачественных процессах данные симптомы не определялись (p<0,001).

Такие КТ-маммографические симптомы, как локальная гиперваскуляризация, снижение прозрачности железистого треугольника не имели статистически достоверной разницы в основной (55,0±7,9%, 47,5±7,9%, соответственно) и контрольной (42,9±13,2%, 28,6±12,1%, соответственно) группах (p>0,05).

Компьютерная томография назначалась как дополнительный метод обследования с целью изучения его возможностей в предоперационном стадировании РМЖ. Применение тонких срезов при КТ-маммографии в 25% случаев дополнительно к маммографии позволило установить мультицентрический рост РМЖ, а в 2 (4%) случаях отечно-инфильтративной формы РМЖ доступная визуализация ретромаммарного пространства и прилежащих мягких тканей позволила исключить опухолевую инфильтрацию пекторальных мышц и позволила провести хирургическое лечение. В 6 (13%) наблюдениях диагностика злокачественного образования была затруднена в связи с локализацией процесса вблизи грудной стенки и уточнена с помощью КТ-маммографии – определены задние границы узла, его размеры и состояние прилежащих мышц передней грудной стенки.

Вывод. Дифференциально-диагностическими критериями рака молочной железы на КТ-маммограммах являются – нечеткие, неровные (50%) или спикурообразные (37,5%) контуры, «дорожка» к соску (45%), утолщение кожи (40%), втяжение соска (35%) и наличие микрокальцинатов в образовании (32,5%) (p<0,001).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В., Нургазиев К.Ш. Обоснование стандартов лечения рака молочной железы. – Алматы, 2007. – 364 с.
- 2 Venson J.R., Jatoi I., Keisch M. et al. Early breast cancer // Lancet. – 2009. – Vol. 373. – P. 1463–79.
- 3 Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2011 году: статистические материалы. – Алматы, 2012. – 108 с.
- 4 Терновой С.К., Абдураимов А.Б. Роль мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике и определении распространенности рака молочной железы. // Радиология – практика. – 2007. – №6. – с. 7 – 12.
- 5 Труфанов Г.Е., Серебрякова С.В., Юхно Е.А. МРТ в маммологии. – СПб., 2009 – 201 с.

СҮТ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ КТ-СЕМИОТИКАСЫ

Түйін: Сүт безінің рагін КТ-симптомдары осы жұмыста елестеткен (60 әйелдердің). КТ-маммограммаларда сүт безінің қатерлі ісігінің дифференциалдық диагностика критериилері болыптабылады – тегіс болмауы (50%), немесе контурының спикүлатәріздес болуы (37,5%), сүт безінің семізіңшесінің тұсына қарай «жолақтың болуы» (45%), терінің қалыңдауы (40%), сүтбеземізіңшесінің тартылуы (35%) және ісікте микрокальцинатінің болуы (32,5%) (p<0,01).

Түйінді сөздер: компьютерлік томография, қатерлі ісігінің, сүт безі

CT-MAMMOGRAPHY SEMIOTICS OF BREAST CANCER

Resume: This paper presents the CT mammographic signs of breast cancer. We analyzed the results of 60 women's mammographic examinations with suspected breast cancer. The study group included 46 (76,7%) breast cancer patients. The control group included 14 (23,3%) of women with benign breast nodules. Differential-diagnostic criteria of breast cancer by CT mammograms are - the fuzzy, uneven (50.0%), or the contours of the shape of the spicules (37.5%), "path" to the nipple (45.0%), skin thickening (40.0%), nipple indrawing (35.0%) and the presence of mikrokaltsinatov in tumors (32.5%) ($p < 0.001$).

Worldwide, breast cancer (BC) - the most common malignant disease and the leading cause of death among women [1,2]. In the Republic of Kazakhstan breast cancer (BC) took first place in the overall structure of the RK cancer [3]. Interest among researchers in the diagnosis of mammary tumors currently cause the computer-tomographic mammography (CT mammography) and magnetic resonance mammography. CT mammography is not a recognized method of diagnosis of malignant tumors of the mammary glands, so further research is needed to clarify the place of CT mammography in the diagnosis of breast cancer [4,5]. To study the CT-semiotic breast cancer mammography was performed 60 patients. All patients had histopathology verification after surgical treatment, in which the cancer is set in 46 (76.7%) of women: the nodular form was 40 (87%) cases, multicentric form found in 4 (9%) cases, swelling and infiltrative set at 2 (4%) cases. Benign breast disease according to histology were observed in 14 (23.3%) women.

Keywords: computer tomography, cancer, breast

УДК 618.19-006.03 (075.9)

Н.И. ИНОЗЕМЦЕВА

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

МАММОГРАФИЯ И ДУКТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проанализированы результаты маммографии 2399 женщин. Из них 122 пациенткам дополнительно по показаниям была проведена дуктография. Представлен иллюстративный материал.

Ключевые слова: маммография, дуктография, молочная железа

Актуальность. Для Республики Казахстан рак молочной железы представляет актуальную проблему, занимая первое место в общей структуре онкологических заболеваний [1]. Поэтому визуализация молочных желез остается одной из наиболее важных проблем в лучевой диагностике. Маммография является методом выбора для выявления доклинических (непальпируемых) опухолей молочных желез и единственным скрининговым методом, который доказательно помогает снизить смертность от данного заболевания [2-4]. Также внимание уделяется дуктографии, которая является единственным средством точной диагностики внутрипротокового рака [5,6].

Материал и методы. Маммография проведена 2399 пациенткам в возрасте от 26 до 71 лет. Из них 122 (5,1%) женщинам проведена дуктография молочных желез.

Результаты. По данным маммографии нормальная картина была в 192 (8,0%) случаях, у 2207 (92,0%) пациенток были выявлены патологические изменения молочных желез. Из них по данным маммографии рак молочной железы выставлен в 305 (13,8%) случаях, который имел патоморфологическое подтверждение в 94,8% случаев (рисунок 1). Из 397 (18,0%) случаев подозрения на рак на маммограммах диагноз злокачественного новообразования верифицирован

гистологически и цитологически у 87,9% пациенток. Доброкачественные процессы на маммограммах определялись у 1505 (68,2%) женщин: узловые образования составили 67,5% случаев, фиброзно-кистозная мастопатия – 32,5% случаев. Из узловых образований кисты выявлены в 30,1% случаев (рисунок 2), фиброаденома – в 28,2% случаях (рисунок 3), дифференциальный ряд между фиброаденомой и кистой был выставлен в 9,2% случаев, липома – в 2,2% случаев. В 5,1% были применены инвазивные методики, а именно дуктография, по данным которой, внутрипротоковый рак выставлен в 6,8%, папиллома – в 35,2%. Гистологическое и цитологическое подтверждение диагноза составило 81,5%.

На дуктограммах внутрипротоковые папилломы у больных с верифицированным гистологически патологическим процессом проявлялись обрывом протока в 33,6%, дефектами наполнения в 54,8%, сужением протока в 12,1%, сочетание симптомов наблюдалось в 16,0%. Множественность поражения наблюдалась в 21% (рисунок 4). При злокачественном опухолевом поражении протока дефекты наполнения наблюдались в 68,2%, обрывы – в 31,1%, множественность поражения – в 29,4% (рисунок 5).

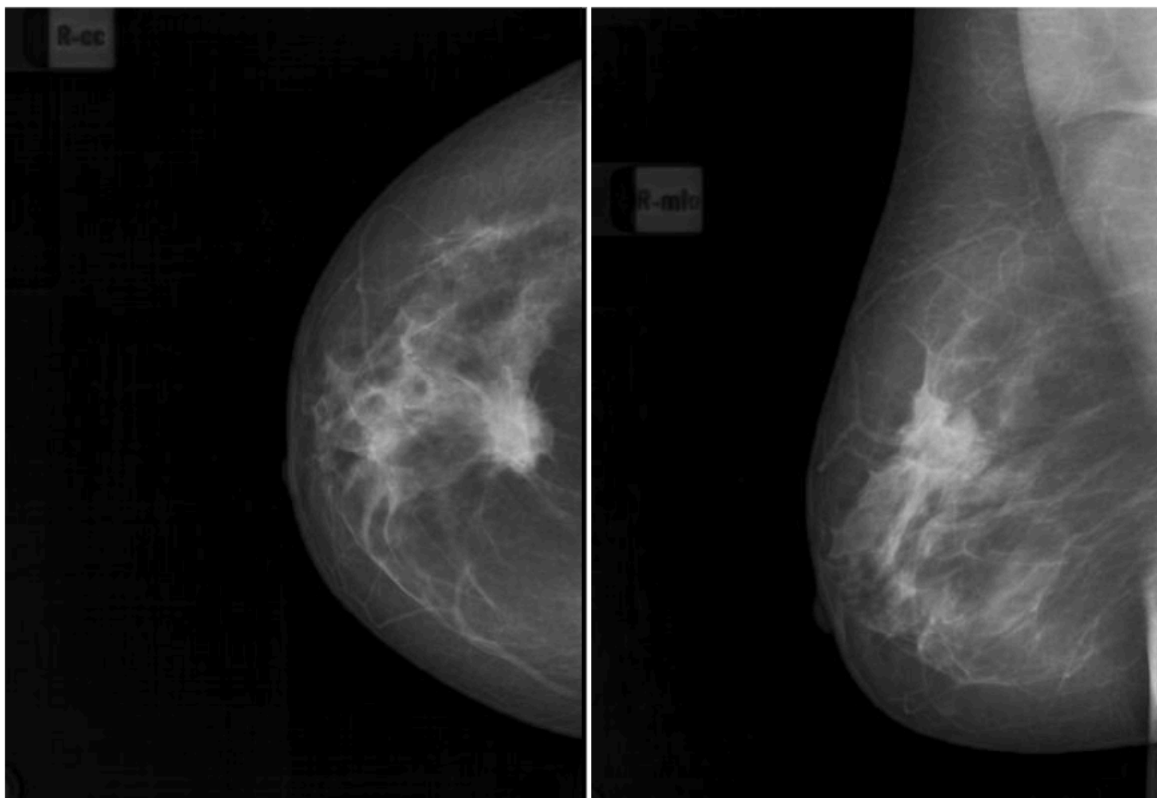


Рисунок 1 - Маммография в 2-х проекциях – рак, узловая форма.

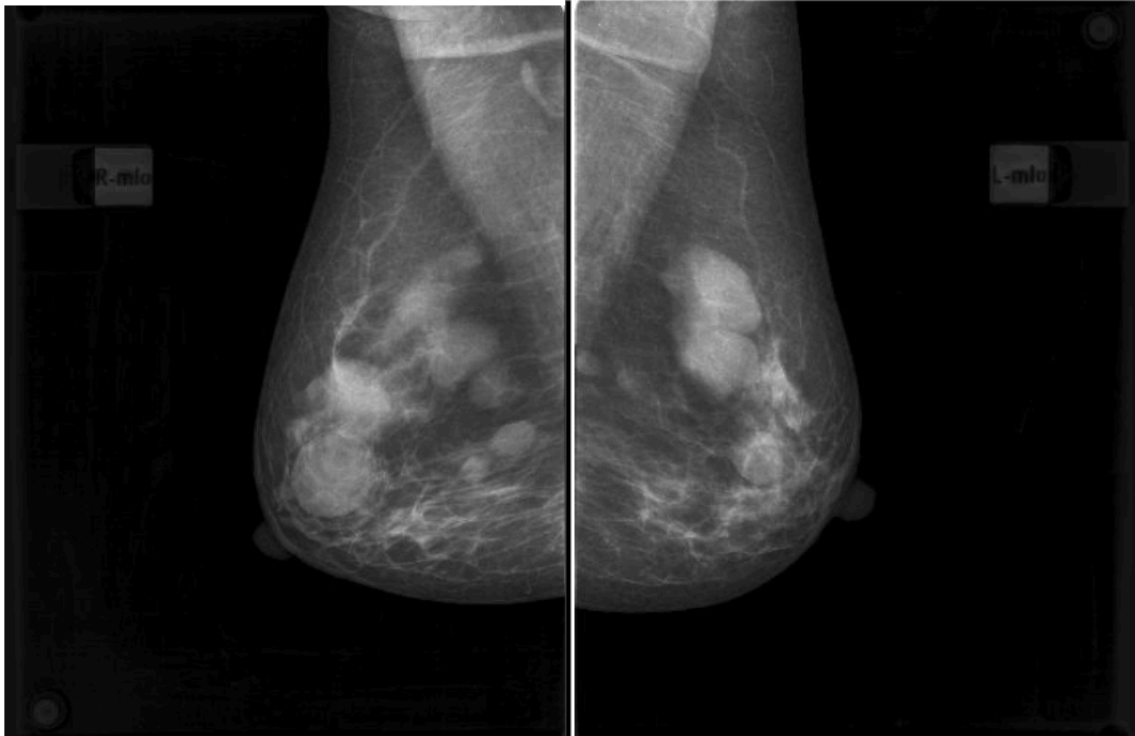


Рисунок 2 - Маммография обеих молочных желез в косых проекциях – кисты молочных желез

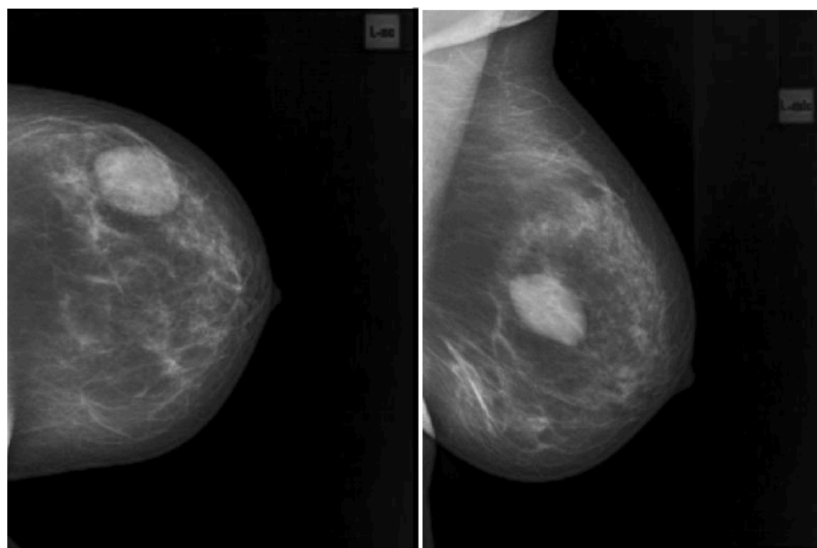


Рисунок 3 - Маммография в 2-х проекциях – фиброаденома

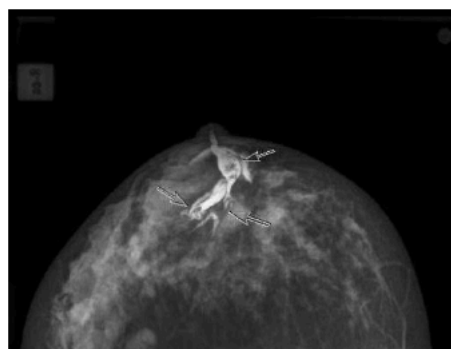


Рисунок 4 - Дуктография в прямой проекции – папилломатоз

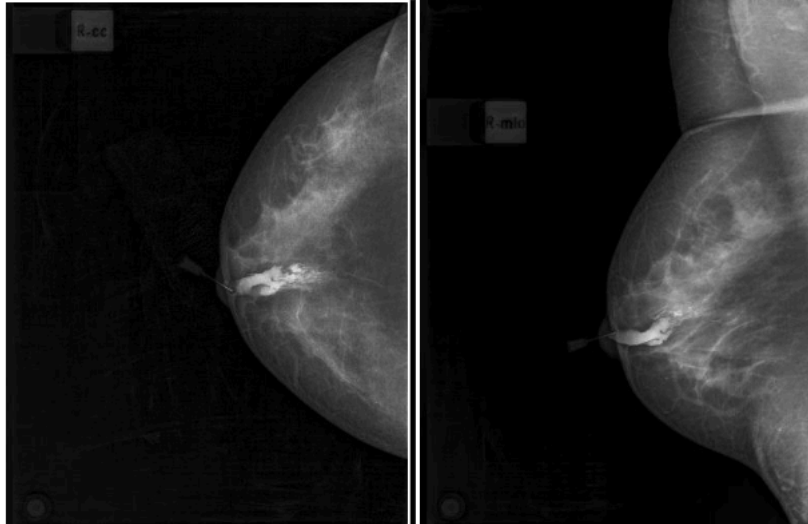


Рисунок 5 - Дуктография в 2-х проекциях – внутрипротоковый рак.

Вывод. Маммография является информативным методом диагностики заболеваний молочной железы и остается ведущим методом распознавания рака молочной железы. Дуктография является методом выбора в диагностике заболеваний протоковой системы молочной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2011 году: статистические материалы. – Алматы, 2012. – 108 с.
- 2 Семиглазов В.В., Крживицкий П.И. Лучевая диагностика минимального рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 2001. – т.47. – №1. – С.99-102.
- 3 J.W. Miller, J.B. King, A.B. Ryerson, Ch.R. Eheman, M.C. White. Mammography Use from 2000 to 2006: State-Level Trends with Corresponding Breast Cancer Incidence Rates // AJR 2009; 192:352-360
- 4 The Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. S.W. Duffy, L. Tabar, T. Chen, R.A. Smith, L.Holmberg, H. Jonsson, P. Lenner, L. Nystrom, S. Tornberg. Reduction in Breast Cancer Mortality from Organized Service Screening with Mammography: 1. Further Confirmation with Extended Data // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15 (1). January 2006 P. 45-51
- 5 Корженкова Г.П., Корженков П.Ю. Скрининг рака молочной железы. НРФ-2005, Невский Радиологический Форум «Наука – клинике», 9-12 апреля, 2005г. Материалы Форума, С-ПТБ, 2005г., С.60
- 6 Летягин В.П. Органосохраняющие методы лечения больных первичным раком молочной железы (состояние и перспективы развития). VIII Российский Онкологический Конгресс, 23-25 ноября 2004 года, Москва, С.16-22

МАММОГРАФИЯ ЖӘНЕ ДУКТОГРАФИЯ

Түйін: Бұл жұмыста сүт безін қазіргі заманға сай сәулемен тексеру әдістерін қолдану туралы қысқаша мінездеме берілді: маммография, дуктография. 2399 маммографиялық тексерулер нәтижесі, 122 дуктография қаралды. Иллюстративтік материалдар берілген.

Түйінді сөздер: маммография, дуктография, сүт безі

N.I. INOZEMTSEVA

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology

МAMMOGRAPHY AND DUCTOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF BREAST DISEASE

Resume: Breast cancer is the actual problem in the Republic of Kazakhstan, ranking the first place in the overall structure of cancer [1]. Therefore, breast imaging remains one of the most important problems in X-ray diagnostics. Mammography is the method of choice for the detection of pre-clinical (palpable) tumors of the mammary glands and the only screening method that is demonstrably helps to reduce mortality from this disease [2-4]. Special attention Ductography, which is the only means of accurate diagnosis of intraductal cancer [5,6]. Modern radiology methods of breast examination (mammography, ductography) are shortly characterized. The results of 2399 mammography studies, 122 ductography investigations were analyzed. Illustration images are submitted.

Keywords: Mammography, ductography, breast

УДК: 617.711-008.87-078-036.1

О.Г.УЛЬДАНОВ, Г.А АМАРОВА., А.Р. МУХАМБЕТОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
АО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней»

АНАЛИЗ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ КАЗНИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В статье представлен анализ бактериологических исследований микрофлоры конъюнктивы и ее чувствительности к антибиотикам по данным клинической лаборатории КазНИИГБ за 2009год

Ключевые слова: микрофлора конъюнктивы, чувствительность к антибиотикам

Актуальность: Определение спектра патогенной микрофлоры в конъюнктивальной полости с последующим определением чувствительности к антибиотикам во многом определяет исход офтальмохирургических вмешательств. В экстренной офтальмохирургии важное значение имеет определение наиболее эффективных лекарственных средств. Выявление наиболее часто встречаемых возбудителей поможет ориентировать окулистов в терапевтическом лечении конъюнктивитов.

Цель работы: Провести анализ бактериологических исследований микрофлоры конъюнктивальной полости. Задачи:

1. Проанализировать частоту встречаемости патогенной микрофлоры.
2. Определить сезонную зависимость встречаемости патогенной микрофлоры.
3. Выявить наиболее эффективные лекарственные вещества в лечении наиболее часто встречаемых возбудителей.

Какие существуют показания для проведения бактериологического исследования?

Согласно приказа №535 МЗ РК «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений» всем больным госпитализирующимся на стационарное лечение в КазНИИГБ проводится бактериальное исследование микрофлоры конъюнктивы с определением чувствительности к антибиотикам.

В поликлинических условиях на бактериальное исследования направляются:

- а) воспалительные заболевания конъюнктивы и роговицы;
- б) воспалительные заболевания век;
- в) воспалительные заболевания слезных мешков;
- г) лица, использующие контактные линзы (поскольку они чаще подвержены инфицированию).

Правила забора материала для микробиологического исследования:

- Накануне, за 6-8 часов (на ночь) у пациентов в стационаре отменяют все медикаменты и процедуры;
- пробы с конъюнктивы поражённого глаза собирают с помощью стерильного одноразового хлопкового тампона;
- собирают путём соскоба с поверхности нижней части конъюнктивы и свода инфицированного глаза;
- при сборе пробы не касаться ресниц с соблюдением правил асептики;
- пробирки с мазками из каждого глаза помечают соответственно «правый» и «левый» и отправляют в лабораторию;
- образцы следуют получать до использования местных анестетиков.

Материалы и методы: Проанализированы результаты бактериологического исследования 3765 больных, поступивших на оперативное лечение в КазНИИГБ в 2009г.

Ход исследования: Целью данной работы было определение спектра патогенной микрофлоры в конъюнктивальной полости, с последующим определением частоты встречаемости и чувствительности к антибиотикам наиболее часто встречаемым видам.

Обследование прошли 3765 больных, у 24,3 % которых была обнаружена условно патогенная микрофлора. Среди патогенной микрофлоры, выявленной в ходе обследования в конъюнктивальной полости, наибольший процент приходится на *St.epidermidis*, в течение года колеблется в пределах от 33 до 52% , и пик встречаемости приходится на ноябрь месяц - 52%, август - 47,7 %, февраль - 41,8%. В летние месяцы наблюдаются большое разнообразие встречаемой патогенной микрофлоры.

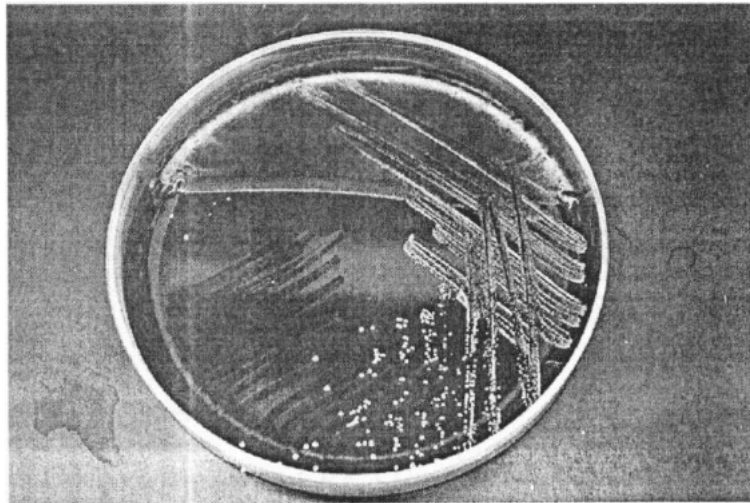


Рисунок 1 - *Staphylococcus epidermidis* рост колоний на питательной среде

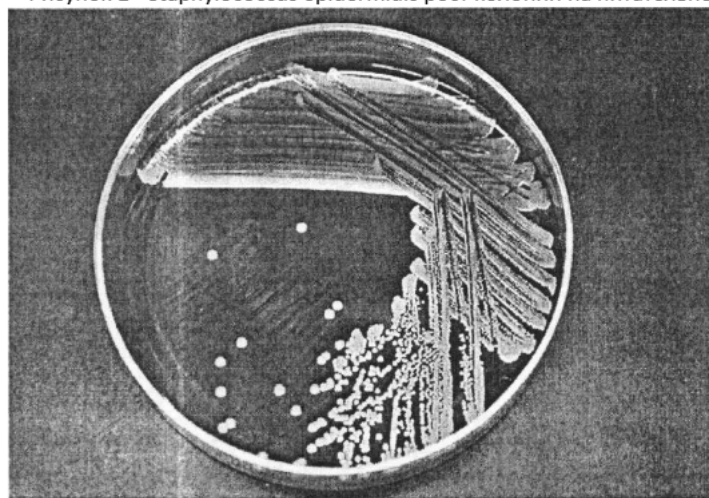


Рисунок 2 - Золотистый стафилококк, на агаре КА 5%. Выращивание в течение 24 часов в аэробной атмосфере, 37 ° С.

Следующий процент приходится на два других вида рода

Staphylococcus: *aureus* и *saprophyticus*, разница встречаемости которых варьируется незначительно.

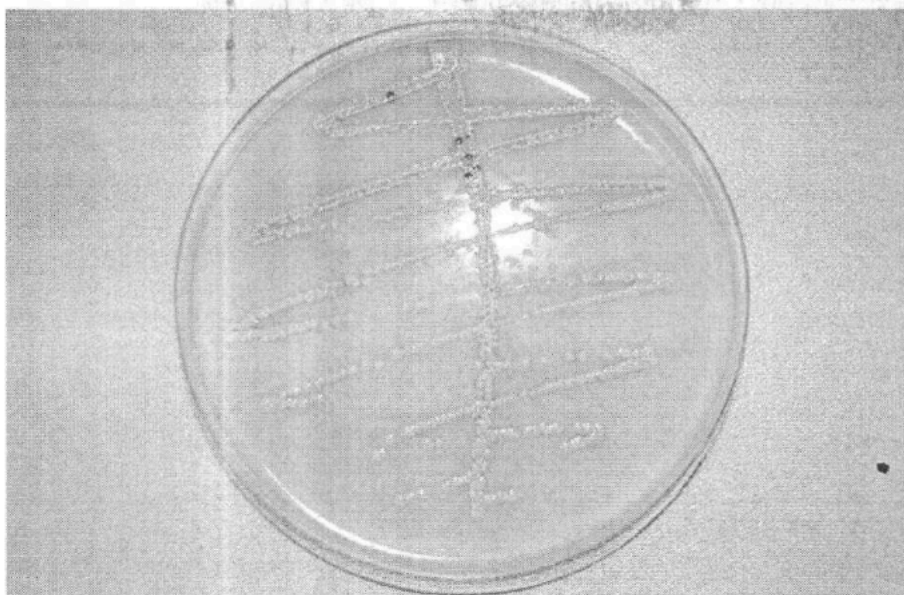


Рисунок 3 - *Staph*, *saprophyticus*

Нужно сказать, что в периоде апрель-июнь наибольшее число обратившихся больных к микробиологическому обследованию.

Наибольший процент выявления патогенной микрофлоры приходится на летние месяцы: в июне - 31,9% от общего числа обратившихся, в августе 24,6%, из весенних месяцев: в мае - 27,13%, в апреле-23,04%, на зимние месяцы: в январе - 25,4%, в феврале - 24,8% и декабре - 27,2%, на осень - колеблется в пределах от 20 до 22%.

При определении чувствительности к антибиотикам к тобрамицину и гентамицину (аминогликозиды) чувствительность сохраняется относительно высокой, затем по частоте определяются цефазолин, офлоксацин, ципролет, теряют чувствительность к левомицину и эритромицину, затем тетрациклину.

Результаты:

1. Среди 3765 обследованных больных у 914 (24,3%) выявлено наличие патогенной микрофлоры в конъюнктивальной полости.
2. Отмечено увеличение патогенной микрофлоры в летние месяцы (до 52%).

3. Среди обнаруженной патогенной микрофлоры наиболее часто встречаются *St.epidermidis* - 33-52%, *St.aureus* и *St.saprophyticus* в пределах 20%

4. При определении чувствительности к антибиотикам к тобрамицину и гентамицину (аминогликозиды) чувствительность сохраняется относительно высокой, затем по частоте определяются цефазолин, офлоксацин, ципролет, теряют чувствительность к левомицину и эритромицину, затем тетрациклину.

Вывод:

Проведение бактериологического посева с конъюнктивальной полости - эффективная диагностическая процедура в профилактике послеоперационных осложнений.

Рекомендации:

Можно рекомендовать окулистам поликлинического звена в лечении конъюнктивитов неясной этиологии офтальмологическими препаратами с активным началом: тобрамицин и гентамицин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ №535 МЗ РК от 22.04.1985г. «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».
- 2 Рациональная фармакотерапия в офтальмологии - Егоров Е.А. – Практическое руководство. – 2004 г.
- 3 Современная офтальмология - Даниличев В.Ф. - Руководство для врачей. – 2000 г.
- 4 Аветисов С.Э. Офтальмология /Национальное руководство. – 2008 г.
- 5 Поздеев О.К. Медицинская микробиология. – 2001г.
- 6 Тезисы статей IX съезда офтальмологов России: «Воспалительные, инфекционные и аллергические заболевания глаз». - М.: 2012 г.
- 7 Актуальные проблемы офтальмологии: VII Всерос. науч. конф. молодых ученых// Сб. науч. работ / Под ред. Б.Э. Малюгина.– М.: Изд-во «Офтальмология», 2012. – 236 с.

О.Г.УЛЬДАНОВ, Г.А АМАРОВА, А.Р. МҰХАМБЕТОВА

КӨЗ АУРУЛАРЫ ҚАЗАҚ ҒЫЛЫМИ-ЗЕРТТЕУ ИНСТИТУТЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТХАНАСЫНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІНЕ АРНАЛҒАН КОНЪЮНКТИВАЛЫҚ ҚҰЫСЫНЫҢ МИКРОФЛОРАСЫНЫҢ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІН ТАЛДАУ

Түйін: Мақалада 2009 жылғы қазақ ғылыми-зерттеу институтының клиникалық зертханасы мәліметтері бойынша конъюнктиваның микрофлорасы және оның антибиотиктерге сезгіштік бактериологиялық зерттеу анализі ұсынылады.

O.G.ULDANOV, G.A.AMAROVA, A.R.MUKHAMBETOVA

ANALYSIS OF BACTERIOLOGICAL RESEARCH OF MICROFLORA OF CONJUNCTIVE CAVITY ON CLINICAL LAB OF KAZAKH SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF EYE DISEASES

Resume: Determination of the spectrum of pathogenic organisms in the conjunctival cavity, followed by determination of sensitivity to antibiotics in many ways determine the outcome oftalmohirurgicheskikh interventions. In an emergency eye surgery is essential to identify the most effective drugs. Identify the most common causative agents will help orient the eye doctors in the therapeutic treatment of conjunctivitis.

This article is about the analysis of microflora of conjunctive cavity and its sensitivity to antibiotics according to the clinical laboratory of Kazakh Scientific Research Institute of Eye Diseases for 2009 year.

Keywords: flora of the conjunctiva, the sensitivity to antibiotics

УДК 616. 716. 1 - 006. 2 - 07 - 089 - 053

Ә.Ж.ЕСІМ, Б.З. КУРМАНГАЛИЕВ, Б.С. ЖАКСЫБАЕВ

Модуль стоматологии детского возраста

Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Алгоритм диагностики и лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей разного возраста.

Острые воспалительные заболевания (ОВЗ) у детей, причиной которых явились временные зубы, имеют своеобразную клиническую картину в зависимости от различных факторов: возраст, наличие множественных кариозных очагов, давности хронического очага и частоты обострения хронического очага. При оказании помощи необходимо учитывать степень рассасывания корней и патологии меж корневого перегородки. Наиболее оптимальным является органосохраняющий метод лечения, разработанный нами.

Ключевые слова: дети, периодонтит, периостит, остеомиелит.

Необходим дифференцированный подход по отношению к острым одонтогенным периоститам у детей, причиной которых явились временные зубы. Необходимо строго дифференцировать клинические особенности течения серозных и гнойных периоститов в зависимости от возраста ребенка, очага локализации: верхняя, нижняя челюсть; длительности процесса, частоты рецидива хронического процесса в периодонте, множественности кариозного поражения, функциональной принадлежности зуба: передние, боковые, одно-многокорневые; наличие свищевого хода, соматического статуса.

На основании изложенных позиций необходимо решать главную проблему – принцип лечения и его особенности в зависимости от создавшейся ситуации. При оказании экстренной помощи при острых одонтогенных периоститах необходимо дифференцировать объем и этапности комплексной терапии.

Считаем целесообразным освежить в памяти стоматологов о периодах физиологического развития временных зубов, формирование и физиологическое рассасывание корней временных жевательных зубов и необходимо разделить на следующие стадии:

1. Формирование корней до 3-х лет
2. Завершение формирования корней 3-7 лет
3. Начало физиологической резорбции 7-8 лет
4. Завершение физиологической резорбции корней 8-10 лет
5. Задержка физиологической резорбции корней 10-12 лет

Рентгенологические степени резорбции корней временных жевательных зубов и меж корневого перегородки:

Физиологические
Деминерализация
Деструкция

Патологические
Деминерализация
Реминерализация

Резорбция

Деструкция
Лизис

Патологическая резорбция особенно характерна для хронического периодонтита временных зубов с различной картиной: резорбция корней и меж корневого перегородки. Каждая из приведенных стадий имеет колебания в одну или другую возрастную сторону, которая связана с внутриутробным развитием и адаптационными периодами после рождения.

Показаниями для удаления временных жевательных зубов являются: аномалии прорезывания, задержка резорбции корней при полноценном формировании коронки постоянного зуба, полная резорбция всех корней.

Тактика удаления временных жевательных зубов при осложненном кариесе также имеет четкие показания. Однако, недостаточно четкое определение выбора тактики, основанное на возрастные особенности, приводит к отдаленным осложнениям, как раннее поражение кариесом постоянных зубов и патологии пародонта. Показанием для удаления временных жевательных зубов является совокупность определенных клинических и рентгенологических данных.

Рентгенологический признак резорбции верхушки меж корневого перегородки при отсутствии картины лизиса, кортикальной пластинки зачатка постоянного зуба не является показанием для удаления временных жевательных зубов у детей до 7-8 лет.

При физиологической резорбции корня ствольные клетки для пародонта формируют ткани по типу «почки» дерева. При прорезывании постоянного зуба данные «почки» открываются и формируют периодонт и круговую связку. Травма клеток данной «почки» может являться причиной ретроградного пульпита и периодонтита.



Рисунок 1

Рисунок 2

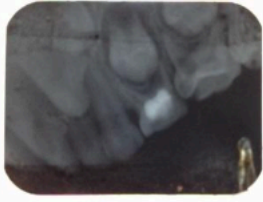


Рисунок 3



Рисунок 4

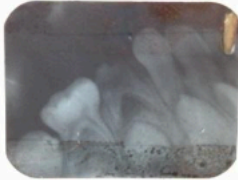


Рисунок 5

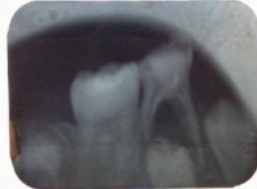


Рисунок 6

Рисунок 1

Фото рентгенограмма ребенка К. 7 лет. Частичная резорбция дистального корня 7.5 и полная резорбция дистального корня 7.4, частичный лизис вершины межкорневой перегородки 7.4. Сохранены медиальные корни 7.4 7.5

Рисунок 2

Ребенок С. 4 г. 8.4 корневые каналы санированы, межкорневая перегородка частично лизирована, деструкция кортикальной пластинки, резорбция межзубной перегородки между 8.4 8.5.

Рисунок 3

Ребенок Г. 7 л. 5.4 пломбированный, корневые каналы свободны, частичная резорбция дистального щечного корня, лизис вершины межкорневой перегородки, кортикальная пластинка сохранена.

Рисунок 4

Ребенок В. 7 л. 8.5 кариозный, не санированный, частичный лизис межкорневой и межзубной (8.5 и 4.6) перегородки, кортикальная пластинка сохранена.

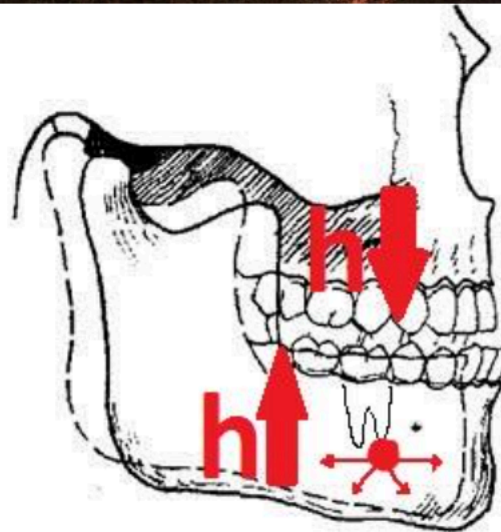
Рисунок 5

Ребенок Е. 6 л. 7.4 кариозный, не леченный, межкорневая перегородка лизирована до 2\3, кортикальная пластинка сохранена.

Рисунок 6

Ребенок Н. 9 л. 8.5 кариозный, ранее леченный, каналы свободны, межкорневая перегородка лизирована, кортикальная пластинка сохранена частично, резорбция дистального корня на 1\3, медиальный корень полностью сохранен. Зуб 8.4 был удален ранее.

При распространении воспалительного процесса за пределы периодонта-периостит, остеомиелит, флегмона-активность острого процесса в околокорневой ткани ослабевает, а в отдаленных тканях, наоборот, увеличивается (принцип пожара в лесу).



Патофизиологические процессы вовлекает остеон, белковые матриксы, жировые включения, что усиливают степень активности острого процесса за пределы периодонта. Процесс тромбоза сосудов губчатого вещества костной ткани, субпериостальной зоны и мягких тканей способствуют резкому снижению парциального давления кислорода в тканях, что является следующим этапом воспалительного процесса-некроза тканей, не имеющий связи с периодонтом. Этот краеугольный камень патологического процесса и является ключом к определению тактики к удалению т.н. «причинного» зуба. В таком контексте расшифровки патологического процесса, исходящего из-за обострения хронического процесса в периодонте, есть ли резон поставить вопрос: сохранить или удалить зуб? Эту дилемму мы решили в начале 70-х годов прошлого столетия.

На первом этапе нами, совместно с терапевтом-стоматологом, в день вскрытия гнойно-воспалительных процессов в кости и мягких тканей и обильного орошения антисептиками, корневые каналы очищались от некротически масс. Санация корневых каналов по всем правилам стоматологии проводилась после купирования острого процесса в кости и окружающих тканях. Сравнимая группа больных получала лечение по принятой в хирургической стоматологии - удаление зуба, вскрытие гнойных очагов и соответствующая медикаментозная терапия. Анализ отдаленных

результатов в двух группах больных особого отличия не выявил. Это позволило нам ответить на основной злободневный вопрос: сохранить или удалить т.н. «причинный» зуб.

Принципиальным является тщательный контроль за общим состоянием больных и местными проявлениями при подострой фазе воспаления. Длительность промывания костно-мозговых каналов при гнойно-воспалительных процессах имеет особо важное значение. Кратковременный лаваж, т.е. однократное промывание не всегда способствует очищению костных полостей, тогда как многократное промывание приводит к вымыванию белкового матрикса и липидной ткани, являющейся биологической мембраной костной ткани. Многократное и длительное по времени промывание является основной причиной остеолита и формирования костных полостей, приводящих к обширному некрозу. Органосохраняющий метод лечения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области явился приоритетным и использовался во многих исследовательских работах и практических рекомендациях не только в Казахстане, а также в бывшем Союзе.

Кариозные молочные (временные) зубы необходимо оценивать как основной очаг инфекции орофарингиальной зоны и организма в целом.

В хирургической стоматологии детского возраста острый периостит челюстей относится к стационарному

диагнозу. Дети с данной патологией подлежат госпитализации из-за быстрого распространения инфекционного процесса, обусловленного анатомо-физиологическими и топографическими факторами, особенностями кровоснабжения, лимфообращения, а также рефлексогенности зоны, близости центральной нервной системы и т.д. Необходимо учитывать, что в челюстно-лицевой области и шеи локализуются разветвления 10 пар черепно-мозговых нервов, каждая из которых реагирует на воспалительные процессы. Эти обстоятельства усугубляют течение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей и требуют особой настороженности при выборе лечения.

Лимфаденоидное кольцо глотки является одним из важных (если не главным) звеньев лимфатической системы индивида, особенно в детском возрасте, когда формируется защитная функция организма. Поэтому наличие кариозных зубов и полиморфность микробной флоры в них являются одним из патогенетических звеньев ОРЗ и различных заболеваний ЖКТ и всего организма.

Диагностика хронического остеомиелита челюстей основывается на данных клинического, рентгенологического и компьютерного обследования.

Несмотря на радикальность секвестрэктомии наблюдается рецидив остеомиелита у б – 27 % больных.

Причина рецидива объясняется различными обстоятельствами: наличие хронических очагов в организме и периодонте, инфицирование послеоперационной раны, недостаточная антибиотикотерапия, вторичный иммунодефицит и т.д. Однако, недостаточная дифференциация клинических признаков, в частности, количества гнойного отделяемого приводит к диагностической ошибке, которая способствует рецидиву хронического остеомиелита. Нами установлен клинический признак отторжения секвестра от материнского ложа, что позволил полностью исключить рецидив хронического остеомиелита после секвестрэктомии.

Заключение:

1. При обострении хронического периодонтита, остром одонтогенном периостите и остеомиелите челюстей у детей, от временных зубов до периода рассасывания корней, необходимо проводить органосохраняющий метод лечения. После купирования острого процесса необходимо проводить санацию корневых каналов стоматологом-терапевтом.

2. Раннее удаление временных зубов приводит к недостаточной минерализации зачатков постоянных зубов, приводящих к кариозному поражению, ранней потере зубов с многочисленными осложнениями местного и общего характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Есім А.Ж., Токпаева А.Б. Особенности течения и лечения острых одонтогенных периоститов челюстей у детей младшего возраста. // Детская хирургия. – 2009. - №3. – С.44-46
2. Есім А.Ж. Проблема раннего удаления временных зубов у детей. // Казахстанский стоматологический журнал. – 2004. - №4. – С.23-25.
3. Есім А.Ж. Органосохраняющие методы лечения одонтогенных воспалительных заболеваний. /Сб. Клиника и лечение заболеваний челюстно-лицевой и смежных областей. – Алматы: 1997. – 83 с.

Ә.Ж.ЕСІМ, Б.З. ҚҰРМАНҒАЛИЕВ, Б.С. ЖАҚСЫБАЕВ.

ӘРЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ЖЕДЕЛ ОДОНТОГЕНДІК ҚАБЫНУ ҮРДІСТЕРІН НАҚТАМАЛАУ МЕН ЕМДЕУ АЛГОРИТМІ

Түйін: Балалардың бет-әлпетінің жедел уақытша тістерден болған одонтогендік қабыну ауруларының клиникалық сипаттамалары әртүрлі себептерге байланысты: жас шамасы, көптеген кариеске шалдыққан тістері, созылмалы аурулары мен олардың өршуі. Ауруларға көмек жасарда уақытша тістердің түбірі мен түбір аралалық сүйектің сорылуына аса назар аудару қажет. Ең ұтымдысы ем тістерді сақтап қалу.

Түйінді сөздер: бала, периодонтит, периостит, остеомиелит.

A.ZH. ESIM, B.Z. KURMANGALIEV, B.S.ZHAKSYBAEV

ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE DENTAL INFLAMMATORY PROCESSES OF CHILDREN AT DIFFERENT AGES

Resume: The Sharp Inflammatory Diseases (SID) at children which reason, was temporary teeth, have a peculiar clinical picture depending on various factors: age, existence of the multiple carious centers, prescription of the chronic center and frequency of an aggravation of the chronic center. At ministration it is necessary to consider degree of a resorption of roots and pathology between a root partition. The most optimum is the organ-preserving method of treatment developed by us.

Keywords: children, periodontitis, periostitis, osteomyelitis

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ – ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Целью работы было выявление удельного веса врожденных пороков развития мочевой системы у детей, состоящих на диспансерном учете с диагнозом хронический пиелонефрит. Из 30 диспансерных больных с врожденными пороками развития мочевыделительной системы (ВПРМВС) составили 26.8%. Врожденные пороки развития мочевыделительной системы выявлены при обращении по поводу инфекции мочевыделительной системы (ИМС). Пиелонефриты на фоне ВПРМВС имели более тяжелое, рецидивирующее и хроническое течение. Выявлены основные причины: позднее обращение, низкий уровень санитарно-просветительной работы среди населения.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей (ИМВП), врожденные пороки развития мочевыделительной системы (ВПРМВС), пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), гидронефроз

Аномалии развития почек и мочевыводящих путей являются основой для развития микробно-воспалительных заболеваний мочевыделительной системы (2).

Целью нашего исследования было выявление удельного веса врожденных пороков развития мочевой системы среди детей, состоящих на диспансерном учете с хроническим обструктивным пиелонефритом. Анализ проведенный в течение последних 3 лет показал, что удельный вес детей с врожденной почечной патологией составил 26.8% из числа обследованных больных. Структура врожденных пороков составила: нефроптоз 50%, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – 30.1%, гидронефроз - 9.4%, агенезия, немая почка 2.1%, поликистоз - 1.6%, полное и неполное удвоение ЧЛС 0.56%.

Для диагностики применяли основные методы исследования (4): общий анализ крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бакпосев мочи, биохимический анализ крови, УЗИ и рентгеноурологические методы исследования, при «немой» почке, показаны ретроградная пиелография, почечная ангиография. Данные обследования показали, что более 50% детей имели нефроптоз. Наиболее часто встречающимися пороками развития мочевыделительной системы являются: пузырно-мочеточниковый рефлюкс и гидронефроз почек. Возраст обследованных детей от 1.5 месяцев до 15 лет. Все они обследованы в стационарах при поступлении впервые с диагнозом ИМВП, повторные исследования проводились при повторных госпитализациях и частично амбулаторно.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – это аномалия развития пузырно-мочеточникового соустья, приводящая к ретроградному току мочи из нижних в верхние отделы мочевого тракта составила у наблюдаемых нами детей 30.1%. У новорожденных без признаков аномалии развития обычно диагностируется 1-2 степень ПМР. Данное состояние носит транзитный характер и может подвергаться регрессии в течение первого года жизни. При 3-4-5 степени ПМР при раннем начале правильного комплексного лечения регрессия отмечается только в 40% случаях (3).

В зависимости от степени заброса рентгеноконтрастного вещества и дилатации полостей МВС ПМР делится на 5 степеней: 1 степень – заброс контрастного вещества только в мочеточник; 2 степень – заброс контрастного вещества в мочеточник, лоханку и чашечки без дилатации и изменений со стороны форниксов; 3 степень – незначительная или умеренная дилатация мочеточника и лоханки при отсутствии или склонности к

образованию прямого угла форниксами; 4 степень – умеренная дилатация мочеточника, его извилистость, умеренная дилатация лоханки и чашечек, обусловленность острого угла форниксами; 5 степень – выраженная дилатация и извилистость мочеточника, выраженная дилатация лоханки и чашечек, у большинства чашечек сосочковость не прослеживается. ПМР не имеет характерной клинической картины, выявляется в 100% случаях на фоне инфекции мочевыводящих путей, часто сочетается с гидронефрозом, поликистозом, аплазией и гипоплазией почки. Комплексная консервативная терапия является эффективной при ПМР 1-2 степени, 3-5 степени - являются показанием для оперативного лечения.

Гидронефроз (1) – обструктивная уропатия, стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек на почве нарушения оттока мочи в пиелоретеральном сегменте за счет стеноза, сдавливания добавочным сосудом, клапаном слизистой мочеточника – чаще врожденного характера. К приобретенным причинам гидронефроза относятся: мочекаменная болезнь, опухоли, рубцевание мочеточника в результате воспалительного процесса. У наблюдаемых нами детей удельный вес гидронефроза составила 9.4%.

При гидронефрозе различают 4 стадии патологического процесса (1,2): 1 стадия – прегидронефроз – пиелоктазия; 2 и 3 стадия – это собственно гидронефроз с большим или меньшим сохранением функций почки; 4 стадия – гидронефроз с резким истончением ткани паренхимы и полной потерей функциональной способности пораженного органа. При 1 стадии лечение комплексное, консервативное: стимуляция оттока мочи, лечение пиелонефрита, физиолечение, массаж. Если нет эффекта – хирургическое лечение. При 2-3-4 стадиях – органосохраняющие операции, направленные на восстановление пиелоретерального сегмента, иногда нефрэктомия. У 100% детей гидронефроз диагностируется на фоне инфекции мочевыводящих путей.

Выводы:

1. Врожденные пороки развития мочевыделительной системы не редкая патология у детей и составляет 26.8% среди детей с ИМВП состоящих на диспансерном учете.
2. Микробно-воспалительные заболевания у детей на фоне ПМР и гидронефроза имели более тяжелые, рецидивирующие и хронические течения, осложнились хронической почечной

- недостаточностью у двоих (6.6%), оперативному лечению подверглись 3 детей (10%).
- Учитывая высокую частоту врожденных пороков развития мочевой системы и частое наслоение инфекции, участковым педиатрам и родителям необходимо быть внимательнее к неоднократным жалобам ребенка на боли в животе, пояснице, утомляемость, наличие субфебрильной температуры без катаральных явлений, особенно в семьях с отягощенным нефроурологическим анамнезом.
 - Необходимо проводить таким детям анализ мочи и УЗИ исследования органов брюшной полости с целью раннего выявления и лечения врожденных пороков развития и наслонившейся инфекции мочевыделительной системы, а также для профилактики осложнений.
 - Уровень санитарно-просветительной работы среди населения по патологии мочевыделительной системы остается низким.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Садыкова В.Б., Лобанова Р.П., Аманбаева Л.А., Алпысбаева С.Д. Гидронефроз почек у детей. В материалах научно-практической конференции «Проблемы педиатрии: Стратегия развития и перспективы». – Алматы: 2002. - С. 138-139.
- Столова Э.Н. Частота парциальной обструкции при врожденных аномалиях почек и мочевыводящих путей. Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской нефрологии и урологии» (13-14 октября 1998 г.). - Алматы: 1998. – 65 с.
- Папаян А.В., Аничкова И.В. «Пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс – нефропатия» Руководство для врачей «Клиническая нефрология детского возраста». –СПб.: Сотис, 1997. – С. 529-544.
- Кенжебаева К.А. и др. «Ранняя диагностика врожденных пороков развития мочевыделительной системы у новорожденных детей». Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской нефрологии и урологии» (13-14 октября 1998 г.). – Алматы: С. 38-40.

Д.К. ЖҰМАДИЛЛАЕВА

№4 Қалалық емхана ШЖҚМҚК, дәрігер-педиатр

ЗӘР ШЫҒАРУ ЖҮЙЕЛЕРІ ДАМУЫНЫҢ ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРЫ – НЕСЕП ЖОЛДАРЫ ЖҰҚПАЛАРЫ ДАМУЫНЫҢ СЕБЕБІ

Жұмыстың мақсаты созылмалы пиелонефрит диагнозымен диспансерлік есепте тұрған балаларда зәр шығару жүйелері дамуының туа біткен ақауының меншікті салмағын анықтау болып табылады. Зәр шығару жүйелері дамуының туа біткен ақауы (ЗШЖДТА) бар 30 диспансерлік науқас 26.8% құрады. Зәр шығару жүйесі (ЗШЖ) жұқпаларына қатысты тексерілген кезде зәр шығару жүйелері дамуының туа біткен ақауы анықталған.

Пиелонефриттер ЗШЖДТА аясында әлдеқайда ауыр, қайталанбалы және созылмалы сипатқа ие. Негізгі себептері анықталды: кеш қаралу, халық арасындағы санитариялық-ағарту жұмыстарының төмен деңгейі.

Тірек сөздер: зәр шығару жолдары жұқпалары (ЗШЖЖ), зәр шығару жүйелері дамуының туа біткен ақауы (ЗШЖДТА), қуықтық-зәрағарлық рефлюкс (ҚЗР), гидронефроз

D.K. ZHUMADILLAeva

CONGENITAL ANOMALIES OF THE URINARY SYSTEM - CAUSE OF URINARY TRACT INFECTIONS

Resume: The aim of the work was to determine the proportion of congenital malformations of the urinary system in children being on the dispensary with a diagnosis of chronic pyelonephritis. Of the 30 dispensary patients with congenital malformations of the urinary tract (VPRMVS) accounted for 26.8%. Congenital malformations of the urinary system are revealed when you apply for urinary tract infection (PMI). Pyelonephritis against VPRMVS had a more severe, recurrent and chronic. The basic reasons: late referral, low level of health education among the population.

Keywords: urinary tract infection (UTI), congenital malformations of the urinary tract (VPRMVS), vesicoureteral reflux (VUR), hydronephrosis

CORONARY FUNCTION OF CHILDREN FROM THE ARAL SEA REGION LIVING IN CONDITIONS OF CHEMICAL TOXIC SUBSTANCES INFLUENCE

427 children from 7 till 15 years permanently living in the Aral Sea region (the basic group) and 108 children living in the area of relative wellbeing (group of comparison) have been examined. Diseases of cardiovascular system are revealed in 323 children of the basic group - 75,6 %. The structure of cardiovascular pathology of children from the Aral Sea region is represented by congenital anomalies of development (29,7 %) and inflammatory diseases (5,3 %). The leading place is occupied by functional infringement of coronary function revealed in 65 % (210 children).

Keywords: children, the Aral Sea region, chemical toxic substances, repolarization infringement, heart failure, echocardiography, electrocardiography

The Aral Sea region - the territory, adjoining to the dying Aral Sea and undergoing its influence, is the large region with the population of 1 million 529 thousands. The fourth part of the population are children. Children living in the region are exposed to the combined influence of ecologically unfavorable factors of environment. High values of infant mortality rate and children's diseases testify to it. It is necessary to note that there is the growing level of congenital anomalies of development (1) among which the special place are occupied by congenital anomalies of heart development (33,4 %). In the general structure of diseases, which are the reasons of high death and invalidisation rates, the first place remains behind pathology of cardiovascular system, in particular behind the heart failure.

Laboratory of soils technogenic pollution of the Institute of Soil Science of the National Academy of Sciences of Republic of Kazakhstan after investigation of 2500 soil samples tests determined that concentration of lead 6 times higher, cadmium, copper 1,5 times higher, benzopiren 250 times higher, nitrates, nitrites 10-15 times higher, phenols 3 - 4 times higher than maximum permissible concentration of these substances in the soil. Therefore it results to increased contents of these substances in drinking water and food.

Results of scientific researches on studying of chemical toxic substances in the biological substrata of the children's organism, which has been carried out in the scientific centers of Japan and Luxembourg, have shown the high contents of lead, arsenic, santobane, alpha, betta, gamma isomers of hexachlorocyclohexane in blood plasma (2). It is proved by the researchers (3), that practically each harmful chemical substance does not pass heart, reaching its by direct way or other way. In conditions of chronic influence of toxic industrial chemical substances (heavy metals and their organic and inorganic connections, phosphorus, carbon oxide, etc.) on human organism the heart reaction characterizes by disorder of metabolic processes in the cardiac muscle (4).

In this connection, the goal of the research was to estimate of coronary function in children living in the ecologically unfavorable Aral Sea region.

Material and methods

427 children from 7 till 15 years permanently living in the Aral Sea region (the basic group) and 108 children living in the area of relative wellbeing (group of comparison) have been examined. The following methods of investigation have been used: general clinical, laboratory, instrumental (electrocardiography, echocardiography). During echocardiography research condition of the basic heart functions and duration of electric systole of ventricle is estimated.

Ultrasonic research was carried out for estimation of

myocardium contractile function (fraction of emission, shortening of small size of left ventricle in the systole phase (% ΔS) and speed circular shortening of muscular fiber (Vcf)), condition of intracardiac haemodynamics.

Results of the research and discussion

The carried out clinical researches have shown, that in the structure of chronic somatic pathology of children constantly living in the Aral Sea region diseases of cardiovascular system are on the third place. Diseases of cardiovascular system are revealed in 323 children, i.e. in 75,6 % of the total quantity of surveyed children.

The structure of revealed pathology of heart has been represented by congenital anomalies of heart (29,7 %), inflammatory diseases of cardiac muscle (5,3 %) and functional infringements of coronary function (65 %).

In the structure of the revealed pathology coronary functional infringements prevailed and are revealed in 210 children (65 %). The basic diagnostic criterions for determination of this group of children are presence of complaints, characteristic for cardiovascular system pathology. However it has not been revealed any changes during laboratory and instrumental researches, characteristic for congenital anomalies of development and inflammatory diseases of heart, and also clinical signs of heart failure.

Complaints analysis of children with coronary functional infringements in the surveyed groups (basic and comparison groups) has shown that clinical symptoms, characteristic for asthenic-vegetative syndrome are registered authentically more often ($P < 0,001$) in children of the basic group. The asthenic-vegetative syndrome has been revealed in 80 % of the basic group children, and manifested by: weakness (68 %), fast physical and mental fatigue (78 %), headache (39,5 %) and dizziness (36,1 %), and also decrease of tolerance to exercise stress and stressful situations. Its incidence was 47,2 % in the comparison group children.

Cardiac syndrome such as pain (22,8 %) and unpleasant sensations in the heart field (7,6 %), attacks of palpitation (3,8 %) has been revealed in 22,9 % of the basic group children whereas this syndrome was diagnosed authentically more often ($P < 0,05$) in children of comparison group and its incidence was 35,1 %. Cardiac pain was provoked by fatigue, psychoemotional stress, various stressful situations in part of basic group children, and in the majority of children pain syndrome wasn't provoked by any factors. Cardiac pains were characterized by variety of painful sensations such as whining, pressing, compressing pains of various intensity, duration and localization. Localization of the pain was more often in the field of heart apex (76,1 %). Intensity of the pain varied from insignificant up to sharp, the last was accompanied by symptoms - alarm, anxiety, fear, and

sensation of air shortage. Characteristic feature of cardiac pain of children with functional infringements of coronary function was independency of its genesis.

Subjective sensation of strengthened and speeded up heartbeat, sensation of head vessels pulsation are registered in 3,8 % of children of the basic group, paroxysms of tachycardia characterized by poor clinical symptoms that has been caused by their relative short duration.

Cardiorespiratory syndrome is revealed authentically more often ($P < 0,05$) in children of the basic group and represented by superficial breath and sensation of air shortage (10 %), dyspnoea at moderate exercise stress (37,6 %).

Data analysis of objective examination of children with functional infringements of coronary function has revealed changes, characteristic for pathology of cardiovascular system.

Borders of relative cardiac dullness in children with functional infringements of coronary function in vertical

position remained within the age norm limits, however in horizontal position in 24,7 % of children the left border of relative cardiac dullness was displaced. Auscultation picture of the heart of children with functional infringements of coronary function was characterized by the muffled first tone above the heart apex and above Botkin- Erb 's point in 82,9 % of children. On the background of the weakened first tone in the same projective points functional systolic murmur was listened. Stability of systolic murmur is revealed during dynamic monitoring of patients.

Thus, objective signs of cardiac muscle pathology are found out in examined children with functional infringement of coronary function alongside with various complaints from the heart side. It has served as a basis for carrying out of electrocardiography examination.

Results electrocardiography examination of children (the basic and comparison groups) have revealed. Incidence of heart rhythm and conductivity changes are shown in the table 1.

Table 1 - Incidence of rhythm and conductivity infringements in children of the examined groups.

Electrocardiogram changes	the basic group (n=210)	the comparison group (n=108)
Rhythm infringement	43,3 ± 3,42	20,4 ± 3,87
Conductivity infringement	10 ± 2,07	13,9 ± 3,32
Combined infringement of rhythm and conductivity	23,8 ± 2,94	7,4 ± 2,51
total	77,1 ± 2,89 *	41,7 ± 4,74*

* $p < 0,001$ certainty of distinctions between incidence of rhythm and conductivity infringement in children of the basic and comparison groups.

In children of the surveyed groups rhythm infringements (43,3 % in the basic group and 20,4 % in comparison group) were revealed more frequently. Isolated infringements of intracardiac conductivity were determined less often (10 % in the basic group, than in comparison group (13,9 %). Combined infringements of rhythm and conductivity are revealed in 23,8 % of children of the basic group and in 7,4 % of children of the comparison group. Thus, as a result of electrocardiography data analysis it is determined, that rhythm and conductivity infringements are registered authentically more often ($p < 0,001$) in the basic group children than in the comparison group children.

In the structure of rhythm infringements of the surveyed groups incidence of arrhythmia, caused by infringement of sinus nodule automatism function or nomotopical arrhythmia (sinus tachycardia, sinus bradycardia and sinus arrhythmia, migration of the rhythm source), is prevailed.

In 52,8 % of children with functional infringements of coronary function various kinds of intracardiac conductivity

disorders are revealed. Electrocardiography syndrome considered as ventriculonector's right part partial block is observed with high incidence (32 %) in all surveyed groups. The syndrome is revealed in all age groups with approximately identical incidence.

The syndrome of premature excitation has been revealed in 14,3 % of the basic group children and in 11 % of the comparison group children. Incomplete intraatrial blockade and AV - blockade of 1st degree have been revealed in 5,2 % and in 1,4 % of the basic group children accordingly whereas in comparison group such kinds of intracardiac conductivity disorders has not been revealed.

Alongside with various kinds of cardiac rhythm and conductivity disturbance in children of surveyed groups such infringements of repolarization processes of ventricles myocardium as ventricular complex final part changes are revealed in examined children. Incidence of final part of ventricular complex changes is submitted in the table 2.

Table 2 - Incidence of wave T and segment ST changes on the electrocardiogram in children of the surveyed groups.

Electrocardiogram segment	basic group (n=210)	comparison group (n=108)
Wave T	76,7 %*	24,1 %*
Segment ST	55,2 %	9,2 %

$P < 0,001$ certainty of distinctions between incidence of wave T amplitude changes in children of the basic and comparison groups.

Changes of wave T are registered authentically more often ($P < 0,001$) in 76,7 % of the basic group children. In accordance with S.A.Abakumov (1988) and M.S.Kushakovsky (2000) opinion change of ventricular complex final part is important and authentic sign of myocardium ischemia caused by coronary blood circulation insufficiency. However, according to S.S.Ostropolets and L.I.Zolotova data, the main reason of such electrocardiography changes in children is myocardium metabolic processes infringement in combination with hypersympathicotonia.

The received results of electrocardiographical examination of children are corresponded to some electrocardiography-syndromes described by Isakov I.I. et al. (1974).

Tachycardiac syndrome characterized by interval R-R shortening is diagnosed as in the basic group (26,7 %) and in the comparison group (13,9 %).

Vagotonical syndrome characterized by interval R-R increase is observed less often in the basic group children -18,6 % and in the comparison group children - 6,5 %. Isakov I.I. with co-authors have described dystrophic syndrome characterized by changes of repolarization processes in the ventricles myocardium. Prevalence of dystrophic syndrome is determined authentically more often ($P < 0,001$) in children of the basic group (76,7 %) whereas in the comparison group its incidence is 24,1 %.

Analyzing the received results, it is necessary to note, that tachycardiac and vagotonical syndromes authentically more often diagnosed in the basic group. The syndromes are convertible changes and are regarded as compensatory reaction to influence of unfavorable factors of environment. The revealed dystrophic changes are more predictably unfavorable according to the literature (V.H.Vasilenko, C.Б, Feldman, 1989) and in adults they result in decrease of myocardium functional condition. Taking into account, that dystrophic changes of myocardium in accordance with the electrocardiography examination data are registered three times more often in children living in ecologically unfavorable region than in children from relative wellbeing area, it is possible to think about cardiotoxic effect of environmental chemical toxic substances on the myocardium.

Thus, comparison of received electrocardiography parameters of the basic group children and the comparison group children has shown, that higher incidence and expressiveness of myocardium basic functions infringements (automatism, excitability, conductivity) in combination with repolarization processes changes are revealed in children living in ecologically unfavorable region.

Echocardiography examination was carried out for estimation of myocardium functional condition of children, living in ecologically unfavorable area. The examination allowed estimating parameters of myocardium contractile

ability, central haemodynamics and also morphometrical parameters.

During echocardiography examination in 10,4 % of children with functional infringements of coronary function deviations from age norms has not been revealed. The following changes of echocardiogram parameters have been determined in 89,6 % of children: parameters of myocardium contractile ability (90,6 %), parameters of intracardiac haemodynamics (86 %), morphometrical parameters (65,1 %).

Analysis of the received parameters of myocardium contractile ability has revealed the following changes: decrease of emission fraction (83,7 %), decrease of myocardium fibers circular shortening speed (69,7 %), decrease of systolic contractibility of left ventricle myocardium (67,4 %).

Change of central haemodynamics parameters is revealed in 86 % of surveyed children. Analysis of the received central haemodynamics parameters of children has revealed changes of all investigated parameters: increase of left ventricle final diastolic (48,8 %) and final systolic (62,7 %) volumes, decrease of stroke output (39,5 %).

Thus, 1/3 of children with functional infringements of coronary function have decrease of stroke output, but at the same time they have increase in residual volumes of the left ventricle.

Change of morphometrical parameters is revealed in 65 % of children. Studying of morphometric parameters of the heart has revealed increase of final diastolic (30,2 %) and final systolic (51,1 %) sizes of left ventricle, left ventricle back wall thickness (21 %), among them changes of left ventricle final systolic size are revealed authentically more often ($P < 0,05$).

Thus, myocardium contractile ability suffers first of all in children with functional infringements of coronary function. Haemodynamic and morphometric deviation testifies to exhaustion of the myocardium reserve opportunities.

High incidence of functional infringements of coronary function (65 %) is registered in children living in ecologically unfavorable area. Data of electrocardiography researches testify, that myocardium metabolic disorders (infringement of repolarization processes) are diagnosed authentically more often ($p < 0,001$) in surveyed children in comparison with children from relative wellbeing region. Echocardiography research of children with myocardium metabolic disorders has revealed decrease of myocardium contractile ability. Decrease of the parameters describing pump and contractile functions of myocardium is possible to consider as preclinical manifestation of the heart failure in children living in ecologically unfavorable Aral Sea region.

Acknowledgment. - *This work was supported by a grant of the International Scientific Technical Center (Project # K-472)*

REFERENCES

- 1 Mazhitova Z.H. Problems of ecologically dependent conditions in children. Ecology and children. – Almaty: 1996. – P.7–9.
- 2 Mazhitova Z.H. Influence of ecological factors on children's health. Medical problems of the Aral Sea region. - Kzil-Orda: 1995. – P. 21 – 25.
- 3 Veltishev U.E. Ecopathology of children's age. Pediatrics. – 1995. – 4. – P. 26–33.
- 4 Kushakovski M.S. Metabolic heart diseases. Saint-Petersburg. – 2000. – 127p.
- 5 Vasilenko V.H., Feldman S.B., Khitrov N.K. Miocardiodystrophy. – M.: 1989. - 272p.
- 6 Sahn D.J., Anderson F. Normal two-dimensional echocardiographic anatomy of the heart. // Atlas for echocardiographers two-dimensional anatomy of the heart. New York. Wiley: 1982. – P.39–49.
- 7 Isakov I.I., Kushakovski M.S., Zhuravleva N.B. Clinical electrocardiography (Guidelines for physicians). Leningrad. Medicine. – 1974. – 295p.
- 8 De Marneffe M., Gregoire J.M., Kestemont M. P. Related Articles, Books The sinus node and the autonomic nervous system in normals and in sick sinus patients. Acta Cardiol. – 1995. – 50. – 4. – P.291–308.
- 9 Fish C. Parasystole // Electrocardiography of arrhythmias. Philadelphia Lea a. Febiger. - 1999. - P.169–185.
- 10 Gillette P., garson A. Clinical pediatric arrhythmias. WB Saunders Compani. - 1999. - P.306–319.
- 11 Folkow B. // Scan. Cardiovas. J. – 2007. – Vol. 35. – P. 163–172.
- 12 Petti C.A., Fowler V.G. // Cardiol. Clin. – 2003. – Vol. 21. – P. 219–233.
- 13 Topol E.J. (Ed.). Textbook of cardiovascular medicine. – 3th ed. – Lippincott Williams&Wilkins, 2007. – 1628 p.
- 14 Guimaraes G.V., Bellotti G., Mocilin A.O. et al. Cardiopulmonary exercise testing in children with heart failure secondary to idiopathic dilated cardiomyopathy. Chest 2001. – 120. – 3. – P.816-824.
- 15 Benjamin E.I., Levy D., Anderson K.M. et al. Determinants of Doppler indexes of Left ventricular diastolic function in subjects (the Framingham Heart Study) Amer. J. Cardiology. – 1999. - Vol. 70. – P.508-515.

З.Г. ДАВЛЕТГИЛЬДЕЕВА

ТОКСИКАЛЫҚ ЗАТТАРДЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ӘСЕР ЕТУ ЖАҒДАЙЫНДА АРАЛ ӨңІРІ БАЛАЛАРЫНДАҒЫ ҚАН АЙНАЛУ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Арал апат аймағында тұратын 7 мен 15 жас аралығындағы 427 бала тексерілді және экологиясы таза Алматы облысында тұратын 108 бала тексерілді. Негізгі тобындағы 323 балада (яғни 75,6%) жүрек – қан тамырлар жүйесінің патологиясы туа біткен ақаулармен (29,7%) және қабыну аурулармен (5,3%) көрсетілген. 210 балада (яғни 65%) жүрек қызметінің функционалды бұзылыстар бар.

Түйінді сөздер: балалар, Арал өңірі, химиялық токсикалық заттар, миокард реполяризациясының бұзылысы, жүрек жетіспеушілігі, электрокардиография, эхокардиография

З.Г. ДАВЛЕТГИЛЬДЕЕВА

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ, В УСЛОВИЯХ ХИМИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ТОКСИЧНЫХ ВЕЩЕСТВ

Резюме: Было обследовано 427 детей от 7 до 15 лет, постоянно проживающие в регионе Аральского моря (основная группа) и 108 детей, проживающих в зоне относительного благополучия (группа сравнения). Поражение сердечно-сосудистой системы выявлены у 323 детей основной группы - 75,6%. Структура выявленной патологии со стороны сердца у детей из района Аральского моря была представлена врожденными аномалиями развития сердца (29,7%), воспалительными заболеваниями (5,3%). Ведущее место занимают функциональные нарушения сердечной деятельности 65% (210 детей).

Ключевые слова: дети, Приаралье, химические токсические вещества, нарушение реполяризации в миокарде, сердечная недостаточность, электрокардиография, эхокардиография

В.А. ЛЕБЕДЕВА, З.К. ЗЕЙНУЛИНА, Д.К. ЖУМАДИЛЛАЕВА

ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ У ДЕТЕЙ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Лимфогранулематоз, или болезнь Ходжкина, относящаяся к злокачественным лимфомам, составляет приблизительно 12-15% от всех злокачественных новообразований у детей. Регистрируется данная патология в любом возрасте, однако существуют два пика повышения заболеваемости лимфогранулематозом: это 4-6 лет и 12-14 лет. В возрасте до 3 лет болезнь Ходжкина встречается крайне редко. Мальчики до 7 лет заболевают в 2-3 раза чаще, чем девочки, но где-то к 15-16 годам соотношение выравнивается.

Ни этиология, ни патогенез лимфогранулематоза до сегодняшнего дня окончательно не установлены. Предположительно играет роль вирус, обладающий низкой вирулентностью и иммунодепрессивными свойствами (например, по типу Эпштейн-Барра). Сама болезнь носит унциентричный характер возникновения с дальнейшим распространением процесса по организму метастатическим путём, в основном лимфогенно и отчасти гематогенно. Вероятно, опухоль исходит из Т-лимфоидной ткани и тем самым обуславливает нарастающий иммунодефицит. Основным гистологическим признаком являются клетки Березовского-Штернберга, обладающие такими свойствами, как анеуплоидия и клональность.

Наиболее постоянный объективный симптом лимфогранулематоза – это увеличение лимфатических узлов: в подавляющем большинстве (60- 80%) случаев в первую очередь поражаются шейные, остальные реже. Увеличенные лимфоузлы плотные на ощупь, безболезненны, между собой и окружающими тканями не спаяны, могут быть одиночными либо множественными, напоминая картошку в мешке. Обычно их впервые замечает или сам больной, или же его родители. При этом характерно отсутствие регионарного воспалительного процесса, способного объяснить имеющуюся лимфаденопатию.

Нередко при длительном бессимптомном течении на фоне удовлетворительного состояния вовлекаются лимфатические узлы средостения. В этот период их обнаруживают при рентгенографии грудной клетки, выполненной по другой причине. Затем появляется кашель (часто сухой), одышка и другие симптомы, возникшие из-за сдавления трахеи и/или бронхов, верхней полой вены. Могут поражаться забрюшинные лимфоузлы, различные внутренние органы: чаще всего селезёнка, печень, костный мозг, лёгкие и кости.

Состояние детей, больных лимфогранулематозом, долгое время может быть относительно удовлетворительным. Наиболее распространены неспецифические жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, ухудшение аппетита, потерю в весе, потливость, субфебрилитет.

Анализ периферической крови нередко неинформативен. Отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия. Возможно увеличение СОЭ. Анемия и тромбоцитопения встречаются обычно только при диссеминированной форме заболевания. Для установления диагноза оценивают уровень гаптоглобина, церулоплазмينا, α -глобулина, и фибриногена. Верифицируют лимфогранулематоз только на основании гистологического подтверждения процесса. Увеличенные периферические лимфатические узлы обязательно подвергают биопсии.

Лечение болезни Ходжкина у детей независимо от стадии начинают с проведения полихимиотерапии и заканчивают лучевой терапией. Большинство больных в I-II фазах лимфогранулематоза излечиваются, в III-IV – уровень выживаемости составляет 85%. Пациенты находятся на диспансерном наблюдении, посещая врача-гематолога в первые два года 1 раз в три месяца, а затем 1 раз в полгода. Такая тактика объясняется тем, что 95% рецидивов наблюдается именно в течение первых двух лет.

Ключевые слова: лимфомы, диагностика, лечение

Лимфомы - группа лимфопролиферативных заболеваний: лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) и неходжкинские лимфомы – лимфосаркомы и ретикулосаркомы. Заболевание, характеризующееся увеличением лимфатических узлов (ЛУ) и селезенки, сопровождающееся высокой лихорадкой, было впервые описано английским врачом Hodgkin в 1832 году, поэтому в 1865 году был предложен термин «болезнь Ходжкина» (1,2).

При исследовании патоморфологического субстрата из лимфоузла Г.Я. Березовский (1890г), а позднее (1898г) венский патологоанатом Steznberg описали гигантские многоядерные клетки, которых и назвали клетками специфичными для лимфогранулематоза (ЛГМ) – клетками Березовского-Штернберга. Официальное название болезни – лимфогранулематоз – было принято на седьмом съезде патологоанатомов в Вене в 1904г. Среди всех злокачественных опухолевых заболеваний кроветворных органов ЛГМ занимает первое место (3,5).

Лимфогранулематозом наиболее часто болеют дети в возрасте 4-6 и 9 - 10лет, так как в эти периоды детства в лимфатической системе ребенка происходят наиболее серьезные физиологические изменения и лимфатические узлы наиболее уязвимы к воздействию факторов вызывающих заболевание. В большинстве случаев заболевание начинается с лимфаденита шейной или надключичной, реже подмышечной и паховой области. Поражение других групп лимфатических узлов (ЛУ) развивается постепенно в процессе прогрессирования заболевания.

При ЛГМ в отличие от воспалительных заболеваний лимфоузлов, увеличенный ЛУ совершенно безболезненный, плотной консистенции, покрывающая его кожа не изменена, нет повышения местной температуры над узлом. На первых этапах заболевания нет выраженных симптомов интоксикации, общее состояние ребенка не страдает, он длительное время получает лечение по поводу банального лимфаденита.

Если лимфаденит удерживается 1 месяц, то необходимо проводить пункцию ЛУ. Это позволит найти в пунктате специфические для ЛГМ клетки Березовского-Штернберга и установить болезнь в ранние сроки от начала заболевания, начать своевременную комплексную терапию в специализированных онкологических стационарах. Это позволит добиться или полного выздоровления или хотя бы длительной ремиссии без прогрессирования болезни.

При несвоевременной поздней диагностике заболевание прогрессирует, в процесс вовлекаются другие группы ЛУ: чаще паратрахеальные (94,6%), трахеобронхиальные (73,11%), загрудинные и бронхопульмональные (51-54%), забрюшинные ЛУ. Если поражение ЛУ средостения можно определить при обычном рентгенологическом исследовании или при томографии, то поражение забрюшинных ЛУ можно заподозрить на основании клинических симптомов (боли в животе, понос, кишечная непроходимость) и изменения контуров кишечника при контрастной иригоскопии, применяется также методика прямого контрастирования лимфатических путей (4).

Метастазирование идет в любые органы: селезенку, печень, легкие, костный мозг и т.д., вызывая характерные признаки поражения этих органов. В течение 6 месяцев от начала заболевания метастазирования в другие ЛУ и органы присоединяются симптомы интоксикации: беспричинные подъемы температуры тела, слабость, потливость, реже кожный зуд, ребенок худеет. В общем анализе крови определяется лейкоцитоз с нейтрофилезом, снижение количества лимфоцитов, ускорение СОЭ, в биохимическом анализе - диспротеинемия с увеличением глобулинов и его фракций, повышение фибриногена, щелочной фосфатазы и т.д. Прогноз у поздно выявленных больных, очень серьезен.

Как правило, дети поступают в специализированные клиники поздно, когда болезнь находится во 2-4 стадиях. Число больных, поступающих в стационар в начальной стадии заболевания, не превышает 10%. Ранняя диагностика ЛГМ и своевременно начатая комплексная терапия дают выживаемость более 8-10 лет у 90-92% детей. Отсутствие рецидива более 5 лет свидетельствует об излечении от лимфогранулематоза (3).

Пример из практики: Мальчик И., уралман, 6 лет. Рос и развивался нормально, болел редко. 2 месяца назад мальчика лечили по поводу шейного лимфаденита более

месяца: антибиотики, УВЧ, витамины, местное лечение мазью Вишневского. Особого эффекта не было. В течение последующего месяца узел на шее еще больше увеличился, появились подъемы температуры тела до 38-40°, не снимающиеся жаропонижающими препаратами, слабость, потливость, зуд кожи, сухой, частый кашель, мальчик похудел. Мальчик был направлен на консультацию к онкологу.

При осмотре отмечались выраженные симптомы интоксикации: температура тела 39,8°, бледность, снижение подкожной клетчатки. Отмечался плотный безболезненный ЛУ на шее справа размером с перепелиное яйцо, были увеличены подмышечные и паховые лимфоузлы. Кашель сухой, частый, без мокроты. При пальпации живота отмечалась умеренная болезненность в левом подреберье. Была увеличена селезенка до 5 см. В общем анализе крови: эр. $3,0 \cdot 10^{12}$ нв 76 г/л, л 13 тыс, п 1, с 73%, лимф 13%, мон 13%, соэ 42 мм/час. В биохимическом анализе крови общий белок 60г/л, снижение альбуминов, гипергаммаглобулинемия и повышение α_1 и α_2 фракций, фибриногена и щелочной фосфатазы.

При биопсии шейного ЛУ определены клетки Ходжкина, а также двуядерные и многоядерные клетки Березовского-Штернберга. На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечалось двустороннее множественное симметричное поражение медиастинальных ЛУ. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз и мальчика госпитализировали в специализированный стационар для комплексного целевого лечения: полихимиотерапия, лучевая терапия, спленэктомия.

Выводы: лимфогранулематоз является не редкой патологией у детей. В отличие от воспалительных заболеваний лимфатических узлов, увеличенный при лимфогранулематозе узел совершенно безболезненный, плотной консистенции, покрывающая его кожа не изменена, нет повышения местной температуры над узлом и обычное лечение не дает эффекта. При сохранении лимфаденита более месяца, необходимы обязательная консультация специалиста онколога и диагностическая пункция лимфатического узла, т.к. эффективность лечения лимфогранулематоза зависит от ранней диагностики и своевременно начатого комплексного целевого лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 В.К.Таточенко Педиатру на каждый день справочник по лекарственной терапии. – М.: 2007. - С 228-229.
- 2 М.Б.Белогурова. Детская онкология. – СПб.: 2002. – С. 148-165.
- 3 Садыкова В.Б. Редерер С.К., Канышбаева Л.П., Танабаева О.В. Так ли безобиден шейный лимфаденит. Журнал «Здоровье». - № 11. – 2002. – 12 с.
- 4 Клиническая онкология. Том 1. Под редакцией Н.Н.Блохина, Б.Е.Петерсона. – М.: медицина, 1979. - С. 330 - 350.
- 5 Клиническая онкология том 1. Под редакцией Н.Н.Блохина, Б.Е.Петерсона. – М.: «Медицина», 1979. - С 330-350.

В.А. ЛЕБЕДЕВА, З.К. ЗЕЙНУЛИНА, Д.К. ЖҰМАДИЛЛАЕВА

№4 Қалалық емхана ШЖҚ МҚК

БАЛАЛАР ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЫ: тәжірибеде болған жағдай

Лимфогранулематоз, немесе Ходжкин ауруы қатерлі лимфомаларға жатады өрі балаларда кездесетін қатерлі өскіннің барлығының шамамен 12-15% құрайды. Бұл патология кез келген жаста тіркеледі, алайда лимфогранулематозбен ауырудың жоғарылауының екі үдемелі кезі болады: бұл 4-6 жас және 12-14 жаста. 3 жасқа дейінгі аралықта Ходжкин ауруы өте сирек кездеседі. 7 жасқа дейінгі ұл балалар қыздарға қарағанда 2-3 есе жиі ауырады, бірақ 15-16 жасқа қарай

Бұл арақатынас теңеседі. Лимфогранулематоздың этиологиясы да, патогенезі де осы күнге дейін нақты анықталған жоқ.

Шамамен, уыттылығы және иммунодепрессивтілік қасиеттері (мысалы, Эпштейн-Барр типі бойынша) төмен вирустың рөлі маңызды. Аурудың өзінің туындауы әрі қарай процесстің ағзаға метастатикалық жолмен, негізінен лимфогенді немесе гематогенді түрде таралуы унциентрлік сипатқа ие.

Лимфогранулематоздың едәуір тұрақты объективті симптомсы – бұл лимфалық түйіндердің ұлғаюы: оқифалардың басым бөлігінде (60-80%) ең алдымен мойын, басқалары сирек зақымданады. Ұлғайған лимфотүйіндер ұстағанда тығыз болады, ауырмайды, өзара және айналасындағы ұлпалармен қосылмайды, дара немесе картоп салынған қап сияқты көпше болуы мүмкін. Әдетте мұны алғаш рет науқастың өзі немесе ата-анасы байқайды. Әрі бұрыннан бар лимфаденопатияны түсіндіре алатын регионарлық қабыну процесінің болмауы тән болып табылады.

Аурудың ұзақ уақыт симптомсыз өтуі кезінде қанағаттандырылғы күй аясында көбірек қуысының лимфалық түйіндері жиі қатыстырылады. Бұл кезеңде оны басқа себеппен көбірек қуысына рентген жасаған кезде анықтайды. Осыдан соң жөтел (көбінесе құрғақ жөтел), ентікпе және трахеяны және/ немесе бронхтерді, бос жоғары тамырлары басудан туындайды. Ішперде артындағы лимфалық түйіндер, ішкі органдар зақымдануы мүмкін: көбінесе көкбауыр, бауыр, жілік майы, өкпе және сүйектер.

Лимфогранулематозға шалдыққан балалардың жағдайы ұзақ уақыт бойы салыстырмалы түрде қанағаттандырылғы болуы мүмкін. Жалпы әлсіздік, қатты шаршағыштық, тәбеттің төмендеуі, салмақ жоғалту, терлегіштікке, субфебрилитетке спецификалық емес шағымдар ең көп тараған.

Перифериялық қанның талдамасынан да ақпарат алуға болады. Нейтрофильді лейкоцитоз, лимфопения, эозинофилия анықталады. ЭТЖ артуы мүмкін. Анемия мен тромбоцитопения әдетте аурудың диссеминирленген түрі кезінде ғана кездеседі. Диагноз қою үшін гаптоглобиннің, церулоплазминнің, α-глобулиннің және фибриногеннің деңгейі бағаланады. Лимфогранулематоз процесстің гистологиялық расталуы негізінде ғана анықталады. Ұлғайған перифериялық лимфалық түйіндер міндетті түрде биопсияға алып келеді.

Балалардың Ходжкин ауруын емдеу қай деңгейде екеніне қарамастан полихимиотерапия жасаудан басталып, сәулелік терапиямен аяқталады. Лимфогранулематоздың I-II фазасындағы науқастардың басым бөлігі емделеді, III-IV – тіршілікке қабілеттілігі 85% құрайды. Науқастар алғашқы екі жыл бойы үш айда 1 рет, сосын жарты жылда 1 рет гематолог дәрігерге қаралып, диспансерлік бақылауда болады. Мұндай тәсіл аурудың қайталануының 95%-ы дәл осы аалғашқы екі жыл ішінде қадағалануына байланысты қолданылуда.

Тірек сөздер: лимфомалар, диагностика, емдеу

V.A. LEBEDEV, Z.K. ZEYNULINA, D.C. ZHUMADILLAeva

Polyclinic # 4

HODGKIN'S DISEASE IN CHILDREN: A CASE STUDY

Resume: Lymphoma or Hodgkin's disease, related to malignant lymphomas, is approximately 12-15% of all malignancies in children. This pathology is registered at any age, but there are two peaks of increasing the incidence of Hodgkin's disease: it is 4-6 years and 12-14 years. At the age of 3 Hodgkin's disease is extremely rare. Boys up to 7 years develop 2-3 times more often than girls, but somewhere in the 15-16 years the ratio evens out.

Neither the etiology or pathogenesis of Hodgkin's disease to date not finalized. Presumably plays a role virus having low virulence and immunosuppressive properties (e.g., type of Epstein-Barr virus). The disease itself is the nature of a unitsentrichny the further spread of metastatic process in the body by, mainly lymphogenous and partly haematogenously. It appears that the tumor comes from the T-lymphoid tissue, thereby increasing immunodeficiency causes. The main histological features are the Berezovsky-Sternberg cells with such properties as aneuploidy and clonality. The most constant objective symptom of Hodgkin's disease - is swelling of the lymph nodes: in the vast majority (60 - 80%) of the primarily affects the neck, the other less. Enlarged lymph nodes are dense to the touch, painless, between themselves and the surrounding tissues are not soldered can be single or multiple, resembling a potato sack. They are usually the first to notice, or the patient himself, or his parents. At the same time characterized by a lack of regional inflammatory process that can explain the available lymphadenopathy.

ften prolonged asymptomatic against satisfactory condition involved mediastinal lymph nodes. During this period they are detected on chest radiography performed for another reason. Then a cough (often dry), shortness of breath and other symptoms caused by compression of the trachea and / or bronchi, the superior vena cava. Retroperitoneal lymph nodes can be affected, various internal organs, most often spleen, liver, bone marrow, lung and bone. Condition of children with Hodgkin's disease, a long time may be relatively satisfactory. The most common non-specific complaints of general weakness, fatigue, poor appetite, weight loss, sweating, low-grade fever. Analysis of peripheral blood are often uninformative. Marked leukocytosis, lymphopenia, eosinophilia. May increase the ESR. Anemia and thrombocytopenia are usually found only in disseminated form of the disease. To estimate the level of diagnosis haptoglobin, ceruloplasmin, α-globulin, and fibrinogen. Hodgkin's disease is verified only on the basis of histological confirmation process. Increased peripheral lymph nodes necessarily subjected to biopsy. Treatment of Hodgkin's disease in children regardless of the stage of starting with combination chemotherapy and radiation therapy graduate. The majority of patients in stages I-II Hodgkin's disease are cured in the III-IV - the survival rate is 85%. Patients are under medical supervision, attending hematologist in the first two years, one every three months, and then one every six months. This tactic is because 95% is observed relapses during the first two years.

Keywords: lymphoma, diagnosis, treatment

УДК:616.9-053.13:616-053.2] -036.1

Н.С. БОЖБАНБАЕВА, Г.Ж. БАЙГАЗИЕВА, Т.Ш.МУСТАФАЗАДЕ, К.К. УРСТЕМОВА, В.А. БОЖАРОВА

Кафедра неонатологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

ИНЕСТОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

В данной статье опубликованы результаты апробации применения препарата, содержащего левокарнитин - Инестом у 40 маловесных детей, находившихся в отделении выхаживания недоношенных в Центре перинатологии и ДКХ. Применение месячного курса Инестома позволило авторам прийти к выводу о положительном энерготропном воздействии на весовую кривую и улучшение метаболизма билирубина. Кроме того, Инестом является препаратом для профилактики ранней анемии недоношенных, что позволяет его рекомендовать в комплексной реабилитации маловесных детей.

Ключевые слова: недоношенные дети, маловесный ребенок, задержка внутриутробного развития, левокарнитин

С учетом особенностей метаболизма у новорожденных детей (лабильность углеводного обмена, физиологическая карнитинная зависимость, низкие резервные возможности) применение левокарнитина является обоснованным у данной категории детей с различной патологией. Установлено, что у недоношенных детей (в особенности, если масса тела ниже 1500 г.) отмечается дефицит карнитина, обусловленный различными причинами. Генетически обусловленная недостаточность карнитина характеризуется снижением чувствительности органов и тканей к карнитину, резкой мышечной слабостью, гипотонией, тяжёлой кардиомиопатией, жировой дистрофией печени и почек. Кроме того, наиболее распространёнными причинами энергодифицита в организме новорожденного является прекращение поступления этого вещества от матери к ребёнку через плаценту и низкий уровень обмена веществ. Чем раньше появляется на свет недоношенный ребёнок, тем более выражена у него карнитинная недостаточность [1,2,3,4]. Исследований по применению левокарнитина у маловесных детей в литературе нет. В связи с этим нами в Центре перинатологии и детской кардиохирургии апробирован препарат, содержащий левокарнитин. В Казахстане данный препарат зарегистрирован в 2011 году под названием «Инестом» (регистрационный номер РК ЛС 5 № 018078).

Цель исследования – оценка эффективности препарата «Инестом» в комплексном выхаживании маловесных детей.

Материалы и методы исследования

Маловесные дети, согласно ВОЗ, составляют дети с малым весом к сроку гестации (ЗВУР) и недоношенные дети (дети, рожденные со сроком гестации до 37 недель).

Под нашим наблюдением находились маловесные дети, которые были распределены на две группы: основная (первая группа) и контрольная (вторая) группы. В основную группу включен 41 маловесный новорожденный ребенок, получавших препарат «Инестом», находившихся на втором этапе выхаживания недоношенных детей в ЦП и ДКХ с октября по декабрь 2012 года. Контрольную группу составили 20 маловесных детей, аналогичного возраста, не получивших препарат «Инестом».

Методы исследования – проспективное динамическое клинико-лабораторное исследование. Статистическая обработка проведена на персональном компьютере Pentium IV в операционной системе Windows-Word 2000. Использовались общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средних величин (M), ошибки средней для абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (p).

Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (p).

Результаты исследований

Средний возраст матерей составил 30,6±0,7 лет. Возрастная структура матерей представлена в таблице №1.

Таблица 1 - Возрастная структура матерей

Возраст матерей	Основная группа n= 38		Контрольная группа n=20	
	Абсол.	%	Абсол.	%
До 18 лет	4	10,5	2	10
18-25 лет	11	28,9	5	25
25-35 лет	14	36,8	7	35
35 лет и старше	9	23,8	6	30

Таким образом, мы не выявили статистических различий по возрасту у матерей, как в основной, так и в контрольной группах.

Нами изучено состояние здоровья матерей наблюдаемых детей (таблица 2).

Таблица 2 - Состояние здоровья женщин

	Основная группа n= 38		Контрольная группа n=20	
	Абсол.	%	Абсол.	%
ОАА	17	44,73	10	50
Хронический пиелонефрит	23	60,5	12	60

Хронические заболевания ЖКТ	7	18,4	5	25
Анемия	12	39,5	8	40

Из таблицы видно, что наиболее частыми заболеваниями у женщин были хронический пиелонефрит, анемия, хронические заболевания ЖКТ. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был установлен у каждой второй женщины.

Во всех триместрах беременности каждая третья женщина имело неблагоприятное течение в виде анемии, угрозы невынашивания, ОРВИ, многоводия, нарушения маточно-плацентарного кровотока, преэклампсии.

У двух женщин регистрировалась многоплодная беременность, впоследствии были рождены 2 двойни,

что объясняет разницу в количестве матерей и их детей (38 женщин и 41 ребенок).

Характер течения родов имело также патологический характер; у каждой четвертой женщины обеих групп отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод. Преждевременные оперативные роды имели место у каждой второй женщины. Отслойка сетчатки во время родов отмечена у 5,3% женщин.

Состояние 29,3% детей первой и 20% пациентов второй группы по шкале Апгар при рождении оценивалось как удовлетворительное (таблица 3).

Таблица 3 - Оценка по шкале Апгар при рождении

Возраст детей	Основная группа n= 41		Контрольная группа n=20	
	Абсол.	%	Абсол.	%
1-3б.	3	7,3±2,6	1	5,0±4,9
4-7б.	9	22,0±6,5	3	15,0±8,0
8-9 б.	29	70,7±7,1	16	80,0±8,9

Таким образом, около 30% маловесных детей родились в тяжелом состоянии с низкой оценкой по шкале Апгар.

По весовой категории дети распределены следующим образом (таблица 4).

Таблица 4 - Весовая категория наблюдаемых детей

Масса детей (грамм)	Основная группа n= 41		Контрольная группа n=20	
	Абсол.	%	Абсол.	%
2500-3000	6	14,6±5,5	4	20,0±8,9
1500-2500	26	63,4±7,5	10	50,0±11,2
1000-1500	4	9,7±4,6	5	25,0±9,7
Менее 1000	5	12,2±5,1	1	5,0±4,9

Как видно из таблицы, у каждого второго ребенка был низкий вес при рождении: от 1500-2500 гр., соответственно эти дети испытывали большой

энергетический дефицит, нежели дети с весом от 2000-3000гр.

Возрастная структура детей представлена в таблице 5.

Таблица 5 - Возрастная структура наблюдаемых детей

Возраст детей	Основная группа n= 41		Контрольная группа n=20	
	Абсол.	%	Абсол.	%
0 - 7 дней жизни	8	80,5	14	70
7 - 28 дней жизни	3	19,5	6	30

Как представлено в таблице 5, возрастная структура детей в основной и контрольной группах не различалась. По половой структуре в обеих группах мальчиков и девочек было в одинаковых соотношениях (55 и 45% соответственно).

У наблюдаемых детей в раннем неонатальном периоде регистрировались следующие патологические состояния (таблица 6).

Таблица 6 - Патологические состояния у детей в раннем неонатальном периоде

Патологические состояния	Основная группа n= 41		Контрольная группа n=20	
	Абсол.	%	Абсол.	%
Внутриутробный сепсис	2	4,9±3,4	-	-
Внутриутробная пневмония	15	36,5±7,5	4	20,0±8,9
ВПР	3	7,3±4,0	1	5,0±4,9
ЗВУР	6	14,6±5,5	4	20,0±8,9
Церебральная ишемия	23	56,0±7,7	15	75,0±9,7
Неонатальная желтуха	8	19,5±6,2	4	20,0±8,9
Анемия	6	14,6±5,5	4	20,0±8,9

У подавляющего большинства детей отмечалась церебральная ишемия в виде синдрома гипервозбудимости, реже синдрома угнетения. При этом на НСГ регистрировались постгипоксические изменения в 73,5% случаев, признаки ВЖК 2-3 степени у 36,6%. Внутриутробная пневмония регистрировалась у каждого третьего ребенка; неонатальная желтуха, анемия – у каждого пятого ребенка; внутриутробный сепсис – у 5% детей основной группы.

Помимо антибактериальной, инфузионной, симптоматической терапии детям основной группы был назначен Инестом (L-карнитин) в средних возрастных

дозировках 100 мг/кг/сутки после 4-5 дня жизни в течение 1 месяца. Показаниями для назначения Инестомы были в раннем неонатальном периоде убыль веса более 10%, в позднем неонатальном периоде – отсутствие прибавки в массе тела. Все дети находились на естественном и энтеральном вскармливании сцеженным грудным молоком.

Применение Инестомы в течение 30 дней оказало значительное влияние на весовую кривую детей основной группы (таблица 7) по сравнению с детьми контрольной группы.

Таблица 7 - Средняя прибавка в массе тела через 1 месяц после применения Инестомы

Масса детей (грамм)	Среднемесячная прибавка в норме	Основная группа n= 41	Контрольная группа n=20
2500-3000	500	585	388
1500-2500	300	349	250
1000-1500	250	252	199
Менее 1000	180	210	159

Среднемесячная прибавка в массе тела у детей основной группы значительно различалась от показателей веса детей группы контроля.

Со стороны красной крови у маловесных детей при рождении показатели уровня гемоглобина колебались от 120 до 216 г/л с последующей тенденцией к нарастанию тяжести анемии (средний исходный уровень гемоглобина в первой группе 163,0 г/л; во второй группе – 178 г/л). После применения Инестомы в течение 30 дней в основной группе отмечалось статистически значимое повышение уровня гемоглобина по сравнению с группой контроля (211,0±24,0%; 135±15,3% г/л соответственно; $p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что у детей контрольной группы к концу 1 месяца формировалась ранняя физиологическая анемия недоношенных.

Кроме того, в трех случаях по жизненным показаниям в группе детей, не получавших Инестом, возникла необходимость в переливании эритроцитарной массы. В то время как у детей, получавших Инестом, стабилизация показателей красной крови позволило избежать трансфузии компонентов крови.

У детей с гипербилирубинемией применение фототерапии и инфузионной терапии на фоне L-карнитина позволило достичь более ранней регрессии желтушного синдрома по сравнению с детьми группы контроля. Так, средний уровень билирубина с 240 мкмоль/л снизился до 112 мкмоль/л в первой группе на 17 день жизни, в группе сравнения лишь на 28 день жизни. В обеих группах отмечалась тенденция к гипопротеинемии (средний исходный уровень 49,0 г/л). Через месяц после терапии Инестомом повышение уровня общего белка регистрировалось лишь у всех детей основной группы. Средний уровень общего белка в первой группе составил 65,2 г/л, в группе контроля – 52,3 г/л. Однако мы не выявили статистически значимых различий в данных показателях, что объясняется применением в обеих группах частичного парентерального питания с введением 10% раствора аминоклазмы.

Динамическое клиническое наблюдение за детьми обеих групп позволило выявить динамику коммуникабельности, двигательной сферы и состоянии мышечного тонуса недоношенного ребенка. Так, у 80% детей уже через 14 дней после рождения на фоне энерготропной терапии (Инестом) формировались навыки сосательного рефлекса, происходило восстановление мышечного тонуса и наблюдалась двигательная активность. В контрольной группе все перечисленные показатели мы выявили позже (к концу 1 месяца).

Необходимо отметить, что форма Инестомы в виде раствора позволяет вводить препарат через зонд детям, находящимся на энтеральном питании. Препарат переносится хорошо, побочных эффектов не наблюдалось ни у одного ребенка. Удобен в применении и дозировании, абсолютно безопасен. Приятные органолептические свойства препарата не вызывают синдром срыгивания у новорожденных детей.

Таким образом, маловесные дети составляют группу наибольшего риска синдрома дезадаптации в период новорожденности. Поэтому эти дети нуждаются в профилактике и дополнительной коррекции нарушений адаптации в неонатальный период. Одним из препаратов, разрешенных с периода новорожденности, корректирующих физиологический эндогенный дефицит левокарнитина является Инестом, который позволяет снизить риск тяжелых патологических состояний в период новорожденности у маловесных детей.

Выводы

1. Патологическими состояниями в раннем неонатальном периоде у маловесных детей являются церебральная ишемия (65,5%), внутриутробная пневмония (28%), гипербилирубинемия (20%), анемия (17,3%)
2. Применение Инестомы оказывает положительное влияние на стабилизацию весовой кривой у маловесных детей
3. Инестом - препарат для профилактики ранней анемии недоношенных (средний уровень гемоглобина через 30 дней применения инестомы в основной группе

211,0±24,0%; в контрольной группе - 135±15,3% г/л соответственно; p<0,05)

4. Комплексная терапия в комбинации с L-карнитином способствует ранней регрессии гипербилирубинемии (средний уровень билирубина с 240 мкмоль/л снизился до 112 мкмоль/л в первой группе на 17 день жизни, в группе сравнения лишь на 28 день жизни)

5. В основной группе формирование коммуникабельности, двигательная активность,

восстановление мышечного тонуса происходило раньше на 14 день жизни, в контрольной группе - к концу 1 месяца

6. Инестом удобен в применении, абсолютно безопасен, не имеет побочных эффектов, что позволяет назначать препарат новорожденным недоношенным детям.

7. Инестом рекомендуется назначать в течение 30 дней, при постнатальной гипотрофии детям первого года жизни повторять курс через 1 месяц.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Копелевич В.М. Чудо Карнитина. – М.: Генезис, 2003.- 80с.
- 2 Брин И.Л. L-карнитин в педиатрии (научный обзор). – М.: 2005. – 36с.
- 3 Ramsay R., Arduini A. The carnitine acyltransferases and their role in modulating acyl-CoA pools. Arch. Biochem. Biophys. – 2007. - 302:307-14.
- 4 Di Donato S., Pelucchetti D., Rimoldi M et al. Systemic carnitine deficiency: clinical, biochemical and morphological cure with L-carnitine. Neurology. – 2008. – 34. –P. 157-162.

Н.С. БОЖБАНБАЕВА, Г.Ж. БАЙҒАЗИЕВА, Т.Ш.МУСТАФАЗАДЕ, К.К. УРСТЕМОВА, В.А. БОЖАРОВА

АЗ САЛМАҚТЫ БАЛАЛАРДЫ КЕШЕНДІ САУЫҚТЫРУДА ИНЕСТОМ ҚОЛДАНУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қаласының Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығының шала туған балаларды күту бөлімінде өткізілген, 40 салмағы жеткіліксіз нәрестелерді - Инестом құрамында левокарнитин бар препаратын қолдану апробация нәтижесі көрсетілген. Авторлар Инестомның бір айлық курсы салмақ қисығына энерготропты оң әсер етеді және билирубин метаболизмін жақсартады деген ұйғарымға келді. Сонымен қатар, Инестом нәресте анемиясының алдын алуда қолданылатындықтан, оны аз салмақты шала туған балаларды кешенді сауықтыруда қолдануды ұсынамыз.

Түйінді сөздер: шала туған бала, аз салмақты бала, құрсақта дамудың кідірісі, левокарнитин.

N.S. BOZHANBAEVA, G.J. BAYGAZIEVA, T.SH.MUSTAFAZADE, K.K. URSTEMOVA, V.A. BOZHAROVA
INESTOM IN TREATMENT OF CHILDREN WITH LOW BIRTH WEIGHT

Resume: In this article, published the results of testing of the drug containing levocarnitine - Inestom off 40 LBW infants who were in the department of nursing of premature infants in the Perinatal Center and Pediatric Cardiac Surgery. Application month course medicine Inestom allowed the authors to conclude that the positive effect on the weight energotropic curve and improve metabolism of bilirubin. In addition, Inestom a drug for the prevention of early anemia of prematurity, which allows him to recommend a comprehensive rehabilitation of small babies.

Keywords: premature babies, small baby, intrauterine growth retardation, levocarnitine.

Ж.Т. ДОСБАЕВА, А.Т. ДЖУМАБЕКОВА, Г.Ж. БАЙКЕНОВА, Л. ПЕТРОВА, А.Н. НУРЛАНОВА

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

КЛИНИКА ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЦМВ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА

Холестаз у новорожденных и детей до 3 мес. с инфекционной патологией главным образом обусловлен внутриутробными инфекциями. При инфекции, вызванной вирусом простого герпеса, отмечена высокая частота патологического процесса.

Ключевые слова: новорожденные, цитомегаловирусная инфекция, холестаз

Актуальность. Проблема холестаза новорожденных и детей раннего возраста всегда была чрезвычайно актуальной и вызвала наибольшую тревогу у врачей педиатров. По приблизительным подсчетам распространенность неонатального заболевания печени достигает 1 на 2500 живорожденных детей. Холестаз определяется как задержка желчи в желчевыводящих путях вследствие нарушения ее образования, экскреции и выведения, т.е. патологического процесса на каком-то участке желчного тока (от гепатоцита до Фатерова соска) [1].

В этиологии холестаза у детей раннего возраста значительную роль играют перинатальные инфекции. Перинатальные инфекции — одна из ведущих причин перинатальной и детской патологии и смертности. Кроме того, перинатальные инфекции влияют на частоту и структуру материнской патологии и смертности. Если учесть статистические данные о том, что частота клинически выраженных форм внутриутробных инфекций (ВУИ) составляет 0,5-1% при своевременных родах и увеличивается до 3,5-16% при преждевременных родах, то становится ясно, что данная проблема имеет большое социальное, медицинское и экономическое значение [2,3,4]. В исследованиях ряда авторов [5,6,7,8], удельный вес ВУИ среди причин мертворождения и ранней детской смертности достигает до 40%. По данным Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения, в структуре младенческой смертности до 60% составляют заболевания перинатального периода [9]. По данным Национального генетического регистра РК, удельный вес врожденных пороков развития в структуре причин перинатальной смертности в Республике Казахстан составляет 12-16% и не имеет тенденцию к снижению [10].

Под термином «внутриутробное инфицирование» понимают факт внутриутробного заражения. Внутриутробное заражение ребенка встречается значительно чаще, чем развиваются клинические признаки инфицирования. Для обозначения клинических проявлений инфекционной болезни плода и новорожденного, источником которой является мать, выявленных в перинатальном периоде или вскоре после рождения, используют термин «внутриутробная инфекция» (ВУИ) [11].

Несмотря на значительные успехи современной медицины, ВУИ остается сложной для антенатальной диагностики. Это связано с полиэтиологичностью патологии, отсутствием четкой взаимосвязи между выраженностью клинических проявлений инфекции у матери и степенью поражения плода, многофакторным влиянием инфекционного агента на плод и т. п. [12,13,14].

Этиологическими факторами врожденного гепатита у новорожденных детей являются вирусы - цитомегалии, краснухи, герпеса, парвовирус В19, реовирус - тип 3,

аденовирус, энтеровирус Коксаки, гепатита В,С, редко А₂, вирус Эпштейн – Бара; бактерии - листерий, сифилиса, туберкулеза; токсоплазмы и микоплазмы [13,14,15,16,17,18,19,20,21].

По данным специалистов СНГ и Казахстана процент диагностирования ВУИ среди женщин детородного возраста, у новорожденных и детей раннего возраста гораздо выше и может достигать 60-70 %. При этом наибольший удельный вес в структуре ВУИ занимает цитомегаловирусная инфекция (до 19 %) и вирус простого герпеса (до 17 %). Также заметна тенденция ко все более широкому распространению ВУИ [22,23,24,25].

По наблюдениям специалистов из разных стран среди новорожденных отмечается различная распространенность хламидийной инфекции от 5% [96] до 34,6% [26] и 57% [98]. Этиотропная роль хламидийной инфекции в возникновении синдрома холестаза практически не изучена. В литературе имеются единичные описания поражения печени и желчевыводящих путей у детей раннего возраста [27].

Krugman сообщает, что большинство случаев инфицирования младенцев HBV происходит в перинатальный период, частота внутриматочного заражения составляет только около 5% в год [28].

Инфицирование плода Escherichia coli или другими энтеробактериями, по данным английских авторов происходит относительно редко; от 1 до 5% младенцев, родившихся у матерей с амнионитом, заражаются при рождении [29].

Таким образом, в удельном весе ВУИ абсолютное лидерство принадлежит возбудителю ЦМВ.

Отдельные авторы, не отрицают существования особого вируса гепатита, вызывающего холестатический синдром [30].

По наблюдениям ряда исследователей более чем в 50% случаев при внутриутробной инфекции отмечаются лишь реактивные изменения печени [31].

По результатам исследований [24] у 506 (60,9%) из 831 беременных женщин при обследовании обнаружены инфекции передающиеся половым путем (ППП). При этом уровень билирубина в пуповинной крови в среднем при рождении составлял 59,2мкмоль/л, к концу первых суток – 85,9мкмоль/л, на 3-и сутки - 187 мкмоль/л с преобладанием не прямой фракции, но при этом прямой билирубин, как правило, составлял более 25% от общего с первого дня после рождения. [14]. В таблице 5 представлены возбудители ППП в процентном соотношении.

Таким образом, частота перинатальных инфекций и особенно влияние перинатальных инфекций на появление холестаза у детей раннего возраста остается малоизученным вопросом. Единичные работы в данной области не дают ясного представления об этиологической роли инфекций при холестазе, но

имеющаяся информация свидетельствует о значительном проценте холестатических проявлений, вызванных инфекционными агентами.

Диагностика

При диагностике холестаза, в первую очередь, необходимо разграничить внутри- и внепеченочный холестаз на основании тщательного сбора анамнеза, объективного и инструментального обследования.

Высокоинформативным методом, применяемым в дифференциальной диагностике холестаза, является ретроградная панкреатохолангиография. Показанием

для ее проведения являются: подозрение на поражение протоков (камни или склерозирующий холангит, пороки развития, кисты протоков). В случае отсутствия изменений целесообразно проведение биопсии печени[110]. Биохимические проявления синдрома холестаза характеризуются повышением в сыворотке крови уровня холестерина, фосфолипидов, β-липопротеидов, билирубина, желчных кислот и ферментов - маркеров холестаза: щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы, лейцинаминопептидазы, гаммаглутамилтранспептидазы [102].

Таблица 1 - Дифференциальная диагностика между внепеченочным и внутрипеченочным холестазом у новорожденных детей

Показатели	Тип холестаза	
	Внепеченочный холестаз	Внутрипеченочный холестаз
Стойкость ахолии стула	Постоянная	Непостоянная
Уровень ГГТ крови	↑↑↑	↑ или ↓
Визуализация ЖП при УЗИ	Не визуализируется	Визуализируется

Выявление внутрипеченочного холестаза с низким уровнем ГГТП служит показанием для исследования ЖК крови и желчи, а у детей старше 3-6 месячного возраста оценки выраженности кожного зуда [43].

Лечение синдрома холестаза остается непростой задачей, основными направлениями которой являются профилактика и лечение осложнений длительно сохраняющегося синдрома холестаза и формирующегося цирроза печени.

Важной составной частью комплексной терапии синдрома холестаза является терапия с использованием препаратов с антиоксидантной, гепатопротективной и гипохолестеринемической активностью. [114].

Препаратом выбора при не obstructивном холестазе во многих случаях является урсодезоксихолевая кислота - третичная желчная кислота, впервые обнаруженная в желчи китайского медведя в 1902г. В клинической практике для лечения заболеваний гепатобилиарной

системы применяется более 35 лет. Безопасность применения и эффективность препарата в отношении клинических и лабораторных симптомов холестаза доказаны в многочисленных рандомизированных международных исследованиях [125,126,127,128].

Урсодезоксихолевая кислота оказывает желчегонное действие вследствие холегепатического шунта (возвращение из канальцев к синусоидальной мембране через перибиллиарные сплетения) [129].

Целью нашей работы: изучить клинику и течение холестаза у новорожденных и детей до 3 мес. с ЦМВИ.

Материалы и методы исследований. Под наблюдением находились 39 детей с ЦМВИ.

При анализе анамнестических данных детей с синдромом холестаза, где в качестве этиологической причины было заболевание ЦМВ, выявлен высокий процент недоношенных (12,8%) и детей, родившихся с помощью кесарева сечения (7,7%).

Таблица 2 – Родоразрешения матерей детей с ЦМВ

Вид родоразрешения	Количество	P(%) ± m
Кесарево сечение	3	7,7± 4,27
Недоношенность	5	12,8±5,35
Всего родоразрешилось	39	100

Из данных таблицы следует, что хотя цифры недоношенности и кесарева сечения превышают статистические. Из 39 детей с холестазом и с поставленным диагнозом на ВУИ – ЦМВ, 8 ребенок или 20,5% были новорожденные.

При инфекции, вызванной цитомегаловирусом, отмечены следующие патологии течения беременности (угроза прерывания, анемия I,II степени, гестоз I,II половины, обострение хронического пиелонефрита, нефропатия) – 68,4-89,5%, родов (слабость родовой деятельности, родостимуляция, стремительные роды) – 37,4-66,4%, отягощенного акушерского анамнеза (выкидыши, мертворождения, бесплодия) у 27-31% матерей.

Поражение печени имело место у всех больных ЦМВ; печень была увеличена от 0,5 до 2,5см, у 100% диффузные изменения паренхимы печени, деформация желчного пузыря у 9 детей (23%), дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) – у 4 (10,3%).

Во всех возрастных группах имело место поражение ЦНС (76,9%); перинатальная энцефалопатия (ПЭП) – 30 случаев (76,9%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) – 29 (74,4%), перивентрикулярный отек головного мозга (ПВО) – 1 (2,6%), судорожный синдром – 1 (2,6%).

Нарушение со стороны желудочно-кишечного тракта выражались в виде срыгивания – 17 (43,6%), вздутия живота – 4 (10,3%), рвоте -1 (2,6%) случаях.

Поражения кроветворной системы (анемия) – 7 случаев (18%). У 5 детей (12,8%) наблюдалось увеличение селезенки, у одного – конъюнктивит и у одного – гипотрофия I степени (по 2,6%).

Ниже представлены данные общего анализа крови по группе детей с ЦМВ инфекцией и контрольной группы (20 детей).

Как видно из таблицы 3 средние значения большинства показатели гемограммы детей с синдромом холестаза при поступлении хотя и были выше таковых в контрольной группе, но за небольшим исключением не превышали нормы. Небольшой сдвиг в сторону увеличения имеется по содержанию палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов.

Таблица 3 – Показатели гемограммы детей больных ЦМВ с синдромом холестаза

Показатели	Группы исследования		
	Новорожденные n = 8	1-3 мес n = 31	Контрольная группа n = 20
	M ± m,%	M ± m,%	M ± m,%
	P ₁	P ₂	P ₃
Лейкоцитоз	(1)12,5± 11,69	(14)45,1±8,93**	(2)10,0±6,70
Эозинофилия	(2)25,0 ± 15,30	-	-
Лимфоцитоз	(4)50,0± 17,67**	(12)38,7±8,74	(2)10,0±6,70
Ускорение СОЭ	(2)25,0±15,30	(3)9,6 ± 5,29	-
Моноцитоз	(7)87,5±11,69	(24)77,4±7,51	-
Нейтрофиллез	(6)75,0±15,30	(21)67,7±8,39	-
П/я сдвиг	(2)25,0 ±15,30	(4)12,9±6,02	-
Анемия	(2)25,0±15,30	(5)16,1±6,6	(6) 30,0±10,24**

Достоверность различия показателей **P<0,01

Количественные данные уровня гипербилирубинемии даны на таблице 4.

Таблица 4 – Количество и соотношение детей с повышенными печеночными биохимическими показателями синдромом холестаза, вызванным ЦМВ (на момент поступления)

Показатели	Группы исследования		
	Новорожденные n = 8	1-3 мес. n = 31	Контрольная группа n = 20
	M ± m,%	M ± m,%	M ± m,%
	P ₁	P ₂	P ₃
Общий билирубин (мкмоль/л)	(8)100	(31)100***	(1)5,0±5,0
Прямой билирубин (мкмоль/л)	(8)100	(31)100	-
АЛТ (μkat/l)	-	(6)19,3±7,09	-
АСТ (μkat/l)	(2)25,0±15,30	(3)9,7±5,31	-
ЩФ (μkat/l)	(8)100	(31) 100	-
ГГТП (μkat/l)	(2)25,0±15,30	(5)16,1±6,60	-

Достоверность различия показателей ***P<0,001

У всех детей с ЦМВ (n=39) при поступлении (рисунки 1,2,3; таблица 5) отмечалась гипербилирубинемия за счет прямого билирубина в 9,5 раз (127,6±45,5мкмоль/л

в контрольной группе), повышенное содержание щелочной фосфатазы в 15 раз (4,6±1,0μkat/l против 0,3±0,2μkat/l в норме).

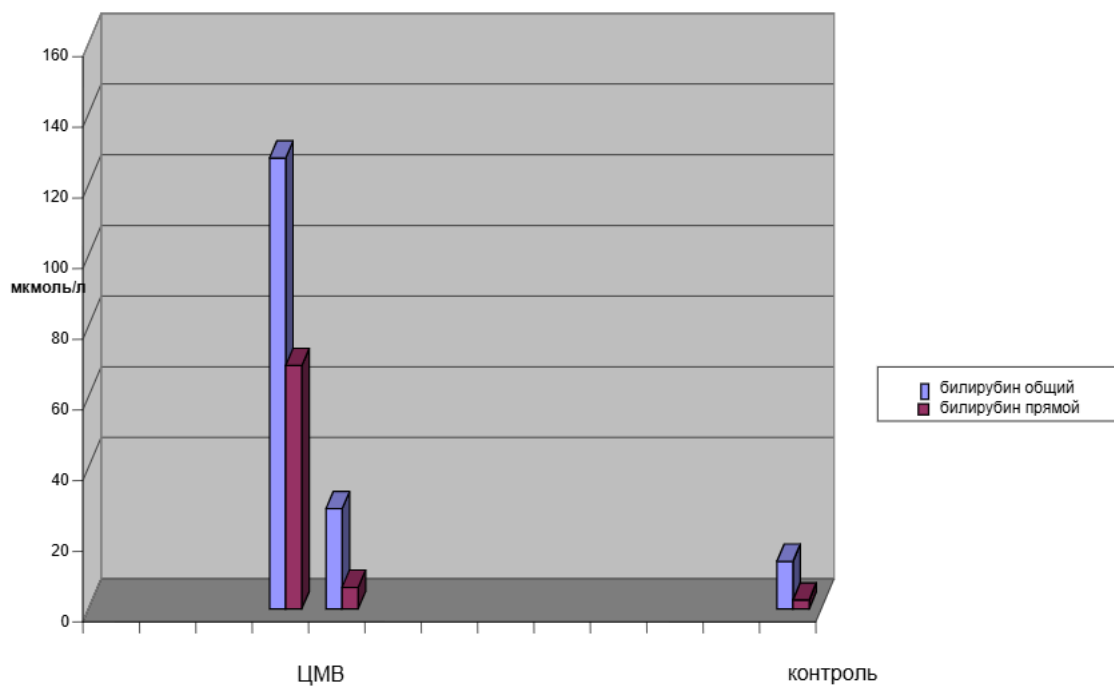


Рисунок 1 – Показатели общего и прямого билирубина при поступлении и на момент выписки

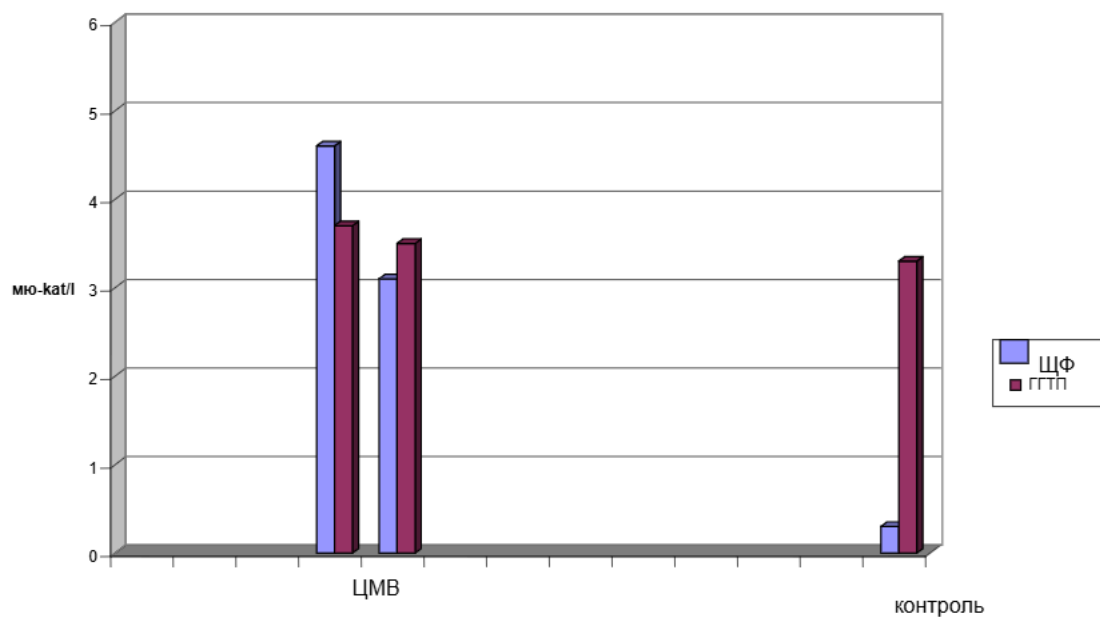


Рисунок 2 – Показатели щелочной фосфатазы и γ-глутамилтранспептидазы при поступлении и на момент выписки

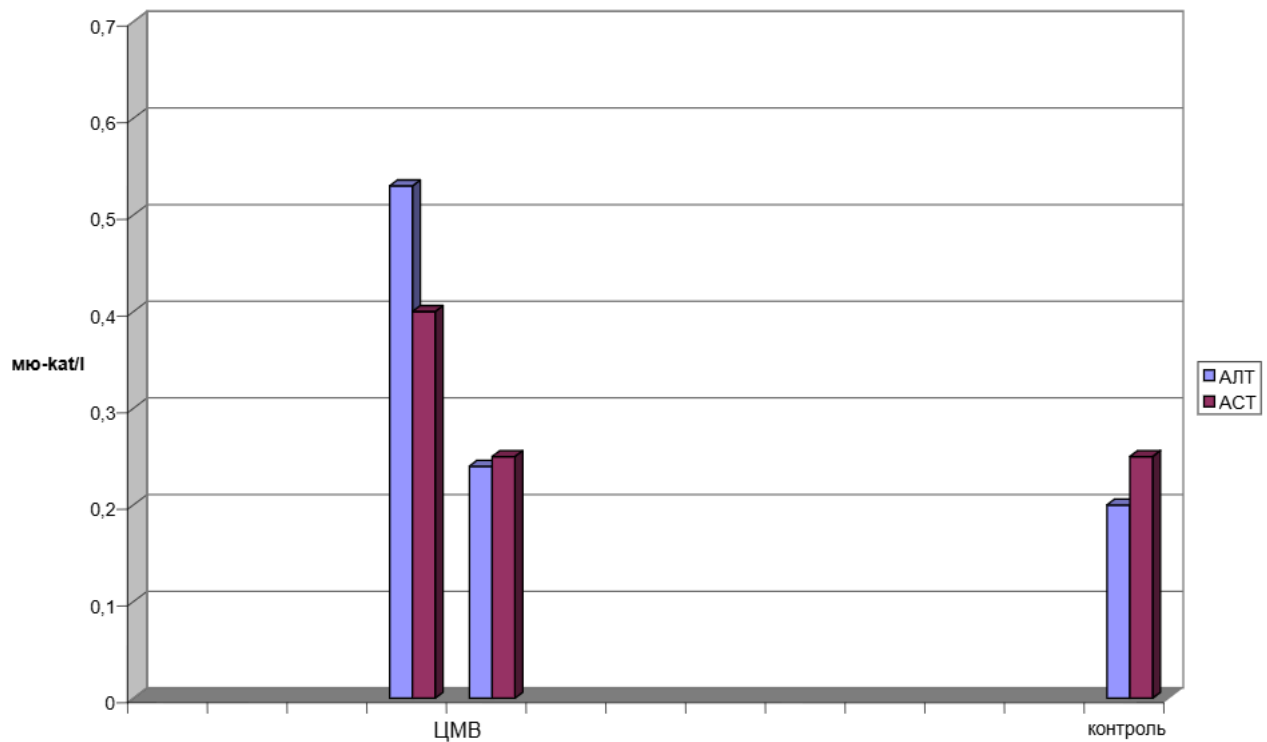


Рисунок 3 – Динамика показателей ферментов печени АЛТ, АСТ

Печеночные ферменты превышали норму при поступлении незначительно (АЛТ в целом были 2,5 раза

выше нормы, а АСТ 1,5 раза), а в динамике нормализовались (Таблица 5).

Таблица 5 – Динамика биохимических показателей у больных ЦМВ с синдромом холестаза при поступлении и при выписке

Показатели	При поступлении n=39	При выписке n=39	Контрольная группа n=20
Билирубин общий (мкмоль/л)	127,6±45,54*	76,8±28,4*	13,5±5,5
Билирубин прямой(мкмоль/л)	68,9±9,7*	45,6±6,1***	2,5±1,5
ЩФ (μkat/l)	4,6±1,0***	3,1±0,7***	0,3±0,2
ГГТП (μkat/l)	3,7±0,8	3,5±0,9	3,3±1,5
АЛТ (μkat/l)	0,53±0,14	0,29±0,17	0,2±0,1
АСТ (μkat/l)	0,34±0,2	0,25±0,13	0,25±0,15
Холестерин (мкмоль/л)	3,1±1,2	2,4±1,2	0,8±0,5
Тимоловая проба (Ед)	3,1±2,2	3,8±2,2	2,0±1,5

Достоверность различия показателей *P<0,05, ***<0,001

Для постановки диагноза использовались результаты ИФА с определением специфических антител (IgM и IgG) у детей и их матерей все случаи холестаза с этиологией ЦМВ подтверждены ИФА. В 90 % случаев титр IgG (ЦМВ) был выше в 5-9 раз (средний уровень - 0320±0,02: 1-ое исследование – 1,610±0,290; 2-ое исследование (через 14 дней) – 2,280±0,320) по сравнению с критической. Сомнительных результатов было 32, которым дополнительно проводилось исследование в ПЦР. При исследовании ПЦР у всех 32 больных ЦМВ подтверждены.

Все исследования, проведенные в группе детей с ЦМВ на обнаружения маркеров ВГ, дали отрицательный результат.

Клинический пример (ребенок больной ЦМВ).

Девочка, возраст 1 месяц. Жалобы – желтушность с рождения.

Анамнез родителей: отец – 28 лет, мать – 20 лет, домохозяйка. Беременность – II. Роды – первые. Течение беременности: в 10-11 недель – УПБ. В 6 месяцев –

маловодие. Роды в срок 40 недель путем кесарева сечения, масса тела новорожденной 2800г. У матери – ЦМВ (+).

Общее состояние ребенка оценивалось как тяжелое, вялый, выраженная желтушность кожи, склеры иктеричны, язык влажный, легка обложенный белым налетом, Cor et pulm без особенностей. Живот вздут, печень увеличена на 1,5, 1,5 и 2см, эластичной консистенции с острыми краями. Селезенка не увеличена. Капиллярит не наблюдается. Венозная сеть без патологий. Мочится свободно. Стул – ахоличный. Менингеальные знаки – отрицательные. Большой родничок увеличен на 3,5-3,5см, выбухает. Голову не удерживает, тонус мышц – повышенный.

В гемограмме: лимфоцитоз (68), повышенное содержание эозинофилов (9), СОЭ (2 мм/ч) - немного ниже нормы (5-7 мм/ч), остальные показатели без отклонений от нормы.

Копрограмма – без патологий.

Биохимическое исследование крови: гипербилирубинемия (108,4мкмоль/л) выше нормы в 8 раз за счет прямой фракции (60,8мкмоль/л); повышенное содержание АЛТ (0,94μkat/l) и АСТ (0,78μkat/l), ШФ (6,3 μkat/l), ГГТП (3,1μkat/l), показания тимоловой пробы (8,0Ед) выше нормы (5Ед) на 60 %, содержание холестерина (6,2ммоль/л) – на границе верхних нормальных значений.

Общий анализ мочи – ураты (+++).

УЗИ органов брюшной полости – выраженные диффузные изменения паренхимы печени. УЗИ головного мозга – ПВО за счет гипоксии.

Исследования крови на ВУИ – ИФА – ЦМВ IgG (0,940/0,215), ПЦР крови – ДНК ЦМВ (+).

Маркеры ВГ – отрицательные.

Клинический диагноз: ВУИ – ЦМВ. Неонатальный гепатит с синдромом холестаза. Перинатальная энцефалопатия. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Лечение: урсофальк по 10 мг/кг внутрь, вифероновые свечи – ректально.

На 5-й день лечения в состоянии больной наступило улучшение – появился аппетит, общее состояние из тяжелого перешло в среднюю тяжесть, интенсивность желтухи снизилась. На 14-й день общее состояние удовлетворительное, желтушность исчезла. Показатели биохимического исследования крови имели положительную динамику.

Ребенок был выписан на амбулаторное лечение с рекомендациями применения назначенных препаратов в течении 3 месяцев после выписки. Проведенные исследования через 3 месяца после выписки показали, что ребенок здоров: признаки холестаза – желтушность кожи, иктеричность склер исчезли, стул окрашен, размеры печени в пределах нормы. Биохимические исследования крови – без патологии.

Отдаленное катамнестическое наблюдение через 3 и 6 месяцев рецидива болезни не выявило.

Характерным для детей с ЦМВ, является часто встречающийся отягощенный акушерский анамнез у их матерей, а также течение беременности с осложнениями в числе которых наиболее часто встречались угроза прерывания, анемия I степени, токсикоз I,II половины, обострение хронического пиелонефрита, нефропатия.

Поражение печени имели место у всех больных ВПГ: у 100% детей печень была увеличена от 0,5 до 2,5см, у 100% диффузные изменения паренхимы печени по данным УЗИ, деформации желчного пузыря у 15 детей (38,5%), дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) – у 3 (7,6 %).

Поражение центральной нервной системы занимают второе место по количеству (76,9%), но уступают таковым при ВПГ (91,6%). Нарушения желудочно-кишечного тракта, наоборот, у детей с ЦМВ (43,6%) почти в три раза выше, чем в группе с ВПГ (14,6%), нарушение кровяной системы (анемия) соответственно 18% (ЦМВ) и 7,3% (ВПГ), патология селезенки – 12,8% при ЦМВ против 7,3% при ВПГ.

Все случаи холестаза с этиологией ЦМВ были подтверждены в ИФА, в сомнительных случаях – ПЦР.

Клиника холестаза при ЦМВ была типична: тяжелое общее состояние, выраженное в угнетении, отсутствии аппетита, желтушность кожи, иктеричность склер, у 32% больных имела место ахолия стула.

Исследования общего анализа крови особых патологий не выявило – средние значения показателей хотя и выше, чем в контрольной группе, но не превышают нормы, небольшие отклонения выявлены по содержанию в сторону увеличения палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия выше нормы (9,5 раз) за счет прямой фракции, повышенное содержание щелочной фосфатазы (15раз).

Лечение детей больных ЦМВ с синдромом холестаза было эффективным

при использовании в комплексе урсофалька + вифероновые свечи.

У всех пролеченных детей отмечались разрешение холестаза в течение 18–30 дней, без проявлений рецидивов при катамнестическом наблюдении через 3 и 6 месяцев.

Таким образом, проведенные исследования выявили, что в этиологии холестаза у новорожденных и детей до 3 мес. ведущую роль играет возбудитель ЦМВ, который по данным наших исследований, отмечался у 77,5 % больных холестазом, в том числе в 19,5 % - в качестве моноинфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айламазян Э. К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода // Рос. вестник перинатологии и педиатрии — 1999. — Т.44, — № 3. — С. 6-10
- 2 Казанцев А. П., Попова Н. И. Внутриутробные инфекционные заболевания у детей и их профилактика. — Л.: Медицина, 1990. — С. 232
- 3 Зелинская Д. И., Кобринский Б. А. Система учета и анализа детской инвалидности // Рос. мед. ж. — 2000. — № 1. — С. 7-9
- 4 Самсыгина Г.А. Современные проблемы ВУИ // Педиатрия – 1997. – №5. – С.34-35.
- 5 30 Краснопольский А.Г. Инфекция в акушерстве // Сб.науч.трудов. – М. – 1995. – С. 31
- 6 Нисевич Л.Л., Талалаев А.Т., Каск Л.И. и др. Значение различных вирусных инфекций в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смертности // Педиатрия. – 1999. – №1. – С. 4-10
- 7 Stagno S. Cytomegalovirus // Indectionis disease of the fetus and newborn in faint. – Philadelphia. – London, 1990. – P. 241-281
- 8 Куанышбекова Р.Т. Состояние здоровья детей с ВУИ: автореф. ...д.м.н. – Алматы, 2001. – С.48
- 9 Лозовская Л. С. Хронические вирусные инфекции у беременных женщин, их значение в патологии матери, плода и ребенка // Матер. Росс. нац. конгресса «Человек и лекарство». — М. — 1998. — Вып. 2. — С.115-125.
- 10 Ярославский В. К, Цинзерлинг В. А., Выдумкина С. П., Сайд Басам. Диагностика и течение маломанифестной и бессимптомной герпетической инфекции у беременных женщин и детей // Рос. вести, перинатол. и педи-атр. — 1994. — № 3. — С. 8-12
- 11 Капранова Е. И., Белоусова Н. А., Мельникова Е. В., Газовская А. А. и др. Клиническое течение и диагностика внутриутробных инфекций у новорожденных // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – № 1. – С. 27-32

- 12 Корсунский А. А. Младенческая смертность в Российской Федерации: Пути снижения (изложение доклада на коллегии МЗ РФ 09.01.2001 г.) // – Педиатрия. – 2001. – № 2. – С. 4-8
- 13 Сидорова И. С., Алешкин В. А., Афанасьев С. С., Матвиенко Н. А. Состояние иммунной системы у беременных и новорожденных группы высокого риска по внутриутробному инфицированию // Рос. вестн. перинат. педиатр. – 1999. – № 6. – С. 16
- 14 Попова И. А., Рахманова А. Г., Цинзерлинг В. А. и др. Профилактика перинатального заражения детей от ВИЧ-инфицированных матерей: предварительные результаты // Педиатрия. – 2000. – № 3. – С. 26-32
- 15 Corpechot C., J.F., Hoang C/ et al/ Gastroenterol. Clin. Biol. – 1994/ - Vol. 18, №8-9. – P. 743-750
- 16 Gregory P.B. // Gastroenterology. – 1981. – Vol. 80 P. 404-408
- 17 Boppana S.B., Pass R.F./ Britt W.J. Symptomatic congenital cytomegalovirus infections. Neonatal morbidity and mortality // Pediatr. Infect. Dis. – 2002. – Vol. 11 – P. 93-99
- 18 Lemmler G.L. cytomegalovirus // Viral Diseases in Pregnancy, edited by Bernard Gonik. – N.York, 1994. – Vol. 119 – P. 35-68
- 19 Reichen J. Pharmacologic Treatment of cholestasis // In seminars in liver disease. Thieme Med. Publishers Inc. New York, 1993. – Vol. 13, № 3. – P. 302-315
- 20 Catalino F., Scarponi S., Cesa F. et al. Efficacy and safety of intravenous S-Adenosil-L-Methionine therapy in the management of intrahepatic cholestasis of pregnancy // Drag. Invest. -1992. –Vol. 4 (suppl. 4) – P. 78-82
- 21 Цинзерлинг А.В., Цинзерлинг В. А. Современные инфекции: Патологическая анатомия и вопросы патогенеза // 2 изд. исправл. и дополн. – СПб.: Сотис. – 2002
- 22 Цинзерлинг В.А., В.Ф. Мельникова. Перинатальные инфекции. – СПб. – «Эл-би СПб». – 2002. – С.351
- 23 Диагностика и профилактика неблагоприятного влияния герпетической инфекции на течение беременности, плод и новорожденного // Метод. рекоменд. – Минск, 1992. – С. 18
- 24 Куанышбекова Р.Т. Ранние клинические синдромы и симптомы внутриутробной инфекции у детей // Медицина – 2000. – № 3. – С. 37-38
- 25 Джакшылыкова А.А., Боконбаева С. Дж., Чорчоева К.О. Изучение иммунологических критериев диагностики внутриутробных инфекций у новорожденных детей // Медицина. – 2005. – № 4. – С.53
- 26 Heggie AD, Lumicao GG, Stuart LA, Gyves MT. Chlamydia trachomatis infection in mothers and infants //American Journal of Diseases of Children. – 1981. – Vol.135. – P.507-511
- 27 Самохин П. А., Ерман Б. А., Тулакина Л. Г. и др. Морфологическая диагностика внутриутробного хламидиоза и его клинико-анатомическая характеристика // Арх. патол. – 1997. – № 5. – С. 27-31
- 28 Теплякова С. А. Лабораторная диагностика и клинико-морфологическая характеристика внутриутробной хламидийной инфекции: автореф. ... канд. мед. наук. – Челябинск, 1999. – С.21
- 29 Евсюкова И. И. Королева Л. И., Савичева А. М., Фоменко Б. А. Особенности клинического состояния и персистенция Chlamydia trachomatis у детей перенесших внутриутробную хламидийную инфекцию // Рос. вестн. перинатол. педиатр. – 2000. – № 1. – С. 14-17
- 30 Krugman T, Nahmias A.J, Visintine AM, Fleming CL, Alford CA. The natural history of herpes simplex virus infection of mother and newborn. //Pediatrics – 1980. – №66. – P.489-494
- 31 Блюгер А.Ф., Максимова Л.А., Карташева О.Я. и др. Холестатический синдром при различных поражениях печени // Успехи гепатологии. – Рига. – 1991. – Вып. XI. – С. 194-218
- 32 Володин Н.Н., Дегтярева М.В., Мухина Ю.Г. Алгоритм дифференциальной диагностики синдрома холестаза у новорожденных и детей первых месяцев жизни // РЖГК. – 2005. – № 1. – С. 33-39

Ж.Т. ДОСБАЕВА, А.Т. ЖҰМАБЕКОВА, Г.Ж. БАЙКЕНОВА, Л. ПЕТРОВА, А.Н. НҰРЛАНОВА
БАЛАЛАРДАҒЫ ЦМВИ КЕЗІНДЕГІ ХОЛЕСТАЗ СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАСЫ

Түйін: Нәрестелер мен 3 айға дейінгі балалардағы холестаздың негізгі себептері жатыр ішілік жұқпалы аурулар болып табылады. Герпес инфекциясы кезінде патологиялық жағдайлардың кездесуі жоғары болып отыр.

Түйінді сөздер: нәрестелер, цитомегаловирусты инфекция, холестаз.

Z.T. DOSBAYEVA, A.T. JUMABEKOVA, G.Z. BAIKENOVA, L.V. PETROVA,
A.A. NYRLANOVA
CLINICS OF CHILDREN WITH AN CYTOMEGALOVIRUS CHOLESTASIS SYNDROME

Resumé: Cholestasis of the newborns under 3 months with infections pathology mostly is predetermined by intranatal infections. In infections caused by cytomegalovirus is found high of pathological process.

The problem of cholestasis in infants and young children has always been a very topical and caused the greatest concern among pediatricians. It is estimated that the prevalence of neonatal liver disease reaches 1 in 2500 live births. Cholestasis is defined as a delay of bile in the biliary tract due to violation of its formation, and urinary excretion, ie pathological process in certain section of the gall current (hepatocyte faterova to the nipple).

[1]

In the etiology of cholestasis in young children perinatal infection plays a significant role. Perinatal infection - one of the leading causes of perinatal and child pathology and mortality. In addition, perinatal infections affect the frequency and structure of maternal morbidity and mortality. Frequency of clinically significant forms of intrauterine infection (IUI) is 0.5-1% on-time delivery, and increased to 3,5-16% in preterm labor. In studies of several authors [5,6,7,8], the proportion of IUI causes of stillbirth and neonatal mortality rates approaches 40%. According to the National Genetic Register of Kazakhstan, the proportion of congenital malformations among the causes of perinatal mortality in the Republic of Kazakhstan is 12-16%, and has a tendency to decrease.

[10]

Keyword: newborns, Cytomegalovirus, cholestasis

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В статье показано, что отсутствует достоверная разница в локализации боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хроническом гастрите у детей, ассоциированными с инфекцией *Helicobacter Pylori*, что не позволяло поставить диагноз язвенной болезни по этому симптому, в 8,7% случаев отмечали безболевого течение заболевания. Однако боли у детей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в 38,9% случаев возникали в ночное время. Желудочная диспепсия у пациентов проявлялась изжогой у 73,0%, тошнотой у 64,3%, отрыжкой у 60,3% ($p < 0,01$) и рвотой у 47,6%. Наиболее часто встречались одиночные язвы размером 0,3-0,5 см (52,4%) с локализацией на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (59,5%) и у 11,1% встречались множественные язвы. Язвенные дефекты чаще имели округлую форму (73,0%) и определялись на фоне разной выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке.

Ключевые слова: язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, дети, клинические особенности

В настоящее время хроническая патология органов гастродуоденальной зоны у детей является актуальной проблемой здравоохранения, в высокой степени, определяющей уровень заболеваемости, приводящей к ухудшению качества жизни ребенка, инвалидности и огромным экономическим потерям [1]. Такие заболевания желудочно-кишечного тракта как язвенная болезнь, которая характеризуется значительным полиморфизмом клинических проявлений, что нередко затрудняет своевременную диагностику и наносит тем самым непоправимый ущерб здоровью ребенка [2].

Язвенная болезнь (ЯБ), возникая в детском возрасте и длительно протекая без соответствующего лечения, вовлекает в патологический процесс, наряду с желудком и ДПК, все системы организма [3]. Так, у 40-60% взрослых ЯБ возникает в детском возрасте [4]. Приобретая прогрессирующее течение, ЯБ может осложняться перфорацией, пенетрацией, перивисцеритом, стенозированием, желудочно-кишечным кровотечением, что приводит к инвалидизации. Вариативность распространенности ЯБ у детей по различным регионам стран СНГ довольно значительна и составляет от 2,1 до 6,5% в структуре гастроэнтерологических заболеваний [5], достигая в некоторых регионах 13,5% [6]. В то время как в наиболее экономически развитых странах распространенность ЯБ в детском возрасте составляет от 1,8 до 2% [7]. В последнее время отмечается значительное «омоложение» ЯБ [8]: уже с 4-летнего возраста у детей может манифестировать ЯБ ДПК.

ЯБ является медико-социальной проблемой, которая заслуживает дальнейшего изучения как предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов развития и особенностей клинического течения, так и совершенствования методов диагностики. Цель исследования: совершенствование методов ранней диагностики ЯБ ДПК у детей в условиях поликлиники.

Материалы и методы исследования: В объем исследования было включено 110 детей в возрасте от 7 до 15 лет, из них основная группа - 60 детей страдали ЯБ ДПК и группа сравнения - 50 детей с хроническим гастритом, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*-инфекцией (*H. Pylori*-инфекцией). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Диагноз ЯБ устанавливался на основании клинико-эндоскопических критериев с использованием классификации А.В. Мазурина (2002). Проведены

клинические и инструментальные методы исследования: эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭФГДС), ультразвуковые исследования (УЗИ) печени, желчного пузыря с определением его функции, поджелудочной железы, селезенки. Для выявления *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) применили следующие методы: непрямой иммуноферментный анализ определения антител класса IgG к *H. Pylori* в сыворотке крови человека. Лабораторные методы исследования: общепринятые в клинике.

Статистический анализ проводился на персональном компьютере с использованием программного пакета медицинской статистики «Statplus for Apple Mac OS». Показатели описательной статистики представлены в виде M±m. Первоначально определяли характер распределения переменных. При параметрическом распределении использовался Т-критерий Стьюдента. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто ЯБ ДПК встречалась у пациентов в возрасте 13-15 лет 52,4±6,2% ($p < 0,01$), в возрастной группе 10-12 лет - 35,7±7,2% ($p < 0,05$), у детей 7-9 лет - 11,9±8,7%.

ЯБ ДПК чаще болели мальчики - 60,3±8,7% ($p < 0,001$). Полученные данные отражают общие закономерности распространения ЯБ ДПК в зависимости от возраста и пола [2].

Наиболее частой жалобой у детей, страдающих ЯБ ДПК, являлась абдоминальная боль. У 42,9±8,8% пациентов ЯБ ДПК боль локализовалась в пилорoduоденальной области и у 38,1±8,7% - в правом подреберье. Реже боли возникали в эпигастральной области - 26,2±7,8% и в левом подреберье - у 17,5±6,8%.

Локализацию боли по всему животу отмечали 9,5±5,2% детей ЯБ ДПК. Локализация болей в животе у пациентов ЯБ ДПК зависела от возраста: в 7-9 лет чаще боли возникали в правом подреберье у 40,0±25,3%, в 26,7±22,8% случаев в левом подреберье; в 10-12 и в 13-15 лет - чаще в пилорoduоденальной области. Однако достоверной разницы по локализации боли при ЯБ ДПК, в отличие от детей группы сравнения, не отмечено, что позволяет судить о трудностях диагностики ЯБ ДПК по локализации боли.

Боли у детей, страдающих ЯБ ДПК, у 38,9±8,7% возникали в ночное время, были поздними у 27,8±8,0% ($p < 0,05$). Ранние боли и несвязанные со временем приема пищи встречались редко (16,7±6,6%). По характеру боли у 34,1±8,4% детей ЯБ ДПК были тупыми и у 31,0±8,2%

приступообразными ($p < 0,05$). У $19,8 \pm 7,1\%$ боли носили режущий характер и у $15,1 \pm 6,4\%$ детей с ЯБ ДПК были колющими.

По степени выраженности боли в животе у детей с ЯБ ДПК в равной степени были сильными и умеренными по $45,2 \pm 8,9\%$ во всех возрастных группах ($p < 0,01$). Боли в животе у детей с ЯБ ДПК во всех возрастных группах возникали ежедневно у $66,7 \pm 8,4\%$ ($p < 0,01$), несколько раз в неделю у $27,0 \pm 7,9\%$ ($p < 0,05$) и у $6,3 \pm 4,3\%$ реже 1 раза в неделю. Наиболее часто боли при ЯБ ДПК, у наблюдаемых детей, иррадиировали в правое подреберье ($37,3 \pm 8,6\%$). Безболевое течение ЯБ ДПК у наблюдаемых детей было у $8,7\%$.

Симптомы желудочной диспепсии у пациентов ЯБ ДПК, наиболее часто проявлялась изжогой ($73,0 \pm 7,9\%$), тошнотой ($64,3 \pm 8,5\%$), отрыжкой ($60,3 \pm 8,7\%$) ($p < 0,01$). Симптом рвоты отмечен у $47,6 \pm 8,9\%$, неприятный запах изо рта у $31,7 \pm 8,3\%$, горечь во рту у $30,2 \pm 8,2\%$, слюнотечение у $22,2 \pm 7,4\%$ и извращение вкуса у $17,5 \pm 6,8\%$ детей ЯБ ДПК.

Симптомы желудочной диспепсии не имели достоверных различий по полу. Отмечалось нарастание симптома изжоги по возрасту - от $26,7 \pm 22,8\%$ у детей 7-9 лет до $73,3 \pm 13,2\%$ в 10-12 лет ($p < 0,05$). При этом изжога носила «упорный», длительный характер и была ведущим симптомом желудочной диспепсии ($p < 0,01$). Симптом рвоты при ЯБ ДПК возник у детей 7-9 лет ($66,7 \pm 24,3\%$). Частота его возникновения уменьшалась до $47,0 \pm 12,3\%$ к 13-15 годам. Тошнота регистрировалась во все возрастные периоды на одном уровне у $64,3 \pm 8,5\%$ пациентов ЯБ ДПК ($p < 0,01$). Симптом отрыжки при ЯБ ДПК был выявлен у $60,3 \pm 8,7\%$ детей ($p < 0,01$). Из симптомов кишечной диспепсии у детей, страдающих ЯБ ДПК, во всех возрастных группах, примерно на одном уровне регистрировался метеоризм (у $65,9 \pm 8,4\%$) ($p < 0,01$); запоры ($42,1 \pm 8,8\%$) ($p < 0,05$).

Часто у больных ЯБ ДПК регистрировались повышенная утомляемость у $67,5 \pm 8,3\%$, часто возникающая головная боль у $39,7 \pm 8,7\%$, потливость у $77,8 \pm 7,4\%$, характерных для астеновегетативного синдрома.

У обследованных детей ЯБ ДПК, наиболее часто встречались одиночные язвы размером $0,3-0,5$ см ($52,4 \pm 8,9\%$) с локализацией на передней стенке луковицы ДПК ($59,5 \pm 8,7\%$), реже на задней стенке

($29,4 \pm 8,1\%$) и в $11,1 \pm 5,6\%$ встречались множественные язвы.

Язвы чаще имели округлую форму ($73,0 \pm 7,9\%$) и определялись на фоне разной выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке (СО). Эритематозное поражение СО луковицы ДПК встречалось у $31,0 \pm 8,2\%$, а постбульбарного отдела ДПК - $10,3 \pm 5,4\%$. Эрозивное поражение СО луковицы ДПК обнаружено у $53,1\%$. У $51,6\%$ детей, страдающих ЯБ ДПК, выявлены изменения со стороны СО пищевода. Эритематозное поражение СО пищевода встречалось чаще ($25,6 \pm 7,8\%$), чем эрозивное ($9,5 \pm 5,2\%$).

Чаще у детей ЯБ ДПК поражался антральный отдел желудка ($74,6 \pm 7,6\%$), пангастрит ($15,1 \pm 6,4\%$), фундальный отдел желудка ($10,3 \pm 5,4\%$). Эритематозный характер воспаления СО желудка (СОЖ) регистрировался чаще ($60,3\%$), чем эрозивный ($39,7\%$). При этом эрозии часто были множественными ($26,2 \pm 7,8\%$) и реже одиночными ($13,5 \pm 6,1\%$). Исследование на *Helicobacter pylori* выявило примерно одинаковую частоту инфицирования у пациентов обеих групп.

Таким образом, отсутствие достоверной разницы в локализации боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хроническом гастрите, ассоциированным с инфекцией *H. pylori*, не позволяло поставить диагноз ЯБ по этому симптому, в $8,7\%$ случаев отмечали безболевого течения ЯБ ДПК. Однако боли у детей, страдающих ЯБ ДПК, в $38,9\%$ случаев возникали в ночное время. Желудочная диспепсия у пациентов ЯБ ДПК проявлялась изжогой у $73,0\%$, тошнотой у $64,3\%$, отрыжкой у $60,3\%$ ($p < 0,01$) и рвотой у $47,6\%$. У детей ЯБ ДПК наиболее часто встречались одиночные язвы размером $0,3-0,5$ см ($52,4\%$) с локализацией на передней стенке луковицы ДПК ($59,5\%$) и у $11,1\%$ встречались множественные язвы. Язвенные дефекты чаще имели округлую форму ($73,0\%$) и определялись на фоне разной выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке. Эрозивное поражение слизистой оболочки луковицы ДПК обнаружено у $53,1\%$. У $51,6\%$ детей, страдающих ЯБ ДПК, выявлены изменения со стороны СО пищевода. Эритематозный характер воспаления СОЖ регистрировался чаще ($60,3\%$), чем эрозивный ($39,7\%$). При этом эрозии часто были множественными ($26,2 \pm 7,8\%$) и реже одиночными ($13,5 \pm 6,1\%$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Цветкова Л.Н., Горячева О.А., Нечаева Л.В., Гуреев А.Н. Современное течение язвенной болезни у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2008. - Т. 87. № 6. - С. 31-33.
- 2 Котовский А.В. Прогнозирование характера течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического гастродуоденита у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2008. - № 3. - С. 84-87.
- 3 Видманова Т.А., Жукова Е.А., Вискова И.Н. Эффективность антихеликобактерной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей // Медицинский альманах. - 2011. - № 6. - С. 182-184.
- 4 Александрова С.Л., Барашкова Н.Н. Гастродуоденальная патология, ассоциированная Helicobacter Pylori, у детей в регионе Якутии // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). - 2007. - Т. 22. - № 52. - С. 86-88.
- 5 Жданова И.А., Намазова Л.С., Ильин А.Г. Распространенность болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5. - № 4. - С. 44-48.
- 6 Egbaria R, Levine A, Tamir A, Shaoul R. Peptic ulcers and erosions are common in Israeli children undergoing upper endoscopy // Helicobacter. - 2008. - 13(1). - P.62-8.
- 7 Uğraş M, Pehlivanoglu E. Helicobacter pylori infection and peptic ulcer in eastern Turkish children: is it more common than known? // Turk J Pediatr. - 2011 Nov-Dec. -53(6). - P.632-7.
- 8 Kalach N, Bontems P, Raymond J. Particularities of ulcer disease in children // Arch Pediatr. - 2010 Jun. - 17(6). - P. 812-3.

АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАР ҰЛТАБАРЫНЫҢ ОЙЫҚ ЖАРА АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ

Түйін: Мақалада балаларда ұлтабардың ойық жара ауруы және Helicobacter Pylori инфекциясымен ассоциацияланатын созылмалы гастрит кезіндегі ауыру сезімінің орнығуында нақты айырмашылықтың болмауы көрсетілген, бұл осы симптом бойынша ойық жара ауруына диагноз қоюға мүмкіндік бермей отырған, 8,7% жағдайда аурудың еш ауырусыз түрде өтуі анықталған. Алайда ауырыну сезімі ұлтабардың ойық жара ауруына шалдыққан балаларда 38,9% жағдайда түнгі уақыттарда туындаған. Науқастардың асқазан диспепсиясы 73,0%-да қыжылмен білінген, 64,3%-да жүрегі айну арқылы, 60,3% ($p<0,01$) кекіру және 47,6%-да құсу арқылы байқалды. Ең жиі кездескені ұлтабардың түйінінің алдыңғы қабатында (59,5%) орналасқан көлемі 0,3-0,5 см (52,4%) болатын жеке ойық жаралар болды және 11,1% -да көптеген ойық жара түрлері кездесті. Ойық жара ауруларының пішіні көбіне дөңгелек (73,0%) болды және сілемейлі қабаттың қабыну процесінің түрлі күйлерінде анықталды.

Түйінді сөздер: ойық жара ауруы, ұлтабар, балалар, клиникалық ерекшеліктер

CLINICAL CURRENT OF THE PEPTIC ULCER OF THE DUODENUM AT CHILDREN IN OUT-PATIENT AND POLYCLINIC CONDITIONS

Resume: In article it is shown that there is no reliable difference in pain localization at a peptic ulcer of a duodenum and chronic gastritis at children, Helicobacter Pylori associated with an infection, that didn't allow to make the diagnosis of a peptic ulcer on this symptom, in 8,7% of cases noted the without pain course of a disease. However pains at children a peptic ulcer of a duodenum in 38,9% of cases arose at night. The gastric dyspepsia at patients was shown by heartburn at 73,0%, nausea at 64,3%, an eructation at 60,3% ($p<0,01$) and vomiting at 47,6%. Most often single ulcers of 0,3-0,5 cm in size (52,4%) met localization on a forward wall of a bulb of a duodenum (59,5%) and at 11,1% multiple ulcers met. Ulcerative defects had a spherical form (73,0%) more often and were defined against different expression of inflammatory process in a mucosa.

Keywords: peptic ulcer, duodenum, children, clinical features

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

В статье показано, что желчнокаменная болезнь чаще всего выявляется в младшем школьном и подростковом возрасте, однако дебют заболевания у ряда детей относится к раннему и дошкольному возрасту. Возникновению желчнокаменной болезни у детей способствует комплекс факторов: генетическая предрасположенность, биологическая и социально-средовая отягощенность, заболевания желудочно-кишечного тракта, способствующие дисфункциональным нарушениям билиарной системы. Почти у половины детей отмечается латентное течение заболевания, а обнаружение конкрементов в желчном пузыре является диагностической находкой при плановом обследовании больных. Оптимальным методом лечения на современном этапе является лапароскопическая холецистэктомия, которой предшествует комплексная консервативная терапия.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, дети, клиническое течение

Еще тридцать лет назад желчнокаменная болезнь (холелитиаз) не только не являлась проблемой детского возраста, но и была достаточно редким заболеванием в отличие от взрослых. По данным многочисленных эпидемиологических исследований распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) за последние годы приобрела устойчивую тенденцию к увеличению, как за рубежом, так и в странах СНГ [1]. Наблюдается увеличение частоты ЖКБ в раннем детском возрасте, что связывают с влиянием факторов риска, способствующих нарушению холестерина синтеза во время беременности [2]. По данным ряда исследователей частота холелитиаза у детей за последние десять лет возросла в десять раз (с 0,1% до 1%), у взрослых за этот период всего в 2 раза [3, 4].

В последние годы эта проблема является предметом пристального внимания педиатров, детских хирургов, специалистов по интраскопической диагностике, морфологов и др. Увеличение частоты желчнокаменной болезни связывают с количественными и качественными изменениями питания, наличием малоподвижного образа жизни, увеличением у детей стрессовых ситуаций, внеучебной нагрузки, ухудшением экологической обстановки [5].

Современные методы исследования позволяют диагностировать конкременты в желчном пузыре у детей любого возраста, включая новорожденных.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) у детей на современном этапе не только не является казуистикой, а составляет большую медицинскую и социальную проблему, вследствие своего хронического рецидивирующего течения, развития тяжелых осложнений, снижения качества жизни и социальной адаптации детей [6].

Не менее важную проблему составляет билиарный сладж, который в детском возрасте в настоящее время рассматривается как начальная стадия ЖКБ и представляет собой актуальную проблему не только гастроэнтерологии, но и современной педиатрии [7, 8].

До сих пор вопрос о тактике ведения детей с желчнокаменной болезнью остается дискуссионным. Это отчасти объясняется тем, что нет работ, посвященных динамике наблюдения за детьми с желчнокаменной болезнью и исходам этого заболевания в детском возрасте. Не освещены вопросы течения заболевания у детей в зависимости от стадии болезни. Нет однозначного ответа на вопрос, как трактовать у детей осадок в желчном пузыре. Не отражены возможные причинно-значимые факторы, обуславливающие течение и исход заболевания. В связи с этим не определен

характер и объем лечебно-профилактических мероприятий у детей с холелитиазом. Все это делает изучение течения и исходов желчнокаменной болезни в детском возрасте актуальной проблемой [6, 9].

Однако, несмотря на актуальность проблемы, в доступной литературе встретились немногочисленные исследования об эпидемиологии желчнокаменной болезни у детей, особенностях течения заболевания, а также отдаленных результатах и исходах оперативного лечения калькулезного холецистита у детей [2, 6, 10].

Цель исследования: изучить эпидемиологию и клинические особенности желчнокаменной болезни у детей.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 58 случаев желчнокаменной болезни у детей в возрасте от 2 лет до 15 лет: истории болезни и истории развития 38 девочек и 20 мальчиков. В возрасте до 3 лет было 2 пациентов, с 3 до 6 лет – 5 детей; с 7 до 10 лет – 26 детей; с 11 до 15 лет – 25 детей. Всем детям наряду с тщательным изучением анамнеза, оценкой объективных данных и комплексным клинико-лабораторным обследованием (общеклинические анализы, биохимический анализ крови (общий билирубин и его фракции, АЛТ и АСТ, тимоловая проба, холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), щелочная фосфатаза)) проводилось ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчевыводящих протоков.

Результаты исследования и их обсуждение: По результатам исследования отмечено, что пик заболеваемости (42,3%) приходится на младший школьный возраст, хотя формирование заболевания у ряда детей отмечалось в раннем и дошкольном возрасте. У 2-х детей конкременты были обнаружены в возрасте 2-3 года. Самому «молодому» пациенту диагноз «желчнокаменная болезнь» был выставлен в 2 года при ультразвуковом обследовании по поводу болей в животе. В половом аспекте четкое преобладание девочек (в 1,5 – 2 раза) отмечается с возраста 3 – 6 лет - 71,4% девочек и 28,6% мальчиков, 54,2% и 45,8% - в 7-10 лет. В целом во всей популяции наблюдается преобладание лиц женского пола (64,1%), что подтверждается многочисленными исследованиями как отечественных, так и зарубежных авторов [5, 7]. Среди обследованных пациентов у подавляющего большинства детей (95,6%) ЖКБ диагностирована на стадии формирования желчных камней. Почти у каждого четвертого ребенка (23,5%) длительность заболевания не

превышала 1 года, у половины детей (52,5%) она составила 2 года и только у 1/5 детей (20,1%) продолжительность заболевания составила более 2 лет. Выявлена также закономерность формирования желчнокаменной болезни в зависимости от места жительства ребенка. Согласно полученным данным большинство детей были городскими жителями (77%). Возможно, это обусловлено влиянием таких факторов, как: особенности питания городского населения, более выраженная гиподинамия городских детей по сравнению с сельскими жителями, качество воды, экологическое неблагополучие и др.

Анализируя структуру сопутствующих заболеваний органов пищеварительного тракта у обследованных детей, оказалось, что у большинства больных (83%) имеется сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, среди которой наиболее часто встречались следующие заболевания: хронический гастродуоденит (71,5%), дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) по гипомоторному типу (56,3%), хронический холецистит (31,9%).

Результаты исследования свидетельствовали о существенной отягощенности генеалогического анамнеза у обследуемого контингента детей с ЖКБ. Так, у трети детей (32,3%) отмечался отягощенный анамнез по ЖКБ, у большинства детей (71,4%) у родственников II - III линии родства имелись различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявление семейных случаев ЖКБ свидетельствовало о роли наследственности в развитии данной патологии.

При изучении клинической картины ЖКБ у детей выявлено, что преобладающими симптомами течения заболевания были диспепсические расстройства (59,2%) и/или боли в животе (41,6%), либо их сочетание. У детей с клиническими проявлениями холелитиаза отмечались жалобы на боли в эпигастриальной области и правом подреберье (23,4%). Чаще всего дети жаловались на чувство тяжести в правом подреберье (32,7%), реже боли носили приступообразный характер (11,8%). Столь характерная для взрослых иррадиация болей в правое плечо для детей не типична и по результатам исследований наблюдалась лишь у 3-х больных.

Причиной болей чаще всего были погрешности в диете (прием жирной, жареной пищи, копченостей, пряностей) – 39,5%, несколько реже (26,3%) - физические нагрузки (бег, прыжки, игра в футбол, хоккей, уроки физкультуры). Из диспепсических расстройств наиболее частыми и постоянными симптомами были тошнота (59,2%), горечь во рту (47,6%), несколько реже - рвота (11,9%), возникающая на высоте болевого приступа. Аппетит у большинства детей оставался неизменным.

Бессимптомное течение желчнокаменной болезни наблюдалось у 43,8% детей. Обнаружение камней в желчном пузыре у данных больных было диагностической находкой при проведении ребенку ультразвукового исследования.

В гемограмме на высоте приступа у 75% детей с болевой формой наблюдался умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 18-20мм/час, в межприступном периоде изменений со стороны показателей периферической крови не отмечалось.

В распознавании желчнокаменной болезни решающее значение принадлежит современным методам диагностики: ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В наблюдениях ультразвуковое

исследование желчного пузыря и протоков проведено всем больным. Почти у трети детей с холелитиазом (32,5%) было обнаружено утолщение и уплотнение стенок желчного пузыря до 2-6 мм (в среднем $2,8 \pm 0,5$ мм), что указывает на наличие воспалительного процесса в желчном пузыре. У 52,7% больных обнаружены единичные конкременты, множественные камни (от 1 до 3-4 мм в диаметре) выявлены у 47,4%. Более крупные образования (до 7-16 мм в диаметре) – обнаружены у половины детей (52,4%).

При оценке биохимических показателей крови у 3,9% детей отмечалось умеренное увеличение общего билирубина за счет фракции непрямого билирубина, у 6,8% - холестерина, у 5,1% - триглицеридов, у 8% - ЛПНП, у 63,5% - щелочной фосфатазы. Данные изменения являются индикаторами холестатического синдрома и нарушения метаболизма желчных кислот.

Среднее значение уровня холестерина у детей с ЖКБ составило $6,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПНП – $0,698 \pm 0,021$ ммоль/л, триглицеридов – $2,8 \pm 0,3$ ммоль/л.

В комплексной терапии желчнокаменной болезни у детей ведущими были: диетотерапия (диета №5 по Певзнеру), щадящий режим (постельный и полупостельный) и медикаментозная терапия: энтеросорбенты (уголь активированный, холестирамин, полифепан), спазмолитические препараты (но-шпа, папаверин, платифиллин), литолитические средства (урсофальк), гепатопротекторы (эссенциале, карсил, лив-52), ферментные препараты (панкреатин, мезим-форте, фестал).

Назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты выполнено у 14 детей. Лишь у единичных больных отмечалось незначительное уменьшение размеров конкрементов, у одной девочки в возрасте 12 лет после 2-летнего курса урсосана конкременты в желчном пузыре не обнаружены. Большинство детей не выполняли рекомендации гастроэнтеролога по длительности терапии (1,5-2 года) препаратами урсодезоксихолевой кислоты.

У половины детей с холелитиазом (45,5%) было проведено оперативное вмешательство - лапароскопическая холецистэктомия. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у детей благоприятные: ни у одного из наблюдаемых больных рецидивов камнеобразования не отмечено, у одного пациента развился постхолецистэктомический синдром.

Таким образом, желчнокаменная болезнь чаще всего выявляется в младшем школьном и подростковом возрасте, однако дебют заболевания у ряда детей относится к раннему и дошкольному возрасту.

Возникновению ЖКБ у детей способствует комплекс факторов: генетическая предрасположенность, биологическая и социально-средовая отягощенность, заболевания желудочно-кишечного тракта, способствующие дисфункциональным нарушениям билиарной системы. Почти у половины детей отмечается латентное течение заболевания, а обнаружение конкрементов в желчном пузыре является диагностической находкой при плановом обследовании больных. Оптимальным методом лечения на современном этапе является лапароскопическая холецистэктомия, которой предшествует комплексная консервативная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Царькова О.Н. Течение и исходы желчнокаменной болезни у детей: автореф. дис. ... д-р. мед.наук - М., 2005. – 23 с.
- 2 Шакарян К.А. Особенности терапевтической тактики при желчнокаменной болезни у детей раннего возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: 2010. - 26 с.
- 3 Шеина О.П., Чередниченко А.М. Желчнокаменная болезнь у детей // Вестник Уральской медицинской академической науки. - 2010. – Т. 31. - № 3. – С. 63-68.
- 4 Богомаз Л.В., Щербаков П.Л., Царькова О.Н., Алексеева Ю.Е., Ермоленко Н.А., Кочетова Е.А., Шакарян К.А. Диагностический алгоритм заболеваний билиарного тракта у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - № 1. – С. 8-14.
- 5 Харитонов Л.А. Терапевтическая тактика при желчнокаменной болезни у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2011. - №1. – С. 72-77.
- 6 Косарева Т.М., Орлова Ю.Н. Клинико-диагностические особенности холестероза желчного пузыря у детей // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. - №1. – С. 15-19.
- 7 Пименова Н.В., Казначеев К.С., Казначеева Л.Ф. Желчнокаменная болезнь у детей // Практическая медицина. – 2011. - № 53. - С. 16-19.
- 8 Pazzi E., Gamberini S., Buldrini P., Gullini S. Biliari sludge: the sluggish // Digestive and liver disease. – 2003. – Vol. 35. – Suppl. 3. – P. 39 – 45.
- 9 Papandreou E., Gentimi F., Baltogiannis N., Livaditi E., Loukas I., Christopoulos-Geroulanos G. Laparoscopic cholecystectomy in children: a 5-year experience // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121. – Suppl. 2. – P. 163 – 164.
- 10 Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – Т. 53. - № 6. – С. 102-102.

БАЛАЛАРДЫҢ ӨТ-ТАСТЫҚ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Түйін: Мақалада өт-тас ауруы көбінесе ерте мектеп жасында және жасөспірім шақта анықталатыны туралы жазылған, алайда аурудың алғаш пайда болуы кейбір балаларда ерте және мектеп жасына дейінгі кезеңдерде анықталады. Балаларда өт-тас ауруының пайда болуына бірқатар факторлар кешені әсер етеді: генетикалық бейімділік, биологиялық және әлеуметтік-орталық салмақ салу, билиар жүйесінің дисфункционалды бұзылуына себепші болатын асқазан-ішек жолдары аурулары. Шамамен балалардың жартысында аурудың латентті ағымы анықталып отыр, өт қалтасында конкременттердің табылуы науқастарды жоспарлы тексеру кезіндегі диагностикалық өнертабыс болып табылады. Қазіргі кезеңде емдеудің оңтайлы әдісі лапароскопиялық холецистэктомия болып табылады, ол кешенді консервативті терапияның алдында болады.

Түйінді сөздер: өт-тас ауруы, балалар, клиникалық ағым

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GALLSTONE DISEASE IN CHILDREN

Resume: In article it is shown that the gallstone disease is most often taped at younger school and teenage age, however the disease debut at a series of children belongs to the early and preschool I will increase. Gallstone disease emergence at children is promoted by a complex of factors: genetic predisposition, biological and social and environmental burdens, the diseases of a gastrointestinal tract promoting dysfunctional disturbances of billiary system. Almost at a half of children the latent course of a disease becomes perceptible, and detection of concrements in a gall bladder is a diagnostic find at planned inspection of patients. Optimum method of treatment at the present stage is the laparoscopic cholecystectomy to which complex conservative therapy precedes.

Keywords: gallstone disease, children, clinical current

В.А. ЛЕБЕДЕВА

ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4, врач педиатр

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Острые респираторные заболевания имеют самое широкое распространение. Прямые и косвенные расходы на лечение и уход за детьми с частыми ОРЗ наносят существенный экономический ущерб не только семье ребенка, но и бюджету страны в целом. Реабилитация часто болеющих детей ОРЗ является актуальной проблемой для педиатра и поможет избежать отрицательных последствий для ребенка.

Ключевые слова: дети, ОРЗ, реабилитация

Каждые два ребенка из трех, родители которых обращаются к педиатру, имеют респираторные заболевания. В структуре причин младенческой смертности болезни органов дыхания занимают третье место, вслед за перинатальной патологией и врожденными пороками развития. В среднем от рождения до окончания школы ребенок болеет ОРВИ около 60 раз (Слободян Л.М., Воронцова Н.С., 2002).

Прямые и косвенные расходы на лечение и уход за детьми с частыми острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) наносят существенный экономический ущерб не только семье ребенка, но и бюджету страны в целом.

Среди острых заболеваний органов дыхания у детей наиболее часто встречаются (2,3):

Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей;

Острый бронхит (простой);

Острый обструктивный бронхит;

Острый бронхиолит;

Острый облитерирующий бронхиолит – тяжелое заболевание, приводящее к облитерации бронхиол и артериол;

Острые пневмонии.

Среди рецидивирующих заболеваний встречаются: рецидивирующий бронхит (простой), рецидивирующий обструктивный бронхит.

Среди хронических заболеваний встречаются: хронический бронхит, хронический бронхиолит с облитерацией, хроническая пневмония (бронхоэктатическая болезнь, локальный фиброз).

Пороки развития трахеи, бронхов, легких и легочных сосудов, бронхолегочная дисплазия.

Группа альвеолитов

Бронхиальная астма

Особую группу составляют часто болеющие дети ОРЗ (ЧБД). Это дети, часто болеющие ОРЗ из-за транзиторных, коррегируемых отклонений в защитных системах организма. Частота ЧБД в популяции 14-18% (до 40% по данным некоторых авторов). ЧБД – не нозологическая форма и не диагноз, это диспансерная группа детей, которая чаще формирует хронические заболевания носоглотки и легких, бронхиальную астму, они чаще заболевают ревматизмом, гломерулонефритом и др.

Критериями включения детей в группу часто болеющих детей являются (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 1989) (4):

дети 1-го года частота ОРЗ 4 и более; дети до 3 лет 6 и более; дети 4-5 лет 5 и более; дети старше 5 лет 4 и более.

Заболевания, которые следует исключить у ЧБД: первичные иммунодефициты, респираторная аллергия,

аспирация инородного тела, бронхолегочная дисплазия, рецидивирующий бронхит, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь, внутриутробные инфекции.

Реабилитация часто болеющих детей с заболеваниями бронхолегочного аппарата серьезная проблема здравоохранения во всем мире, актуальная проблема современной педиатрии. Реабилитация часто болеющих детей осуществляется в основном в детской поликлинике и в детских санаториях бронхолегочного профиля, которых на сегодняшний день недостаточно, включает целый комплекс лечебных мероприятий (4):

I. Этиопатогенетическая терапия острых респираторных заболеваний

II. Оптимизация окружающей среды (уменьшение контактов с источниками инфекции, в том числе со взрослыми в семье; «оздоровление» быта, аэроионотерапия и др.)

III. Восстановительные и реабилитационные мероприятия, санация местных очагов хронической инфекции в периоде клинического благополучия.

IV. Иммунотерапия и вакцинация.

Иммунотерапия:

Препараты микробного происхождения: рибомунил;

Препараты растительного происхождения: имупрет и др.;

Препараты на основе интерферонов: интерферон лейкоцитарный человеческий сухой, виферон, гриппферон и др.;

Индукторы интерферонов: циклоферон, анаферон и др.;

Синтетические препараты: ликопид, полиоксидоний.

До начала вспышек ОРВИ проводится вакцинация против гриппа.

Схема диспансеризации часто болеющих детей ОРЗ (2,4):

педиатр осматривает ребенка 4 раза в год, стоматолог и отоларинголог – 2 раза в год, врач ЛФК – 2 раза в год. Анализ крови и мочи проводится 2 раза в год, ЭКГ, R-графия органов грудной клетки – по показаниям. При необходимости показаны другие специалисты. Под нашим наблюдением в течение года находились 56 часто болеющих детей ОРЗ в возрасте с 1 года до 7 лет с хорошим эффектом реабилитации. Показатель эффективности оздоровления составил 38%.

Выводы: заболевания бронхо - легочной системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости у детей. Реабилитация часто болеющих детей ОРЗ является актуальной проблемой для педиатра и требует активного участия в процессе реабилитации родителей. Только при активной совместной работе врача и родителей можно добиться хороших результатов оздоровления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Острые инфекции дыхательных путей. Клинические варианты. Диагностика и лечение детей с частыми респираторными заболеваниями. Конспект участкового педиатра. Учебное пособие для врачей педиатров. – М.: 2008. – С.1 -117
- 2 Первичные и вторичные иммунодефицитные состояния у детей. Методическое пособие для врачей. – Алматы: 2012 г. - 32 с.
- 3 Избранные вопросы педиатрии. Пособие для практикующих врачей. МЗ РК, АГИУВ Кафедра педиатрии. –Алматы: 2011. – С. 32-56.
- 4 Слободян Л.М., Воронцова Н.С., Процайло Н.Б., Горшкова М.А. Часто болеющие дети (медико-социальные аспекты, состояние иммунитета, пути оздоровления). – Педиатрия. – 2002. - № 1. – С. 45-47.

В.А. ЛЕБЕДЕВА

№4 Қалалық емхана ШЖҚ МҚК, дәрігер-педиатр

БАЛАЛАРДЫҢ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ПАТОЛОГИЯСЫ МӘСЕЛЕСІНІҢ ӘКТЕЛІГІ

Жіті респираторлық аурулар ең кең тараған. Жиі қайталанатын ЖРА ауыратын балаларды емдеуге және күтім көрсетуге жұмсалатын тұра және жанама шығындар баланың жанұясына ғана емес, жалпы мемлекет бюджетіне де экономикалық зиянын тигізеді. ЖРА жиі ауыратын балаларды сауықтыру балалар дәрігері үшін өзекті мәселе әрі балаға кері әсерін тигізуден сақтануға көмектеседі.

Педиатр-дәрігерге баласын қаратуға әкелген ата-аналардың ішінде әрбір үш баланың екеуінің респираторлық ауруы бар. Нәрсесте өлімі себептерінің құрылымында тыныс алу органдарының аурулары перинаталдық патология мен дамудың туа біткен ақауынан кейін үшінші орынды алып отыр. Орташа алғанда туылғаннан бастап мектеп бітіргенге дейін бала ЖРА шамамен 60 рет ауырады (Слободян Л.М., Воронцова Н.С., 2002).

Жиі қайталанатын жіті респираторлық аурулармен (ЖРА) ауыратын балаларды емдеуге және күтім көрсетуге жұмсалатын тұра және жанама шығындар баланың жанұясына ғана емес, жалпы мемлекет бюджетіне де экономикалық зиянын тигізеді.

Тірек сөздер: балалар, ЖРА, сауықтыру

V.A. LEBEDEVA

Polyclinic number 4, a pediatrician

ACTUAL PROBLEMS OF RESPIRATORY DISEASE IN CHILDREN

Resume: Acute respiratory infections are the most common. Direct and indirect costs of treatment and care for children with frequent acute respiratory diseases cause significant economic damage not only to the child's family, but also to the budget of the country as a whole. Rehabilitation of sickly children ARD is an urgent problem for the pediatrician and avoid negative consequences for the child.

Every two of three children have respiratory problems. Among the causes of infant mortality respiratory diseases rank is third, followed by perinatal diseases and congenital malformations. Direct and indirect costs of treatment and care for children with frequent acute respiratory infections (ARI) cause significant economic damage not only to the child's family, but also the budget of the country as a whole.

Keywords: children, acute respiratory infections, rehabilitation

УДК: 616.24-002.1-053.2:616.153.915-039-074:577.152.313

З.К. ЗЕЙНУЛИНА

ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4, врач педиатр

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Широкое распространение острых пневмоний представляет большую опасность для детей. Своевременная правильная диагностика острых пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильный выбор антибактериальной терапии позволяет полному выздоровлению детей от пневмонии, снижению осложнений и летальности от пневмоний.

Ключевые слова: дети, пневмония, этиология, антибиотики

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу и морфологии острых инфекционных заболеваний (инфекционных процессов), характеризующихся поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Острая пневмония (ОП) - это острое респираторное заболевание с локальными проявлениями в легких, подтвержденное рентгенологически.

Современные тенденции в вопросах острых пневмоний (5):

Увеличение частоты внутриклеточных микроорганизмов;

Гипер - (56%) и гиподиагностика (33%);

Предпочтение приему антибактериальных препаратов внутрь;

Более короткие курсы антибактериальной терапии;

Отказ от внутривенных вливаний жидкости и гамма-глобулина;

Нецелесообразность физиотерапии.

Классификация пневмоний на сегодняшний день (2):

По форме - очаговая, очагово-сливная, крупозная, сегментарная, интерстициальная;

По месту возникновения и этиологии - внебольничные, внутрибольничные, перинатальные, при иммунодефиците, атипичные, на фоне гриппа, аспирационные;

По течению – острая до 6 недель, затяжная при отсутствии разрешения в сроки от 6 недель до 8 мес.;

По наличию осложнений - неосложненная, осложненная.

Критерии диагностики пневмоний: нарушение общего состояния, повышение температуры тела, кашель, одышка различной степени выраженности, характерные физикальные изменения в легких. Рентгенологическое подтверждение базируется на выявлении инфильтративных изменений на рентгенограмме. В патогенезе развития пневмоний имеют большое значение следующие факторы:

микроаспирация секрета носоглотки происходит у 70% здоровых лиц (нарушение самоочищения);

вдыхание аэрозоля с микроорганизмами: 60% детей дошкольного возраста и 30% детей школьного возраста и взрослых являются носителями пневмококка;

20-40% детей дошкольных учреждений являются носителями гемофильной палочки;

может быть гематогенное распространение инфекции и непосредственное распространение инфекции из соседних органов.

Золотой стандарт клинической диагностики (4):

Повышение температуры тела;

Одышка (до 2 мес. - 60; 2 - 12 мес. – 50; 1 - 5 лет - 40);

Локальная аускультативная и перкуторная симптоматика;

Лейкоцитоз в анализе периферической крови;

Рентгенологические изменения;

Токсикоз.

После постановки диагноза важным является выбор первоначального антибиотика (1).

Выбор первоначального антибиотика зависит от клинической ситуации, антимикробного спектра действия выбранного антибиотика, результатов бактериоскопии мазка мокроты, фармакокинетики антимикробного препарата, тяжести течения пневмонии, безопасности и стоимости препарата, спектра антибактериального действия, включающий потенциальных возбудителей заболевания, доказанная клиническая и микробиологическая эффективность, удобство применения, аккумуляция в очаге воспаления, хорошая переносимость и безопасность, доступная цена. Рекомендуются препараты для лечения пневмоний Возраст 1-6 мес. Обязательно госпитализация!

«Типичная» пневмония: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, цефалоспорины 3 поколения.

«Атипичная» пневмония – макролиды.

Нетяжелое течение пневмонии у детей 6 месяцев – 6 лет препараты выбора: амоксициллин, макролиды, альтернативные препараты амоксициллин/клавуланат, цефуроксимаксетил. Старше 7 лет амоксициллин, макролиды.

Переходить на пероральный прием антибиотиков возможно при

стойкой нормализации температуры, уменьшении одышки и кашля, снижении лейкоцитоза и нейтрофилиза крови (5-10 сутки терапии).

При отчетливой клинической положительной динамике контрольная рентгенограмма при выписке не обязательна, но необходимо проведение рентгенологического контроля амбулаторно на 4-5 неделе.

Показанием для продолжения антибактериальной терапии не являются: субфебрилитет, сухой кашель, сохранение хрипов в легких, ускорение СОЭ, охраняющаяся слабость, потливость, сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление рисунка)

Терапия считается неэффективной, если в течение 24 - 48 часов не отмечается улучшения: наступает нарастание признаков дыхательной недостаточности; падение систолического давления, что свидетельствует о развитии инфекционного шока; увеличение размера пневмонической инфильтрации более чем на 50% по сравнению с исходными данными; появление иных проявлений органной недостаточности. В этих случаях необходимо переходить на альтернативные АБ и усиление функциональной поддержки органов и систем.

Ошибки антибактериальной терапии: назначение гентамицина, ко-тримоксазола, ампициллина внутрь и антибиотиков в сочетании с нистатином, частая смена антибиотиков в процессе лечения, продолжение антибактериальной терапии до полного исчезновения всех клинико-лабораторных показателей (2,3).

Требования к госпитализации (3):

- Возраст ребенка менее 2 мес. вне зависимости от тяжести и распространенности процесса
- Возраст до 3 лет при лобарном характере поражения легких
- Возраст до 5 лет при поражении более чем одной доли легкого
- Лейкопения < 6 тыс., лейкоцитоз > 20 тыс
- Ателектазы
- Неблагоприятная локализация (С4-5)
- Дети с тяжелой энцефалопатией любого генеза
- Дети первого года жизни с внутриутробными инфекциями
- Дети с врожденными пороками развития, особенно сердца
- Дети с сопутствующей бронхиальной астмой, сахарным диабетом, заболеваниями ССС, почек, онкогематологией

- Дети из плохих социально-бытовых условий
- Отсутствие гарантированного выполнения лечебных мероприятий в домашних условиях

Прямым показанием для госпитализации является токсическое течение пневмонии: одышка свыше 60 в мин для детей первого года жизни и более 50 в минуту для детей старше года; втяжение межреберий и особенно яремной ямки при дыхании; стонущее дыхание, нарушение ритма дыхания; признаки острой сердечной недостаточности; некупируемая гипертермия; нарушение сознания, судороги.

Осложненное течение пневмонии: пневмонический токсикоз различной степени выраженности; плеврит; легочная деструкция, абсцесс легкого; пневмоторакс; пиопневмоторакс.

Выводы: За последние 3 года на педиатрических участках педиатрами проводится раннее выявление острых пневмонии и своевременная госпитализация в стационары. После выписки из стационара проводятся реабилитационные мероприятия и диспансеризация. Не было ни одного летального исхода т.к. им диагноз установлен в ранние сроки и назначена адекватная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пульмонология. Современный справочник для педиатров. - 2004. - С 24-67
- 2 Н.А.Коровина и др. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача педиатра. – 2005. –С. 5-56
- 3 Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Под общей редакцией А.Г.Чучалина. – М.: 2004. - С.302-324.
- 4 В.К.Таточенко Педиатру на каждый день справочник по лекарственной терапии. – М.: 2007. – С. 140-147.
- 5 Избранные вопросы педиатрии. Пособие для практикующих врачей. МЗ РК, АГИУВ Кафедра педиатрии. – Алматы: 2011. – С. 70-96.

Z.K. ZEYNULINA

Polyclinic number 4, a pediatrician

ACTUAL PROBLEMS OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN

Resume: Widespread acute pneumonia is very dangerous for children. Timely correct diagnosis of acute pneumonia in children, assessment of severity of disease in concomitant diseases, the correct choice of antibiotic therapy allows full recovery of children from pneumonia, reduce morbidity and mortality from pneumonia.

Over the last 3 years pediatricians conducted early detection of acute pneumonia and timely admission to hospital. After being discharged from the hospital and rehabilitation activities are carried out clinical examination. Pneumonia can occur at any age, although it is more common in younger children. Pneumonia accounts for 13% of all infectious illnesses in infants younger than 2 years.

Newborns with pneumonia commonly present with poor feeding and irritability, as well as tachypnea, retractions, grunting, and hypoxemia. Infections with group B Streptococcus, Listeria monocytogenes, or gram-negative rods (eg, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae) are common causes of bacterial pneumonia. Group B streptococci infections are most often transmitted to the fetus in utero. The most commonly isolated virus is respiratory syncytial virus (RSV).

Cough is the most common symptom of pneumonia in infants, along with tachypnea, retractions, and hypoxemia. These may be accompanied by congestion, fever, irritability, and decreased feeding. Streptococcus pneumoniae is by far the most common bacterial pathogen in infants aged 1-3 months.

Adolescents experience similar symptoms to younger children. They may have other constitutional symptoms, such as headache, pleuritic chest pain, and vague abdominal pain. Vomiting, diarrhea, pharyngitis, and otalgia/otitis are also common in this age group. Mycoplasma pneumoniae is the most frequent cause of pneumonia among older children and adolescents.

See Clinical Presentation for more detail.

The signs and symptoms of pneumonia are often nonspecific and widely vary based on the patient's age and the infectious organisms involved.

Observing the child's respiratory effort during a physical exam is an important first step in diagnosing pneumonia. The World Health Organization (WHO) respiratory rate thresholds for identifying children with pneumonia are as follows:

Children younger than 2 months: Greater than or equal to 60 breaths/min

Children aged 2-11 months: Greater than or equal to 50 breaths/min

Children aged 12-59 months: Greater than or equal to 40 breaths/min

Initial priorities in children with pneumonia include the identification and treatment of respiratory distress, hypoxemia, and hypercarbia. Grunting, flaring, severe tachypnea, and retractions should prompt immediate respiratory support. Children who are in severe respiratory distress should undergo tracheal intubation if they are unable to maintain oxygenation or have decreasing levels of consciousness. Increased respiratory support requirements such as increased inhaled oxygen concentration, positive pressure ventilation, or CPAP are commonly required before recovery begins.

The majority of children diagnosed with pneumonia in the outpatient setting are treated with oral antibiotics. High-dose amoxicillin is used as a first-line agent for children with uncomplicated community-acquired pneumonia. Second- or third-generation cephalosporins and macrolide antibiotics such as azithromycin are acceptable alternatives. Combination therapy (ampicillin and either gentamicin or cefotaxime) is typically used in the initial treatment of newborns and young infants.

Hospitalized patients are usually treated with an advanced-generation intravenous cephalosporin, often in combination with a macrolide. Children who are toxic appearing should receive antibiotic therapy that includes vancomycin (particularly in areas where penicillin-resistant pneumococci and methicillin-resistant *S aureus* [MRSA] are prevalent) along with a second- or third-generation cephalosporin.

Keywords: children, pneumonia, etiology, antibiotics

УДК: 611.724+616.716.4-001.5+612.751.3:616-007.17

В.Р. ШИМ

Казахский Национальный Медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ

Из 100 обследованных школьников 1-11 классов показатели ультразвуковой денситометрии лучезапястного сустава указывали на наличие остеопении у 30% школьников, остеопороза – 15%. Снижение минеральной плотности костной ткани преимущественно встречалось у школьников старших классов ассоциация сколиоза, плоскостопия наблюдалась на фоне хронического гастрита, ассоциированного *Helicobacter pylori*.

Костная денситометрия как метод диагностики остеопороза стала развиваться в последние 15 лет, хотя ее история началась 60 лет назад. Этот метод в основном применяется на Западе; на протяжении 60 лет методы денситометрии, применяемые устройства модифицировались, претерпевали большие изменения. В настоящее время самыми совершенными методами костной денситометрии считаются двуэнергетическая рентгеновская абсорциометрия (ДРА) и ультразвуковая денситометрия [2,3,4,5].

Доказано, что остеопороз – это наиболее часто встречающееся метаболическое заболевание костной системы, для которого характерны низкая костная масса с нарушением микроархитектоники костной ткани. Эти референсные данные могут, в конечном счете, привести к повышению хрупкости костей и быть значимыми факторами риска переломов [2,6,8]. Эпидемиологические исследования доказали, что проблема остеопороза начинается с детского возраста. В основе этого многофакторного метаболического

заболевания костной системы лежат генетические, гормональные, алиментарные, механические и другие факторы; хронические заболевания, метаболические синдромы.

У детей пиковая костная масса не достигает оптимальных значений и, как следствие, повышен риск развития остеопороза и переломов костей в последующем [2,7,8,9].

Актуальность изучения особенностей формирования костной массы у детей в зависимости от пола, возраста, этнической принадлежности, географических условий, а также частоты распространения, структуры заболеваемости является очевидной. Тем более, что работ, посвященных этому разделу педиатрии немного, а комплексные исследования с учетом анамнеза, факторов риска, клинических проявлений, лабораторно-функциональных методов исследований отсутствуют. Пациенты и методы.

Пациенты и методы.

В таблице 1 приведены критерии остеопороза ВОЗ.

Таблица 1 - Критерии остеопороза ВОЗ на основании определения показателей минеральной плотности костной ткани (1994).

Классификация	Описание
Нормальные показатели	Показатели МПКТ более 1 SD от среднего показателя пиковой костной системы (молодой взрослой нормы ($T > -1$))
Низкая костная масса	Показатели ППКТ более 1 SD ниже среднего показателя пиковой костной массы, но не более, чем на 2,5 SD ($-2,5 < T \leq -1$)
Тяжелый (установленный) остеопороз	Показатели МПКТ ниже среднего показателя пиковой костной массы на более чем 2,5 SD ($T \leq -2,5$) и при этом отмечается один или более переломов, обусловленных наличием остеопороза

Примечание: МПКТ – минеральная плотность костной ткани.

Группа международных экспертов (Miller P.D., Bonnick S.L., Rosen C.J. et al, 1996) сформулировала некоторые положения по определению МПКТ:

- Остеопороз диагностируется на основании определения МПКТ даже при отсутствии переломов в анамнезе;
- Выбор мест проведения исследования определяется специфическими особенностями конкретного пациента;
- Информацию о показателях МПКТ следует сопровождать клинической интерпретацией данных пациента.

Цель работы: оценка ассоциаций дисплазии костной системы, соматической патологии на основе проведения

костной денситометрии лучезапястного сустава у школьников.

Обследовано 100 школьников с клиническими проявлениями дисплазии костной системы – сколиозы в сочетании с плоскостопиями 2-3 степени на фоне сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит ассоциированный хеликобактерпилори).

МПКТ (лучезапястный сустав) устанавливалась с помощью ультразвукового денситометра Ommisense 7000 S/ 8000S.

В настоящее время денситометр Ommisense является скрининговой аппаратурой, которая позволяет выявить группы риска в отношении переломов костей и пригодна

для постановки диагноза остеопороза и оценки эффективности терапии.

Степень точности (ассигасу) для любых денситометров определяется как отклонение результатов, полученных при измерении одного и того же участка кости, на денситометре и при химическом анализе костной ткани. Для Ommisense 7000 S/ 8000S денситометров степень точности составляет менее 0,25-0,5%.

Степень воспроизводимости (precision) определяется как величина отклонения от результатов исследований при измерении одного и того же участка кости несколько раз на протяжении определенного периода времени. Погрешность в воспроизведении результатов исследований не превышает 0,4 – 0,81%.

Показатели Z (Z-score) представляет собой разницу между действительным показателем минеральной костной массы у каждого обследуемого пациента и

среднетеоретической нормой того же возраста, выраженной как часть стандартного отклонения.

Показатели T (T-score) представляет собой разницу между показателями минеральной костной массы и плотности костной ткани у обследуемого и среднетеоретическим пиком этих показателей в возрасте 40 лет. Показатель T не зависит от возраста и именно он является наиболее важным при постановке диагноза остеопороз.

Результаты исследований и обсуждение

Из 100 обследованных детей показатели денситометра были в пределах от 1 SD до 2,5 SD у 30 школьников (30%), что указывало на наличие у них остеопении. У 15 (15%) школьников установлен остеопороз, так как показатели денситометра были меньше – 2,5 SD без переломов. Данные представлены на рисунке 1.

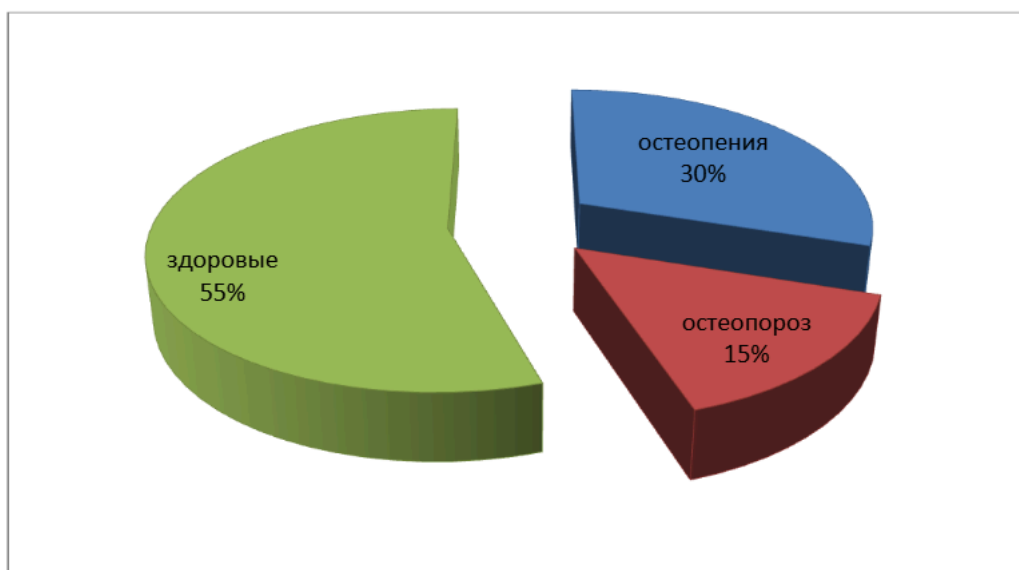


Рисунок 1 - Показатели костной системы у школьников

В этой группе ни у одного ребенка не было переломов у детей имелись малые аномалии развития (МАР) и сколиоз II степени в сочетании с плоскостопием II-III степени.

Остеопороз встречался преимущественно у школьников старшего возраста: у 12 школьников 5-11 классов и у 3-х детей младшего школьного возраста (1-4 классы).



Рисунок 2 - Встречаемость остеопороза у школьников младших и старших классов

Таким образом, показатели ультразвукового денситометра указывали на наличие остеопении у 30% и остеопороза у 15% школьников.

Остеопороз регистрируется чаще всего у школьников старших классов. Остеопороз ассоциировался с тяжелым

заболеванием костной системы: со сколиозом II степени в сочетании с плоскостопием II степени на фоне хронической патологии ЖКТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чернова Т.О., Игнатков В.Я. Методы денситометрических исследований // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. - т.2. - № 1. - С. 71-77.
- 2 Дедов И.И., Чернова Т.О., Григорян О.Р., Игнатков В.Я. Костная денситометрия в клинической практики// Медицинская газета. - № 47. - 29.06.2001. - С. 12-13.
- 3 Barden H.S., Mazess R.B. Bone densitometry of appendicular and axial skeleton.// Top Geriatric Rehabil 1989; 4:1-12.
- 4 Gardsell P., Johnell O., Nilsson B.E. The predictive value of bone loss for fragility fractures in women: a longitudinal study over 15 years//Calcit Tissue Intern. – 1991. – 49. – P. 90-94.
- 5 Lai K.C., Goodsitt M.M., Murano R., Chesnut C.C.// Acomparison of two dual-energy X-ray absorptiometry systems for spinal bone mineral measurement.// Calcit Tissue Int. – 1992. – 50. – P. 203-208.
- 6 Чернова Т.О., Костная денситометрия при клиническом ведении остеопороза//Медицинская газета № 67. - 10.09.2003. – С. 8-9.
- 7 Киселева А.Л., Килина О.Ю., Огородова Л.М. Результаты исследования костной прочности у детей, страдающих бронхиальной астмой и принимающих ингаляционные глюкокортикостероиды// Ж. Педиатрическая фармакология 2010/ том 7/№1. - С. 42-47.
- 8 Сытый В.П. Остеопороз: практическое пособие для врачей. - М.: 2004. - 96с.
- 9 Габдулина Г.Х., Токарев А.Г., Борзова С.В. Остеопороз. Материалы для пациентов. – Алматы: 2010. - 36 с.

V.R.SHIM

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

INDICATORS OF BONE DENSITOMETRY WITH DYSPLASIA BONE SYSTEM OF PUPILS

Of the 100 surveyed students grades 1-11 performance ultrasound densitometry wrist indicated the presence of osteopenia in 30% of the students, osteoporosis - 15%. The decrease in bone mineral density occurred mainly in high-school Association of scoliosis, flat feet was observed on the background of chronic gastritis associated *Helicobacter pylori*. Bone Densitometry as a method of diagnosing osteoporosis began to develop in the last 15 years, although its history began 60 years ago. This method is mostly used in the West for 60 years densitometry techniques used by the device are modified, have undergone great changes.

Currently, the most advanced methods of bone densitometry considered absortsimetriya dual energy X-ray (DXA) and ultrasound densitometry [2,3,4,5].

Objective: To assess the association of skeletal dysplasia, somatic diseases on the basis of the wrist bone densitometry at the school.

Osteoporosis is detected more often in high school students. Osteoporosis is associated with severe disease of the skeletal system: with scoliosis II degree in combination with flat Grade II with chronic gastrointestinal disease.

Children with low BMD have a higher risk of fractures. Besides, they may have a higher risk of osteoporosis in adult life. In children, osteoporosis and low BMD are mainly observed in association with diseases or treatments. Preventive measures for osteoporosis later in life is focussed on factors that may increase peak BMD. Therefore, knowledge of determinants of BMD during childhood and adolescence in physiological and pathological conditions is essential with the goal of optimizing peak bone density. Identifying patients at risk of low BMD is important. Optimizing bone mass accretion during childhood and the attainment of peak bone mass reduces the risk of osteoporosis.

S.V. CHOY

Kazakh National Medical University named S.D. Asfendiyarov

COMPARATIVE CLINICAL-GENETIC HEALTH ANALYSIS OF CHILDREN LIVING IN VARIOUS ECOLOGICALLY UNFAVORABLE AREAS

The analysis of clinical-genetic parameters of health in children living in regions with various ecological trouble for optimum methods elaboration of forecast of combined chronic pathology and chromosomal damages development.

Keywords: children, ecological trouble, chronic diseases, small anomalies of development (SAD), chromosomal aberrations

Not only biological determinants defines formation of individual health but also external environmental factors such as physical environment, social and economic circumstances, housing conditions [1]. Influence of physical and chemical factors (radiation, carcinogenic substances, cloudy) on the human population even in small doses can cause morbidity growth, embryogenesis infringement, various mutation and gene pool change during several generations [2]. This problem has the special importance for Kazakhstan, territory of which characterizes by high level of environmental pollution. The Semipalatinsk nuclear ex-range and Aral Sea regions were officially announced by the zones of ecological catastrophe because of ecological processes of these territories although there are environmental pollution of different nature [3,4,5]. The experts of the National Nuclear Center of Republic of Kazakhstan, Nuclear Centers of Science of USA, France and experts of the International Committee on Atomic Energy continue study of radioactive pollution in the Semipalatinsk nuclear range areas now. According to preliminary data the level of Cs - 137 and Sr - 90 of ex-range pollution is within the limits of acceptable values, except of some sites about 2160 sq. km. from the total square of 18 thousand sq. km. However, situation with the pollution level of Pu - 239 and others transuranium elements remains poorly investigated [6]. Thus, the population living on the territories nears the Semipalatinsk nuclear ex-range is exposed to influence of small doses of radiation from 0 up to 1 Гр [7, 8]. The radioisotopes are present practically in all components of natural systems and are involved in geochemical and biological cycles of migration. It causes a plenty ways of external and internal irradiation for the population and creates risk for his health. At the same time researches of radioecological situation in the Semipalatinsk nuclear ex-range region has revealed the following features: long influence (40 years) of large and small doses of ionizing radiation as a result of air, ground and underground nuclear explosions; practically total pollution of three areas of Kazakhstan by radioactive products; repeated acute and chronic influence on million population's health in conditions of poor social economic situation; absence of the injured population rehabilitation [9].

Region of the Aral Sea is the region of ecological trouble with other nature of pollution. These territories are characterized by prevalence of chemical toxic substances influence. External unfavorable environmental factors of the Aral Sea region determine character of influence on health:

The droughty and hot climate (more than 4 months per a year). Since 1960 the level of the Aral sea has decreased on 15 meters, its area has decreased twice (from 66.5 to 34,0 thousand sq.m.), and volume has decreased three times, salt quantity has increased from 9,94 % to 28,4 %. Saline dust

mounts in atmosphere from the sea bottom and increase atmosphere pollution more than on 5 %.

- Lack of fresh drinking water;
- The high contents of stable toxic substances in the soil (salts of heavy metals and microelements (Cd, Zn, Cr, Pb etc.)) 2,5- 3,0 times is higher than normal level. It is established as a result of more than 2500 soil tests analysis which have been carried out by the laboratory of the Institute of soil of National academy of Sciences of Republic of Kazakhstan.
- Pollution of superficial pools by minerals, chemical substances (DDT), salts of heavy metals, bacteria, in exceeding marginal concentration from 3 to 250 times [10,11].

Therefore, problem of children's health living in various ecologically unfavorable regions is important for Republic of Kazakhstan. Objective rating of level and degree of physical development harmonicity, functional status of basic organs and systems condition, quantitative and qualitative distribution of small anomalies of development (SAD), congenital malformations of development, cytogenetic parameters is necessary for elaboration of optimum methods of forecast of combined chronic pathology and chromosomal damages development. The complex analysis of clinical and genetic changes of children's health has increasing value for diagnostics of external reasons influence consequences according to the International statistical classification of illnesses and problems connected to health of the tenth revision, WHO, 1995 [12].

Materials and methods. 423 children aged 7 -15 y. were examined in the department "Ecology and children" of Republican Children's Clinical Hospital since 1999 and until 2002. Selection of children was carried out by the random repetition-free sampling method. All surveyed children were conditionally divided into three groups, according to the research objectives.

The first group consist of 120 children constantly living in the area near the Semipalatinsk nuclear ex-range concerning to the zone of maximal radiating risk (The Law of Republics of Kazakhstan from December 16, 1992 "About social protection of citizens living near the Semipalatinsk nuclear range").

The second group consists of 203 children living from birth in the Aral Sea region - zone of ecological accident (The Law of Republic of Kazakhstan from January 18, 1992 "About urgent measures on radical transformation of living conditions of the Aral Sea region population").

The control group consisted of 100 children constantly living in the region of ecologically clean region of Kazakhstan (The report of the Ministry of Natural Resources and Environment Preservation, 1996 [13]). Group of comparison were selected by the principle of "pair-copy" (sex, age, nationality, social status and etc.).

Children are divided according to age and sex. There was identical quantity of girls and boys in all surveyed groups. Children of the senior school age a little bit prevailed (the application A).

Practically all surveyed children (94,8 %) were Kazakh. Complex examination included general clinical and special methods of examination (table 1).

Table 1 - Health examination volume

Researches	Quantity of surveyed children
Complex clinical examination	423
Account of SAD	423
Cytogenetic investigation	250

Physical development of children was estimated by the method of percentiles, which most strictly and objectively reflects distribution of attributes among children [14].

Clinical, functional and laboratory examination was carried out to all children. Complaints and anamnesis (history of illness development) were specified during conversation with children and on the basis individual medical card of children's development data. The absence of anamnesis data about such diagnoses as alcoholic, diabetes and infectious embryo-, fetopathy in the newborn period and hereditary diseases were specified. Data about parents' health and age, professional harmfulness, pregnancy course and delivery, nutrition character were obligatory taken into account. It is necessary to note, that according to analysis of individual medical cards of development the information about pathology of any system were registered only in 16,0 % of surveyed children before the present hospitalization.

Ultrasound examination (USE) of peritoneal cavity organs, oesophagogastrroduodenoscopy (OGD), Echoencefalography, electroencefalography (EEG), radiography methods, electrocardiography (ECG), echocardiography, laboratory analysis: common analysis of blood (CAB), common analysis of urine (CAU), biochemical analysis of blood (BAB) coprology analysis, consultations of neurologist, oculist, gastroenterologist, nephrologist, cardiologist, genetics specialist, pulmonologist, otorhinolaryngologist, endocrinologist, allergologist, dermatologist children's gynecologist were carried out to all children in accordance with the regulations of the Ethical protocol.

The received data after clinical and functional examination of children were registered in the numbered individual medical genetic cards developed on pediatric department of the Kazakh National Medical University. Account of SAD was carried out according to the unified spectrum of attributes recommended by the Conference of Medical Genetics at Minsk in 1982.

100 children from the Semipalatinsk nuclear ex-range, 100 children from the Aral Sea region and 50 children of control group are studied by cytogenetic method. Control cytogenetic parameters recommended by the WHO are used [15]. Cytogenetic investigation included cultivation of lymphocytes by macro method according to the standard technique in the experimental mutagenesis laboratory of the Institute of Common Genetics and Cytology of Ministry of Education and Science of Republic Kazakhstan [16].

Statistical processing of research results was carried out by the standard methods in variation statistics.

Results. As a result of profound clinical laboratory and functional examination the structure of chronic pathology in all age groups of surveyed children is revealed. The basic pathology in compared groups of children is disease of gastrointestinal tract: 100 % - region of Semipalatinsk nuclear ex-range, 99%- the Aral Sea region. The most frequent pathology of gastrointestinal tract among children from the basic groups are diseases of stomach and duodenum: 93,3 %- region of Semipalatinsk nuclear ex-range, 79,8% - the Aral Sea region.

Chronic diseases of otorhinolaryngological organs have the second place among somatic pathology of children from the surveyed group: Semipalatinsk nuclear range - 72,5 % and the Aral Sea region- 80,3 %.

Pathology of central nervous system is on the third place in both basic groups: region of Semipalatinsk nuclear ex-range – 56,7 % and the Aral Sea region – 58,6 %.

Diseases of urinary system in the structure of children's pathology of the Aral Sea region are on the fourth place - 50,7 %, and on sixth place in group of children from the region of Semipalatinsk nuclear ex-range - 16,7 % ($p < 0,001$).

Pathology of cardiovascular system is found in 38,3 % of children from the region of Semipalatinsk nuclear ex-range (fourth place) and in 49,3 % of children from the Aral Sea region , that corresponds to the fifth place.

Endocrine pathology is registered in identical percent as in children from the region of Semipalatinsk nuclear ex-range (22,5 % - fifth place), and in children of the Aral Sea region (22,2 % - sixth place), basically, and characterized by various infringements of thyroid gland functions.

Pathology of respiratory system takes the seventh place in the structure of chronic pathology in the region of Semipalatinsk nuclear ex-range (9,2 %) and sixth place (47,8 %) ($p < 0,001$) in the Aral Sea region. It is represented by chronic bronchitis in both studied groups.

The high frequency of tubercular infection is registered in children from the Aral Sea region - 39,9 %, in comparison with children from the Semipalatinsk region - 1,7 % ($p < 0,001$).

Congenital malformations of development (CMD) are registered with equal frequency in children from the Semipalatinsk nuclear ex-range (16,7 %) and in children from the Aral Sea (12,8 %) region and this parameter is authentically higher than similar parameter of the comparison group (6,0 %) (Fig.1).

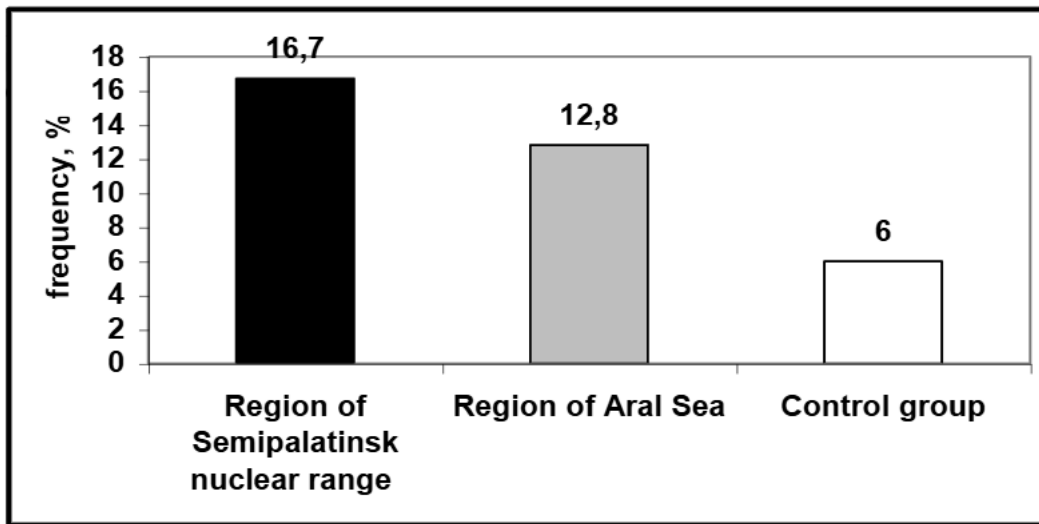


Figure 1 - The frequency of congenital malformations of development in surveyed children

Malformations of mesenchymal genesis prevail in the structure of CMD of children from both basic groups. At the same time malformations of urinary system prevail in children of Semipalatinsk nuclear ex-range region (35,0 %), and congenital malformations of heart in children of the Aral Sea region (76,9 %). CMD of locomotorium apparatus authentically are more often ($p < 0,05$) registered in children living in the Semipalatinsk nuclear ex-range region (35,0 %) in comparison with group from the Aral Sea region (7,7 %). 15,0 % of children living on territories polluted by radiating factors have combined CMD. Children from the Aral Sea region have not combined CMD.

Three and more chronic diseases are revealed authentically more often in children from the Semipalatinsk nuclear ex-range region (66,7 %) and from the Aral Sea region (61,6 %) than in group of comparison (46,0 %).

The average value of SAD children living in the Aral sea region (11,98±0,24) is higher than average value of SAD in

children from the Semipalatinsk nuclear ex-range region (8,94±0,27). The similar parameter of children from comparison group is 4,05±0,17 (Fig. 2).

The following list of SAD most frequently is registered in children of the Semipalatinsk nuclear ex-range region and in children from the Aral Sea region: SAD of skin (83,3% и 91,6%); SAD of palate (75,8% и 94,6%); limbs and joints; SAD of hair (64,5 % and 50,0 %); SAD of skull (64,5 % and 40,8 %); SAD of ears (70,4 % and 30,8 %); SAD of teeth (78,8 % and 44,2 %). Thus, SAD of connective tissue prevail in children from both regions.

Frequency of "internal" SAD considerably does not differ in children of the basic groups (Semipalatinsk nuclear ex-range region (16,7%) and the Aral Sea region (16,3%)), but exceeds the similar parameter in children of control group (6,0 %) ($p < 0,02$ and $p < 0,01$).

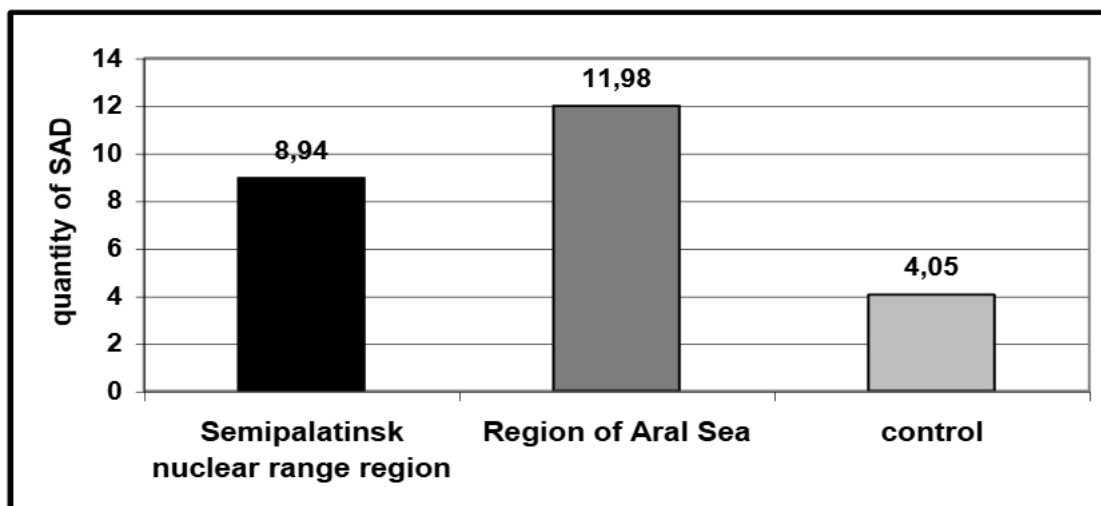


Figure 2 - The average quantity of SAD in children of surveyed groups

SAD of heart more often registered in the SAD structure of internal organs of the basic groups children: Semipalatinsk nuclear range ex-region (70,0%) and the Aral Sea region (78,8 %). They are represented by: additional chord of left

ventricle and prolapse of the mitral valve. SAD of gall bladder such as strangulations in the field of the gall bladder body and isthmus, change of the gall bladder form are diagnosed less often in children living near Semipalatinsk

nuclear ex-range region (50,0%) and in children from the Aral Sea region (15,1%) ($p < 0,01$). 20,0 % of children of Semipalatinsk nuclear ex-range region have combination of several "internal" SAD. Children of the Aral Sea region have not combinations of SAD. Combination of internal organs SAD is determined only in 20,0 % of children living in the Semipalatinsk nuclear ex-range region and in 6,1 % of children living in the Aral Sea region.

The increased level of SAD, especially in combination with increased frequency of CMD in children living in ecologically unfavorable regions can testify not only about teratogenic or damaging effect of chemical combination and radiation of

fetus development, but also about mutagenic effect, that is ability to cause mutations in somatic cells.

Cytogenetic investigation has determined presence of chromosomal aberrations in more than in half of children living in the Semipalatinsk nuclear range region (61,0%) and in the Aral Sea region (66,0%). Whereas this infringement is registered only in 34,0 % of children from control group ($p < 0,01$ and $p < 0,001$ accordingly). Distribution of children with chromosomal aberrations in accordance with sex has not revealed authentic distinctions. Spectrum chromosomal aberrations are submitted in the table 2.

Table 2 - Spectrum chromosomal aberrations in children of the surveyed groups

Category of aberrations	Frequency of aberrations (% , $M \pm m$) in children			
	Semipalatinsk nuclear range region	Aral Sea region	Control group	WOH
Common frequency of aberrations	<u>1,86 ± 0,09</u>	<u>1,90 ± 0,09</u>	<u>0,62 ± 0,07</u>	<u>0,90 ± 0,09</u>
Aberrations of a chromosomal type:	<u>0,47 ± 0,04</u>	<u>0,30 ± 0,03</u>	<u>0,10 ± 0,03</u>	<u>0,34 ± 0,06</u>
Pair acentric fragments	<u>0,32 ± 0,03</u>	<u>0,22 ± 0,03</u>	<u>0,10 ± 0,03</u>	<u>0,34 ± 0,06</u>
Acentric rings	<u>0,01 ± 0,01</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Dicentrics	<u>0,12 ± 0,02</u>	<u>0,06 ± 0,01</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Translocations	<u>0,02 ± 0,01</u>	<u>0,02 ± 0,01</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Aberrations of chromatide type:	<u>1,39 ± 0,08</u>	<u>1,60 ± 0,08</u>	<u>0,52 ± 0,07</u>	<u>0,57 ± 0,07</u>
Single fragments	<u>1,31 ± 0,08</u>	<u>1,51 ± 0,08</u>	<u>0,52 ± 0,07</u>	<u>0,57 ± 0,07</u>
Exchanges	<u>0,03 ± 0,01</u>	<u>0,03 ± 0,01</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Deletions	<u>0,05 ± 0,01</u>	<u>0,06 ± 0,01</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Study of interrelation between chronic diseases, CMD, SAD and chromosomal instability was the obligatory condition for development of optimum methods of forecast of health status of children living in various ecologically unfavorable regions. The more high level of SAD is revealed in children having three and more chronic diseases from both unfavorable regions: Semipalatinsk nuclear ex-range region ($r=0,86-0,96$) and the Aral Sea region ($r=0,91-0,96$).

Children living near Semipalatinsk nuclear ex-range region have direct strong connection between quantity of SAD and

pathology of central nervous system ($r=0,92$) and pathology of cardiovascular system ($r=0,94$). Children of Aral Sea region have direct strong connection between quantity of SAD and pathology of urinary system ($r=0,76$). That possibly testifies to distinction of pollution nature.

There is correlative dependence between the level of chromosomal aberrations and quantity of chronic diseases ($r=0,99$ and $r=0,99$ accordingly) (Fig.3).

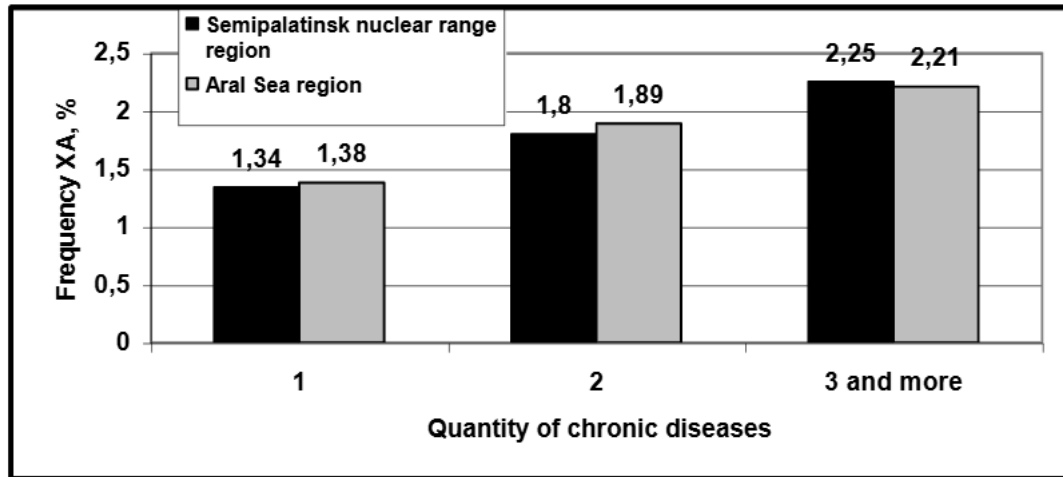


Figure 3 - Frequency of chromosomal aberrations in children's groups with different quantity of chronic diseases.

Changes in genetic apparatus are the one of the reasons not only of CMD formation, but also of SAD development. The established interrelation between SAD quantity and chromosomal aberrations frequency has shown, that

children living in Semipalatinsk nuclear ex-range region have high level of chromosomal aberrations frequency (2,18%) - 7-9 SAD, whereas among children living in Aral Sea region (2,21%) this parameter is 10-12 SAD (Fig. 4).

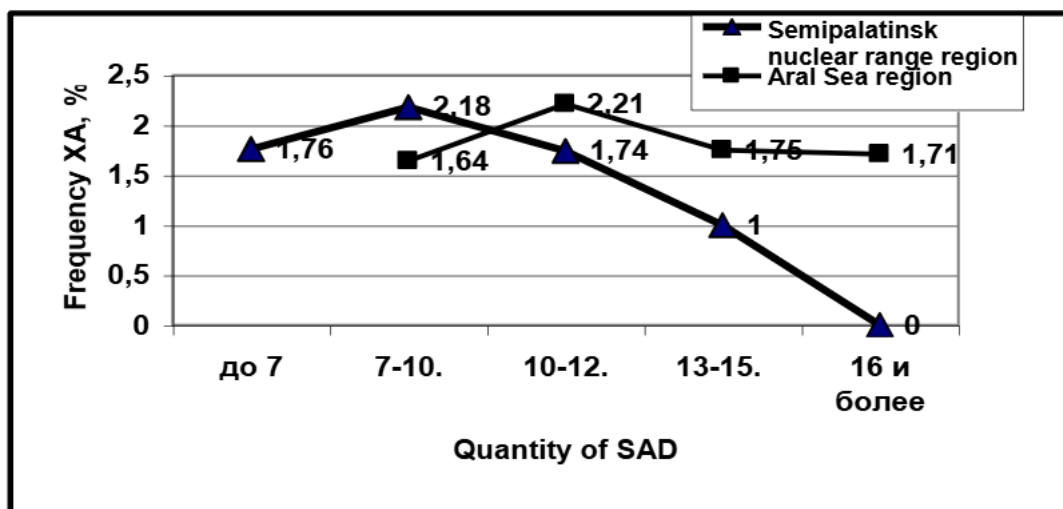


Figure 4 - Frequency of chromosomal aberrations in surveyed children with different quantity of SAD.

Discussion. Results of the carried out combined clinical genetic examination of children living in various ecologically unfavorable regions of Republic of Kazakhstan, have determined presence of essential changes in the health status such as chronic diseases, CMD, increased level of SAD and increased quantity of common frequency of chromosomal aberrations.

Pathology of intestinal tract organs and otorhinolaryngological diseases prevails in the structure of chronic diseases of both basic groups children. Children of the Aral Sea region have prevalence of urinary tract and respiratory system diseases. Three and more chronic diseases are revealed authentically more often-in children from the Semipalatinsk nuclear ex-range region and from the Aral Sea region than in children of control group.

SAD average value of children living in the Aral Sea region exceeds in 1,3 times of SAD average value of children living in Semipalatinsk nuclear ex-range region.

Method of combined clinical laboratory and cytogenetic examination has allowed estimating status of genetic health of children living in Semipalatinsk and in the Aral Sea regions. The general frequency of chromosomal aberrations practically does not differ in children from ecologically unfavorable regions, and three times higher than similar parameter in control group children. Children living in various ecologically unfavorable regions have distinctions in the spectrum of chromosomal damages and aberrations of stable type. In addition to that, they have cells with multiple chromosomal damages, which were not registered in the control group.

Children living in various ecologically unfavorable regions have interrelation between of chronic diseases quantity, SAD and cytogenetic parameters. The more high level of small anomalies of development is revealed in children having three and more chronic diseases from both ecologically unfavorable regions.

Thus combined clinical-genetic analysis including estimation of organs and systems functional condition, quantitative and qualitative characteristics of small anomalies of development and frequency of chromosomal aberrations is

an optimum method of forecast of combined chronic pathology development and chromosomal damages in children living in various ecologically unfavorable regions.

REFERENCES

- 1 Health for all in 21st century. European series on achievement of health for everything. WHO. Copenhagen. – 1999. – 6. – 310p.
- 2 Z. H. Mazhitova, Environmentally sensitive diseases in children (clinic, pathomorphogenesis, diagnosis, treatment, rehabilitation): monograph / edited by Professor Z.H. Mazhitova. – Almaty: 2007. – 400 p.
- 3 Order of the Supreme Body of Republics of Kazakhstan "About urgent measures concerning of ecological and social-economic problems solution in the Aral Sea region ". Kazakhstan truth. – 1990. – 123. – 3 p.
- 4 A. Sakaguchi, M.Yamamoto, M.Hoshi, K.N.Apsalikov, B.I.Gusev. Pu isotopes and 137Cs in Dolon settlement near the Semipalatinsk Nuclear Test Site: About 50 years after the first nuclear weapon testing. Journal of Radioanalytical and Nuclear Chemistry, Vol.260, No 3. – 2004. – P.543-555.
- 5 Z. Mazhitova, S. Jensen, M. Ritzen and R. Zetterstrom Chlorinated contaminants, growth and thyroid function in schoolchildren from the Aral Sea Region in Kazakhstan. Acta Paediatrica. – 1998. – 87. – P. 991-995.
- 6 T.Saybekov, M.S. Syrgabaeva, R.T. Dzhumasheva, J.N. Makenov Radioactive contamination in Kazakhstan, caused by technological activity // Astana meditsinalyқ magazines. - 2005. - № 3. - P.135-139.
- 7 Low dose radiation: Biological Bases of Risk Assessment // Ed. K. F. Baverstock, J.W. Staner. Taylor and Francic.–London. New York. Philadelphia. – 1989. – 606 p.
- 8 Shimizu Y., Schull W.J., Kato H. Cancer risk among atomic bomb survivors. the RERF Life Span Study. JAMA. – 1990. – 264. – P. 601-604.
- 9 Sveatova G.S. Medical genetic consequences of long influence of small dozes of radiation in populations of Semipalatinsk region. Radiating safety and social - ecological problems of Kazakhstan. - Almaty-Karaganda: 1998. – P. 195-201.
- 10 Brandon M.S. Crosslink International. Final Reports. The results of studi – the prevalence and Causes of anemia in Muynak District. Karakalpakstan. – Uzbekistan: 1994. – 7p.
- 11 Dukhovny, V. and V.I. Sokolov. Integrated Water Resources Management in the Aral Sea Basin, 2008.
- 12 Scientific-Information Center of the ICWC, TashkentThe international statistical classification of illnesses and problems connected to health of the tenth reconsideration. WHO. – Geneva: 1995. - V.2.
- 13 The report of the Ministry of natural resources and protection of an environment. – Almaty: 1996. – 238p.
- 14 The interregional specifications of a rating of length and weight of a body of children developed by expert Advice on the age specifications and the standards of physical and biological maturing of children at Senior management of protection mothers and childhood the Ministries of public health services USSR as the methodical instructions № 05-14/2-14 from 03. - 1990.
- 15 Souchkevitch G.N., Tsyb A.F. Health consequences of the Chernobyl accident. Results of the IPHECA pilot projects and related national programmers. Scientific Report. – M.: 1996. – 519p.
- 16 Moorhead P.S., Nowell P. C., Mellman W. J. et all. Chromosome preparations of leucocytes cultured from human periferal blood. Exper. Cell. Res., 1960. - V.20. - P.613-16.

С.В.ЧОЙ

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ АПАТ АЙМАҚТАРЫНДА ТҰРАТЫН БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ АНАЛИЗИ

Түйін: Экологиялық апат аймақтарында тұратын балалар денсаулығының салыстырмалы клиникалық-генетикалық көрсеткіштерін анализден өткізу арқылы, көптеген созылмалы патологиялар мен хромосомды зақымдануларды болжаудың ең оптимальды тәсілдерін тауып жүзеге асыру.

Түйінді сөздер: балалар, экологиялық апат аймақтары, көптеген созылмалы патологиялар, хромосомды зақымданулар, шағын аномалиялардың анықталуы

С.В.ЧОЙ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ

Резюме: Проведен анализ клинико-генетических показателей здоровья детей, проживающих в регионах с различной характеристикой экологического неблагополучия, для разработки оптимальных методов прогноза развития хронической сочетанной патологии и хромосомных повреждений.

Ключевые слова: дети, экологическое неблагополучие, хронические болезни, малые аномалии развития (МАР), хромосомные aberrации

УДК 159.9(075.8)

А.А. АШИМОВ, С.А. АКНАЗАРОВ, М.Т. МЕРГЕНБАЕВА

*Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова, кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии, г.Алматы***ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ КАК ВАЖНЕЙШАЯ ФОРМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ***Психодиагностика – это область психологической науки и одновременно важнейшая форма психологической практики, которая связана с разработкой и использованием разнообразных методов распознавания индивидуальных психологических особенностей человека.**Проективный метод ориентирован на изучение неосознаваемых (или не вполне осознаваемых) форм мотивации. Его преимуществом является то, что он – едва ли не единственный собственно психологический метод проникновения в наиболее интимную область человеческой психики.***Ключевые слова:** психодиагностика, психика, мотивация

Психодиагностика – это область психологической науки и одновременно важнейшая форма психологической практики, которая связана с разработкой и использованием разнообразных методов распознавания индивидуальных психологических особенностей человека.

Хотя понятие «психодиагностика» появилось впервые лишь после публикации Г. Роршаха в 1921 г., эта специальная дисциплина стала выделяться в самостоятельную отрасль науки уже в начале XX в. Практическое использование психодиагностических методов насчитывает почти восемьдесят лет. Широкая популярность тестов связана с тем, что практические психологи увидели инструмент, позволяющий проникнуть в особенности психики человека, измерить уровень его способностей и предсказать поведение.

Проблемы психодиагностики входят в число важнейших проблем применения психологических знаний в различных областях человеческой практики с целью всестороннего развития личности. Психодиагностика занимает промежуточное положение среди других психологических дисциплин. Она представляет собой как бы связующее звено между общей и прикладной психологией, а по отношению к психодиагностическим методам выступает в качестве общей основы, объединяющей все области их практического применения.[1]

Психодиагностика – и теоретическая дисциплина, и сфера практической деятельности психолога. Как теоретическая дисциплина общая психодиагностика рассматривает закономерности вынесения валидных и надежных диагностических суждений, правила «диагностических умозаключений», с помощью которых осуществляется переход от признаков или индикаторов определенного психического состояния, структуры, процесса к констатации наличия и выраженности этих психологических «переменных». Иногда такие правила сравнительно просты, иногда довольно сложны, в одних случаях «встроены» в сам диагностический инструмент, в других – требуют особой работы с диагностическими показателями: стандартного сравнения профилей, расчета интегральных показателей, сопоставления с альтернативными диагностическими пробами, экспертной интерпретации, выдвижения и отбрасывания гипотез. Как теоретическая дисциплина, психодиагностика имеет дело с переменными и постоянными величинами, характеризующими

внутренний мир человека. Психодиагностика с одной стороны, это способ проверки теоретических построений, а с другой – конкретное воплощение теоретических построений – способ движения от абстрактной теории, от обобщения к конкретному факту.[2]

"Проекция" как психологический термин введена в научный оборот З.Фрейдом. Имеется четыре точки зрения на проекцию:

1. Классическая проекция. В понимании Фрейда – это защитный механизм, используемый бессознательной сферой "Я", посредством которого внутренние импульсы и чувства неприемлемы в целом для личности, приписываются внешнему объекту, и тогда проникает в сознание как измененное восприятие внешнего мира".

2. Атрибутивная проекция. В основе этого понимания проекции лежит приписывание собственных мотивов, чувств, черт личности другим людям.

3. Аутическая проекция. Название этой проекции возникло в процессе экспериментального изучения порога узнавания различных объектов. Было доказано, что изображение пищи раньше узнают голодные, а затем сытые, и этот эффект называли "аутизмом". Происходит понижение не только порога узнавания, но и проецирования собственных потребностей. Неудовлетворение потребности любого вида при определении степени ее усиления и конкретизации ведет к включению содержания потребности в процесс воображения, а также сновидения. Важную роль играет ожидание удовлетворения потребности. Аутическая проекция основывается на модификации воспринимаемых человеком явлений согласно собственным потребностям.

4. Рационализирующая проекция близка к классической, но в данном случае личность отдает себе отчет в своем поведении.

Впервые понятие проекции для обозначения определенной группы методов ввел Фрэнк (1939 г.). Он считал, что назначение этих методов – исследование внутренней сферы каждого индивида, которая может быть рассмотрена как способ организации жизненного опыта. Они позволяют обнаружить те стороны личности, которые практически не обнаруживаются при использовании традиционных экспериментальных методов.

В связи с возрастающей потребностью в прикладных психологических исследованиях личности проективные

методики стали широко использоваться во многих областях психологической практики. Однако не всегда их применение оправдано задачами конкретного исследования, а получаемые результаты интерпретируются в категориях, адекватных представлениям о личности, сложившимся в отечественной психологии. Проективные методы исследования личности, вероятно, - одна из наиболее сложных и противоречивых областей психологической психодиагностики. Это касается практически всех аспектов: конструирования проективных тестов, их адаптации, апробирования и применения, обучения квалифицированных специалистов для работы с ними. Устойчивый интерес психологов к проективной диагностике сохраняется уже более полувека. Различные проективные методики широко используются в практике исследования личности во всех областях современной психологии. С их помощью не только получают какие-либо знания о личности. Нередко они служат рабочим инструментом для проверки тех или иных теоретических положений.

О важности места, которое проективные методики занимают в современной психодиагностике, свидетельствуют регулярно проводимые в течение многих лет международные конгрессы, созданные во многих странах специальные научные институты и общества, публикуемые на разных языках периодические издания. На формирование проективного подхода к диагностике личности оказали (и оказывают) влияние разные, порой противостоящие друг другу психологические теории. Каждая из них в той или иной мере наложила свой отпечаток на понимание сущности проективного процесса, осмысление, интерпретацию диагностических данных. В итоге фактически образовалась особая область психологических исследований, которая выходит за рамки психодиагностики и имеет общепсихологическое значение.

Традиционно считается, что исследованиями, предвосхитившими создание проективных тестов, были работы В. Вундта и Ф. Гальтона.[3] Именно им принадлежит честь первого использования метода свободных ассоциаций. Также в этом направлении работали такие психологи как: К.Г. Юнг, Г. Кент и А. Розанов, Д. Рапапорт, Герман Роршах, В.В. Абрамов, Дж. Келли, Д. Кроут, Т. Канн и другие.

«Проективные методики направлены на экспериментальное исследование тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению или опросу». Среди диагностируемых качеств могут быть названы интересы и установки личности, мотивация, ценностные ориентации, страхи и тревоги, неосознаваемые потребности и побуждения и пр. Основное отличие данного метода исследований заключается в возможности раскрыть субъективные причины поведения человека. Часто эти причины неосознанны, и понять их достаточно трудно. В этой ситуации на помощь исследователю приходит проективный метод и составляющие его проективные методики, которые раскрывают мысли и отношения исследуемого на подсознательном уровне, на котором участникам не дается контролировать свои мысли, чувства и эмоции.

Проективные методики основываются на едином психологическом механизме «проекции», который анализировали Фрейд и Юнг. Суть проекции заключается

в невольном приписывании другим людям тех качеств и желаний, которые присущи самому человеку, но в которых человек сам себе не признается, подавляя их [4]. Бессознательные переживания, порожденные неосознаваемыми влечениями человека, доступны объективной диагностике, так как отражаются в характере быстрых словесных ассоциаций, произвольных оговорок, в содержании сновидений, фантазий, в определенных ошибках слички, в особенностях рисунков или восприятия неопределенных рисунков. Первое описание процесса проекции в ситуации со стимулами, допускающими их различную интерпретацию, принадлежит известному американскому психологу Г. Мюррею (1938). Он рассматривает проекцию как естественную тенденцию людей действовать под влиянием своих потребностей, интересов, всей психической организации. По сути, это первое приложение понятия проекции к психологическому исследованию. При этом Г. Мюррей, хорошо знакомый с психоаналитическими работами, считал, что защитные механизмы в процессе проекции могут проявляться, а могут и не проявляться. До этого времени теоретическая концепция проекции в том виде, в котором она применима к исследованию личности, не формулировалась.

Проективные методики (от лат. *projectio* - выбрасывание вперед) - совокупность методик, направленных на исследование личности и разработанных в рамках проективного диагностического подхода. Термин «проективные» был впервые использован Л. Френком в 1939 г. для объединения уже известных к тому времени, но, казалось бы, таких чрезвычайно далеких друг от друга методических приемов, как ассоциативный тест Юнга, тест Роршаха, ТАТ и других. [5]. Полное исследование Л. Франка, опубликовано в 1948 г. (Frank, 1948).

Проективные методики подразделяются на:

Конститутивные, где необходимо структурировать предлагаемые стимулы, наделяя их смыслом (тест чернильных пятен Роршаха, тест облаков)

Интерпретативные – интерпретация, объяснение некоторой ситуации, события (тест фрустрации американского психолога С.Розенцвейга, Тест апперцепции тематической (ТАТ));

Конструктивные – создание из разрозненных оформленных деталей единого целого (тест Мира);

Катартические (греч. *katharsis* – очищение) – выражение определенной идеи, чувства через игру, организованную в специальных условиях (психодрама, проективная игра);

Аддитивные (методики дополнения), где требуется продолжить рассказ, предложение и т.п. («Незавершенные предложения», ассоциативный тест Юнга);

Анализ продуктов творчества, в основном, рисования («Дом. Дерево. Человек», «Несуществующее животное»);

Изучение экспрессии – анализ почерка, особенностей общения (методика Мира-и-Лопеца);

Импрессивные, основаны на предпочтении одних стимулов другим как наиболее желательных (тест Люшера).

В таких видах психологического исследования, как тестирование, опрос очень сложно определить проблему, являющуюся актуальной для человека, именно в связи с тем, что бессознательное (в широком смысле этого слова) не может полноценно проявить себя, поэтому получаемые результаты ограничиваются

исключительно сознательными убеждениями – как собственными, так и социально обусловленными. Эта проблема решается в проективных методиках благодаря особой организации используемого в них материала и подхода к проведению диагностики.

Бурлачук предлагает группы проективных методик:

- 1) аддитивные – завершение предложения, рассказа, истории;
- 2) импрессивные – предпочтение одних стимулов (как наиболее желательных) другим (тест Люшера – выбор цвета);
- 3) конститутивные – структурирование, оформление стимулов, придание им смысла (тест Рорхаха);
- 4) конструктивные – создание из оформленных деталей осмысленного целого (тест Мира);
- 5) экспрессивные – рисование на свободную или заданную тему (дом, дерево, человек, семья и другие).

Проективные методы позволяют на основании ответов испытуемого делать заключение о чертах его личности. Проективные методы психолог Крег предлагает использовать как "методы исследования психических симптомов".

В настоящее время за рубежом проективные методы исследования личности применяются во всех отраслях современной психологии. Применение проективных методов в нашей стране до недавнего времени ограничивалось только клиническими исследованиями, но в последние годы они получают широкое распространение.

Можно выделить несколько характеристик, описывающих специфику проективных методик:

Направленность на целостное изучение личности. Проективные методики не описывают какую-то отдельную функцию личности, потому их нельзя, подобно тестам, разделить на исследующие мотивационную или, например, интеллектуальную, сферу. Хотя некоторые современные варианты, модификации оригинальных методик претендуют на это в связи с тем, что изучать личность в целом не всегда представляется необходимым.

Неоднозначность предлагаемого стимульного материала или инструкции. Испытуемый наделяет объективно бессмысленный материал тем смыслом, который близок ему. Так, мать, недавно поссорившаяся с дочерью и переживающая это, на размытой картинке вероятней всего увидит близкую к этому ситуацию. При этом очевидно, что стимульный материал не должен быть безразличен испытуемому: нашей героине было бы бесполезно предлагать проинтерпретировать карточку, на которой изображены, например, работающие строители.

Отсутствие оценки со стороны экспериментатора и, вследствие неопределенности материала,

невозможность оценить свои действия как «правильные» или «неправильные». Испытуемый оказывается свободным от необходимости соответствовать требованиям социума, экспериментатора, даже своим собственным, что приводит к большей его открытости и создает необходимые условия для возникновения механизма проекции.

Проективный метод, согласно Фрэнку, это такой прием исследования личности, в котором испытуемого помещают в ситуацию, реакцию на которую он осуществляет в зависимости от значения для него этой ситуации, от его мыслей и чувств.

Наиболее характерным свойством проективных методов является то, что используемый стимульный материал неоднозначен, неопределен, ответы не могут быть оценены как "правильные" или "неправильные".

Можно выявить общие черты проективных методов:

- 1) неопределенность, неоднозначность стимулов;
- 2) отсутствие ограничений в выборе ответа;
- 3) отсутствие оценки ответов.

В статье рассмотрены теоретические и практические понятия психодиагностики, основные психологические характеристики проективных методик.

Мы выяснили, что проективный метод ориентирован на изучение неосознаваемых (или не вполне осознанных) форм мотивации. Его преимуществом в этом своем качестве является то, что он - едва ли не единственный собственно психологический метод проникновения в наиболее интимную область человеческой психики. Проективные методики практически универсальны в отношении возрастных категорий. Один из огромных «+» – это возможность их использования начиная с дошкольного возраста и заканчивая преклонным.

Нами были рассмотрены классификации проективных методик Франка и Г.М. Прошанского. Классификация Франка, несмотря на обилие других, с предложенными позднее изменениями и дополнениями является сегодня наиболее полно характеризующей проективную технику. Изучив особенности использования и специфику проведения проективных методик, мы определили, что использование проективных методик имеет ряд требований и правил проведения, от которых напрямую зависит эффективность применения данных методик. Очень важным фактором для интерпретации данных, полученных с помощью проективных методик, является сам интерпретатор. В мировой практике считается, что адекватно интерпретировать данные, полученные с помощью проективных методик, может профессионал, имеющий психологическое или социологическое образование и опыт проведения качественных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Психологическая диагностика в практике врача. – СпецЛит, 2008г. – 89 с.
- 2 Абрамова Г.С. Практическая психология: Учебник для вузов. – М.: Академический проект, 2000. – 512 с.
- 3 Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. – СПб.: Питер, 2002. – 352с.
- 4 Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь – справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999г. – 528с.
- 5 Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика.– СПб.: Речь,2000. – 440 с.
- 6 Богомолова Н.Н., Мельникова О.Т., Фоломеева Т.В. Фокус-группы как качественный метод в прикладных социально-психологических исследованиях// Введение в практическую социальную психологию. Учебное пособие для ВУЗов. - М.: 1994. - С. 193-196.
- 7 Гурджи И.А. Проективные методики в качественных исследованиях// Практический маркетинг. - 2000. - №1. – С. 25-30.
- 8 Доррер, М. Имитация психологической интуиции с помощью искусственных нейронных сетей. - М.: 2008 Зырянова Н. Проективные методики для скрытого тестирования. // Кадровый менеджмент. - №2 (6). - 2003.
- 9 Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. Методическое руководство. – М.: Смысл, 1998. – 270 с.

ПСИХОДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ТҰЛҒАНЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕНІҢ МАҢЫЗДЫ ФОРМАСЫ РЕТІНДЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Психодиагностика – адамның жеке психологиялық ерекшеліктерін зерттеуде әртүрлі әдістерді ойлап табумен қатар қолданылатын психологиялық ғылым және психологиялық тәжірибе саласының ауқымды бір тармағы.

Жобалық әдіс санадан тыс (немесе санаға толық бағынбайтын) мотивацияның түрлерін зерттеуге бағытталған. Бұл әдістің артықшылығы адамның психикасының жасырын тұстарын зерттеудегі бірден-бір жалғыз әдістердің бірі болып табылады.

Түйінді сөздер: Психодиагностика, жеке, психологиялық, жобалық, жасырын, психика мотивация, санадан тыс.

A.A.ASHIMOV, S.A.AKNAZAROV, M.T.MERGENBAYEVA

*S.J.Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction, Almaty*

PSYCHODIAGNOSTICS AND PROJECTIVE METHODS OF PERSONALITY STUDY AS AN IMPORTANT FORM OF PSYCHOLOGICAL PRACTICE

Resume: Psychognosis - an area of psychology and at the same time the most important form of psychological practice that is associated with the development and use of various methods of recognition of individual psychological characteristics of a person. The projective method is focused on the study of unconscious (or not fully conscious) forms of motivation. Possibly, it is an advantage that it is the only proper method of the psychological penetration into the most intimate area of the human psyche.

Keywords: Psychognosis, individual, psychological, projective, intimate, mind motivation, unconscious

УДК 615.28:[616.381002+616.94

И.М.КАЛЬМЕНЕВА, Л.Б. АЯГАНОВА, А.Ж.ДОСЫБАЕВА

ДИФОСФОЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Инсульт – одна из наиболее важных медико–социальных проблем и служит причиной смерти, а также часто является причиной инвалидизации больных.

Проведено исследование эффективности Дифосфоцина у 19 больных с ишемическим инсультом. Препарат назначался в дозе 1000,0 мг внутривенно капельно 2 раза в день в течение 14 дней. Среди них было 11 мужчин и 8 женщины. Средний возраст больных был 38 - 50 лет.

На фоне лечения Дифосфоцином отмечалось улучшение движений в паретичных конечностях, значительное уменьшение чувствительных, координаторных нарушений, нормализация сознания и жизненно-важных функций.

Ключевые слова: ишемический инсульт, метаболизм мозга, Дифосфоцин

Предпосылки. Инсульт — самый частый синдром в неврологической практике и является лидирующей причиной инвалидности населения. Проблема церебрального ишемического инсульта сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности, стойкой тенденцией к «омоложению» контингента больных. Нерешенная проблема неврологического лечения приводит к неспособности пациента с цереброваскулярным повреждением головного мозга (инсультом) вести полноценный образ жизни, эффективно работать, адекватно воспринимать и удерживать информацию; у пациента рушатся связи, сужается круг общения, резко понижается социальный статус. А зачастую такое заболевание лишает человека способностей к элементарному самообслуживанию, родные и близкие такого неврологического больного в течение многих лет обречены на уход за беспомощным родственником.

В настоящее время в мире все больше признают, что инсульт – заболевание в значительной степени предотвратимое, и при правильном лечении имеет куда менее трагические последствия – однако смертность от него остается высокой. Таким образом, сейчас пришло время принятия неотложных мер. При оказании медицинской помощи пациентам, перенесших инсульт, вне зависимости от его вида существует ряд терапевтических задач: 1) восстановление структуры и функций мозга после инсульта; 2) восстановление сосудистого русла в участке мозга с нарушенным кровообращением (зона инсульта).

Достижения клинической медицины позволяют в настоящее время оказывать эффективную помощь пациентам с самыми тяжелыми формами сосудистых страданий, базируясь на применении целого арсенала современных фармакологических средств. Значительный рост частоты ишемического инсульта, в том числе у лиц трудоспособного возраста, приводящий к потере трудоспособности пациента и частым

летальным исходам, определяет актуальность создания и применения новых лекарственных препаратов для его лечения, в том числе и нейропротекторов. Терапевтическая тактика: в ответ на снижение уровня кровотока является еще можно более быстрое восстановление фармакологическими или механическими способами.

У больных с ишемическим инсультом происходит изменение окислительно –восстановительных процессов, угнетение оксидантной системы, нарушение фосфолипидного обмена на уровне клеточных мембран и депрессия отдельных нейромедиаторных систем , в частности ГАМК-ергических.

Патогенетическое лечение ишемического инсульта в остром периоде включает нейропротективную терапию. Цель нейропротекции – предотвратить гибель нейронов в пenumбре вследствие эксайтоксичности, воспаления и апоптозоподобных процессов. Нейропротекция, или метаболическая защита мозга, используется для лечения ишемического инсульта как на догоспитальном – при появлении первых симптомов заболевания, так и на госпитальном этапе. Реальную доказательную базу имеют очень немногие препараты, обладающие нейропротективным действием. С этой точки зрения несомненный интерес представляют данные об использовании Дисфоцин (цитиколина).

Дифосцин (натрия цитидиндифосфтолин) представляет соединение, которое в норме присутствует во всех клетках человеческого организма. Он состоит из цитидина и холина, связанных дифосфатным мостиком и является необходимым промежуточным соединением в синтезе фосфатидилхолина, основного мозгового фосфолипида, в пути синтеза фосфолипидов (путь Кеннеди). Холин, входящий в состав цитиколина, служит основой для образования ацетилхолина, дефицит которого в головном мозге имеет большое значение в развитии расстройств нейромедиаторного гомеостаза и появления очаговой неврологической патологии. Дифосфоцин в/в введении.

Дифосфоцин

Действие	Функция
Входит	в состав клеточной мембраны
Активизирует	структуры ретикулярной формации мозга энергетические процессы в нейронах
Стимулирует	синтез структурных фосфолипидов мембран нейронов гликолитические процессы
Участвует	в синтезе ацетилхолина
Повышает	уровень нейромедиатора дофамина, серотонина, норадреналина в ЦНС
Улучшает	функции мембран

	функционирование ионообменных процессов насосов и нейрорецепторов
	мозговой метаболизм
	холинергическую передачу
	церебральный кровоток
	когнитивные функции
	память
	способность выполнять обычные действия
Уменьшает	потерю фосфатидилхолина
	отек мозга
	объем поврежденной ткани
	выраженность симптомов церебральной дисфункции
	сенситивные расстройства
	двигательные нарушения
	уровень амнезии
	эмоциональную лабильность
Восстанавливает	сознание
Усиливает	эффект леводопы

Цель: Оценка клинической эффективности и переносимости Дифосфацина при лечении ишемического инсульта в остром периоде.

Методы и материалы: Обследованы 19 пациентов с ишемическим инсультом, находившиеся на стационарном лечении в НСО № 2 ГКБ № 7 города Алматы. Диагноз ишемического инсульта устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, объективного исследования, Фиксировался анамнез, включая возраст, продолжительность, факторы риска инсульта, ишемическая болезнь сердца. Для определения этиологии инсульта брались коагуляционные пробы, проводилась ЭКГ. Всем пациентам проводилось МРТ/КТ исследование в динамике: в 1-2 сутки после развития инсульта.

Оценивались степень нарушения сознания, жизнедеятельности по шкале Ренкина, ответы на вопросы, выполнение инструкций, функция черепно – мозговой иннервации, степень двигательных, координаторных и чувствительных нарушений.

Все пациенты получали Дифосфоцин в дозе 1000 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки на 200,0 физиологического раствора в течение 14 дней. Эффективность проводимой терапии оценивалась на основании динамики неврологического статуса пациентов. Результаты исследования заносились в индивидуальный протокол пациента.

Из 19 пациентов мужчин было 11 (58 %), женщин – 8 (42%). Средний возраст – 62,7 года. Артериальная гипертония отмечена у 19 пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 9.

У 7 (36,8%) пациентов выявлялся инфаркт в бассейне правой средней мозговой артерии, у 8 (42,1%) пациентов в бассейне левой средней мозговой артерии, у 4 (21,1%) в вертебрально-базиллярном бассейне.

При неврологическом осмотре выявлялись нарушения чувствительности -16 (84,2%), парезы – у 15 пациентов (78,9%), атаксия - у 19 пациентов (100%), речевые расстройства – у 16 пациентов (84,2%): (13 – дизартрия, 3 – моторная афазия), нарушение сознания – у 6 пациентов (31,6 %), функции жизненно важных органов – у 17 пациентов (89,5%). У 18 пациентов (94,7%) выявлялись признаки поражения черепно–мозговых нервов (у 3–глазодвигательного нерва и 15 – лицевого нерва).

Результаты и обсуждение:

В результате введения Дифосфоцина у 5 пациентов сознание полностью восстановилось к 2-3 дню и у 1 пациента к 12 дню, хотя восстановление сознания у него произошло

на 3 день до степени оглушения; 13 (72,2%) пациентов отвечали не правильно на один или два вопроса - 5 (27,8%); 5 пациентов, не правильно отвечающие на два вопроса, на 2-4 день стали правильно отвечать на один вопрос двое из них отвечали на два вопроса к 3 дню; трое – к 7-10 дню; 8 пациентов, отвечающие не правильно на один вопрос через 2-5 дней отвечали на все вопросы правильно; 7 пациентов (36,8%) затруднялись при выполнении инструкции, соответственно две инструкции -2 пациентов, 5 пациентов – одну инструкцию. К 2-4 дню два пациента стали выполнять одну инструкцию, выполнение двух инструкций происходило к 4 -10 дню; 5 пациентов выполняли все инструкции к 2 и 7 дню. У 2 пациентов паралич зрения полностью регрессировал на 2-4 день, у одного пациента к 14 дню оставался частичный парез зрения. При выраженном и умеренном парезе лицевой мускулатуры (15 пациентов - 79%) улучшение происходило на 9-11 день, причем у одного пациента с нерезко выраженной асимметрией лица полная регрессия зарегистрирована к 3 дню лечения Дифосфоцином.

Уменьшение двигательных нарушений наступало на 3-5 день. У 8 (53,3%) пациентов из 15 к 11-12 дню сила в руке восстановилась, в ноге сила восстановилась у 7 (46,6%) пациентов к 4-7 дню.

Чувствительные нарушения постепенно уменьшались и у 9 (56%) пациентов к 7-9 дню чувствительные нарушения регрессировали полностью у 7 (44%) пациентов гемипарезия оставалась, но степень ее значительно снизилась. Атаксия выявлялась у 19 пациентов: у 15 (79%) пациентов в обеих конечностях и 4 либо в руке, либо в ноге. 7 (31%) пациентов выписаны с расстройствами координации и у 13 (68,4%) пациентов нарушения координации регрессировали полностью.

Речевые нарушения зарегистрированы у 13 пациентов (68,4 %), причем дизартрия у 13, афазия у 3 пациентов. У 6 пациентов речь не изменилась. У 11 пациентов (84,6%) речь восстановилась полностью на 5-10 день, у 2 пациентов (15,4%) дизартрия уменьшилась. Из 3 больных с моторной афазией речь восстановилась только у 1 пациентки и у 2 наблюдалась афазия.

Грубые нарушения жизнедеятельности наблюдались у 3 (17,7%) пациентов, выраженные – у 8 (47%), умеренные – у 4 (23,5%), легкие – у 2 (11,8%). У 2 больных с грубыми нарушениями жизнедеятельности на 3 день восстановилась функция тазовых органов, к 7-12 дню пациенты ходили без посторонней помощи. 6 пациентов с выраженными нарушениями жизнедеятельности к 2-4 дню не требовали постоянной помощи медицинского персонала и, могла ходить без посторонней помощи. К 6 дню все пациенты справлялись с посторонними делами без посторонней помощи. К 9 -10 дню 3 из 8 больных были способны выполнять все повседневные обязанности. В группе пациентов (4) с умеренными нарушениями жизнедеятельности в момент поступления к 3 дню и 1 пациент к 9 дню могли самостоятельно справляться со своими делами, и им требовалась незначительная помощь. К 5-11 дню трое пациентов из этой группы не требовали помощь медицинского персонала.

Двое больных с легкими нарушениями жизнедеятельности при поступлении уже после первого введения дифосфоцина могли самостоятельно выполнять все функции.

Заключение: Мы пришли к выводу, что Дифосфоцин при введении 2000,0г/сутки в течение 7-10 дней положительно влияет на регресс очаговой

неврологической симптоматики. Нормализация сознания наступает на 2-3 сутки. Регресс двигательных нарушений наступает с 3-5 дня и достигает максимума к 11-12 дню. При оценке неврологического статуса наблюдалось уменьшение асимметрии лица и выраженности пареза. Мышечная сила имела тенденцию к увеличению у пациентов с 1 до 4 баллов через 2-4 дней. Уменьшение расстройств координации наступало на первой неделе, а полный их регресс наблюдался к 9 -12 дню. 7-10 дню все пациенты полностью отвечали на все вопросы. Команды пациенты выполняли на 2-7 день. Наибольший эффект от введения препарата получен у больных с легкими и умеренными нарушениями жизнедеятельности. Из 19 пациентов 8 (42%) к 12 дню не нуждались в посторонней помощи и могли обслуживать себя самостоятельно.

Таким образом, Дифосфоцин оказывает влияние на регресс неврологических симптомов в первые дни лечения ишемического инсульта. Высокая эффективность Дифосфоцина в сочетании с благоприятным профилем переносимости и безопасностью обуславливает целесообразность его применения для лечения больных с ишемическим инсультом, что обуславливает восстановление неврологических функций, повышает качество жизни пациентов и способствует поддержанию их социальной независимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Виничук С.М. Новые аспекты нейропротекции в острый период ишемического инсульта. Практическая ангиология №4 (33). – 2010. – С. 31 -38.
- 2 Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: 2001. – 586 с.
- 3 Федин А.И. Оксидантный стресс и применение антиоксидантов в неврологии. Атмосфера. Нервные болезни. – 2002. – 1. – 15 -18.

И.М.КАЛЬМЕНЕВА, Л.Б. АЯГАНОВА, А.Ж.ДОСЫБАЕВА

ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТИН (ҚАННЫҢ АЗАУЫНАН БОЛҒАН МИДЫҢ ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ)
ДИФОСФОЦИН ДҒІСІМЕН ЕМДЕУ ТҒЖІРИБЕСІ

Түйін: Инсульт – маңызды медико-әлеуметтік жағдайлардың бірі және өлім себебі, сонымен қатар науқастарды мүгедектікке әкелуші себеп болып табылады. Науқас тірі қалған жағдайда да, олардың жартысында тұрмыстық тәуелсіздік қайтадан қалыптаспайды. Инсульттің маңызды және жиі көріністерінің бірі өмір сапасын айтарлықтай төмендететін қимыл қызметінің бұзылысы. Қимыл қызметінің бұзылысы бар 19 науқасқа Дифосфоциннің әсері зерттелді. Дәрі 1000,0мг/4мл мөлшерінде күретамырға тәулігіне 2 рет енгізілді, бағам 14 күн қолданылды. Олар 8 әйел және 11 ер адам. Науқастардың орташа жасы 38-50 жас. Дифосфоцинмен емдеу кезінде салданған аяқ-қолдар қызметінің жақсаруы және афатикалық бұзылыстардың азаюы байқалды.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, бас миындағы зат алмасу, Дифосфоцин.

I.M.KALMENEVA, L.B. AYAGANOVA, A.ZH.DOSYBAYEVA

DIFOSFOTSIN IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Resume: Stroke is the most common syndrome in neurological practice, and is the leading cause of disability of population. On the 19 patients with ischemic stroke was analyzed the efficiency of Difosfocin. There were 11 men and 8 women. The drug was administered at a dose of 1000.0 mg intravenously 2 times a day for 14 days. The average age of patients was 38 - 50 years. The treatment showed improvement with Difosfocin movements in the paretic limbs, a significant decrease in sensitivity, loss of coordination, normalization of consciousness and vital functions.

The problem of cerebral ischemic stroke saves emergency medical and social significance in view of the considerable frequency of its development, a high percentage of morbidity and mortality, persistent tendency to "rejuvenation" of patients. The unsolved problem of neurological treatment leads to the inability of patients with cerebrovascular brain injury (stroke) lead a full life, to work effectively, to perceive and retain information; patient collapse of communication, social circle narrows sharply reduced social status.

The authors concluded that using of Difosfocin 2000.0 g / day for 7-10 days has a positive effect on the regression of focal neurological symptoms. Normalization of consciousness occurs in 2-3 days. Regression of motor disorders occur with 3-5 days and reaches a maximum of 11-12 day. In assessing neurological status observed a decrease in facial asymmetry and severity of paresis. Muscle strength has tended to increase in patients with 1 to 4 points in 2-4 days. Reducing coordination disorders occurred in the first week, and their full regression was observed in 9 -12 day. 7-10 day, all patients fully responded to all questions. Teams patients performed at 2-7 day. The greatest effect of the introduction of the drug obtained in patients with mild to moderate impairment of life. 8 out of 19 patients (42%) to 12 day did not need any help and could serve themselves. Thus, Difosfocin affects regression of neurological symptoms in the first days of treatment of ischemic stroke. Difosfocin high efficiency combined with a favorable safety and tolerability profile determines the appropriateness of its use for the treatment of patients with ischemic stroke, which leads to recovery of neurological function, improved quality of life and contributes to the maintenance of their social independence.

Keywords: ischemic stroke, brain metabolism, Difosfocin

С.К. ЕРКЕБАЕВА

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, Шымкент

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭНЕРГОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. На протяжении последних десятилетий медицинское сообщество стало уделять гораздо больше внимания предупреждению инсультов. Пути решения проблемы могут быть различными в зависимости от некоторых местных климато-географических особенностей региона. С целью коррекции отрицательного влияния климато-метеорологического фактора на развитие инсульта, для более детального исследования характера влияния климато-метеорологических факторов на возникновение и развитие сосудистых заболеваний головного мозга, нами изучена эффективность сезонной метеопрофилактики, с применением препарата – Цитофлавин.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, метеорологические факторы риска, сезонная метеопрофилактика

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. По данным ВОЗ, ежегодно от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) умирают около 5 млн. человек [1,2].

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report) по причине смерти инсульт занимает второе место после ишемической болезни сердца во всем мире и третье – в развитых странах мира, при этом является первой причиной инвалидизации в США, Европе, России [3,4].

На протяжении последних десятилетий медицинское сообщество стало уделять гораздо больше внимания предупреждению инсультов. Благодаря эффективным методам лечения и профилактики в странах Западной Европы, Канаде, Австралии, Японии смертность от инсульта за 15–20 лет снизилась на 50 %, и сейчас она составляет менее 50 случаев на 100 тыс. населения.

Смертность от инсульта в США только за период 1999–2005 гг. снизилась на 25 %.

В Европе в остром периоде умирают 15 % больных с инсультом, но у 60 % выживших отмечаются стойкие неврологические нарушения, ограничивающие их жизнедеятельность.

Тот факт, что транзиторная ишемическая атака (ТИА) является предиктором инсульта известен уже давно [8]. Ими описана группа больных с тяжелыми острыми ишемическими инсультами (ОИИ), у которых в течение недели/месяца перед развитием инсульта наблюдались одна или несколько ТИА. ОИИ в течение месяца после ТИА развился почти у половины пациентов.

Анализ объединенных данных четырех независимых исследований (2416 пациентов, которые были госпитализированы по поводу ОИИ) свидетельствовал о том, что ТИА предшествовала ОИИ у 23 % больных, причем у 17 % она отмечалась в тот же день, у 9 % — накануне и у 43 % — в течение недели перед инсультом [9].

Результаты проспективного многоцентрового исследования NORTHSTAR (North West of England Transient Ischemic Attack and Minor Stroke) продемонстрировали, что в течение 90-дневного наблюдения первичная конечная точка (повторная ТИА, инсульт, острый коронарный синдром или смерть в результате сосудистого заболевания) была зафиксирована у 18 % пациентов, которые перенесли

ТИА или ОИИ на протяжении 6 недель перед включением в исследование. У 100 пациентов развились повторные ТИА, у 30 — инсульты.

Таким образом, был сделан важный вывод о том, что ТИА предшествуют почти четверти ОИИ. Это означает, что ТИА, с одной стороны, являются весомым фактором риска ОИИ, а с другой — дают клиницистам уникальную возможность предупредить развитие инсульта с его катастрофическими последствиями.

По мнению ряда ученых, официальные данные статистики не в полной мере отражают состояние проблемы церебрального инсульта в Казахстане. Отсутствие достоверных продолжительных популяционных эпидемиологических исследований затрудняет планирование адекватной лечебно-профилактической помощи населению, не позволяет оценить влияние имеющихся социально-бытовых и природно-климатических условий на заболеваемость и исходы инсультов и делает невозможным сопоставление показателей заболеваемости, смертности и факторов риска развития мозговых инсультов в разных регионах Казахстана, а также с другими странами. Тем не менее, известно, что заболеваемость мозговым инсультом в различных регионах Казахстана составляет 2,5-3,7 случаев на 1000 человек в год, смертность — 1,0-1,8 случаев на 1000 человек в год [5,6].

Южный Казахстан отличается высоким уровнем рождаемости и, соответственно, интенсивным демографическим показателем роста населения. В 2010 году в области родилось 75 тысяч детей, умерло 18 тысяч людей, таким образом природный рост составил 57 тысячи это очень высокий показатель [7]. В 2011 г. в Южно-Казахстанской области увеличилось количество вызовов бригад скорой помощи по поводу острых сосудистых событий: по поводу гипертонических кризов в 2010 г. — 1011 вызовов, в 2011 г. — 2447 вызовов; по поводу острого нарушения мозгового кровообращения: в 2010 г. — 1241, 2011 г. — 1278 вызовов.

Влияние факторов погоды является строго специфичным для каждого региона и результаты исследований, полученных в одной зоне, нельзя считать равнозначными.

Пути решения проблемы могут быть различными в зависимости от некоторых местных климато-географических особенностей региона. Наиболее эффективным методом является проведение в каждом городе мониторинга собственных тенденций в

отношении климата в динамике по времени для того, чтобы определить круг эффективных мер, усовершенствовать их и расширить масштабы их применения [10].

Меры профилактики метеотропных реакций для каждого больного должны быть индивидуальны и определяться медицинским погодным режимом (типом погоды), диагнозом заболевания, состоянием нервной системы больного, которые способствуют возникновению различных кризовых состояний, что особенно неблагоприятно при артериальной гипертонии. АГ является важнейшим, хорошо изученным и поддающимся коррекции фактором риска геморрагического и ишемического инсульта, соответственно и транзиторных и ишемических атак. Существенным и весьма частым осложнением течения АГ являются церебральные гипертонические кризы, являющиеся в большинстве своем предиктором ТИА.

Человек, находясь в условиях естественной внешней среды, подвергается влиянию различных метеорологических факторов: температура, влажность и движение воздуха, атмосферное давление, осадки, солнечное и космическое излучения и т. д. Перечисленные метеорологические факторы в совокупности определяют погоду.

В России и в ряде других стран из всех существующих в настоящее время критериев оценки погоды наиболее распространена комплексная классификация, предложенная И. И. Григорьевым, и дополненная Н.М. Маджидовым и В.Д. Трошиным в основу которой положены: 1) комплексы электрометеорологических элементов, 2) факторы синоптического ряда и 3) некоторые гелиогеофизические процессы в атмосфере. Этим самым была осуществлена клинко-метеорологическая и динамическая характеристика погодных факторов в установлении медицинского прогноза, что позволяет все разнообразие погодных условий по сумме и динамике показателей разбить на четыре типа. Для каждого типа погоды условно принята словесная характеристика: I — весьма благоприятная погода, II — благоприятная погода, III — неблагоприятная погода, IV — особо неблагоприятная погода. Такая морфодинамическая классификация позволяет более широко использовать прогнозы погоды для организации действенных профилактических мероприятий многих заболеваний, в том числе мозговых инсультов. При определении типа погоды учитывают уровень атмосферного давления, температуру воздуха, интенсивность ветра, относительную влажность, количество осадков, содержание кислорода в воздухе, ионный состав атмосферы и электромагнитные показатели.

Н.М. Маджидовым предложено для организации рациональной профилактики метеотропных реакций выделение медицинских погодных режимов: для погоды типа I — весьма благоприятный, типа II — благоприятный, типа III — медико-погодный усиленного контроля, типа IV — медико-погодный строгого контроля.

При I и II типах погоды обычно нет необходимости принимать специальные меры, направленные на предупреждение метеотропных реакций. В дни с погодой типов III и IV больные проводят комплекс мероприятий организационно-оздоровительного и

лечебно-профилактического характера; усиленный (для погоды типа III) или строгий (для погоды типа IV) врачебный контроль ограждает больного от психоэмоциональных и физических перенапряжений, предупреждает больных от перегревания и переохлаждения.

Цель исследования: изучить клинические особенности гипертонической энцефалопатии с транзиторными ишемическими атаками и разработка сезонной метеопрофилактики с учетом погодных режимов.

Материалы и методы:

С целью коррекции отрицательного влияния климато-метеорологического фактора на развитие инсульта, для более детального исследования характера влияния климато-метеорологических факторов на возникновение и развитие сосудистых заболеваний головного мозга, нами изучена эффективность сезонной профилактики, с применением препарата – Цитофлавин, в ходе которого было проведено комплексное изучение 120 больных с гипертонической энцефалопатией на фоне артериальной гипертонии, перенесших ТИА, контрольную группу составили 110 больных репрезентативных по заболеванию, возрасту, полу, которым не проводилась сезонная метеопрофилактика.

Критериями включения в исследуемую группу были – наличие АГ I, II ст., клинических признаков гипертонической энцефалопатии, ТИА в анамнезе (не менее одной транзиторной ишемической атаки).

Оценка клинической и неврологической симптоматики проводилась при включении в исследование, после окончания курса терапии (26-30 суток после начала приема препарата) и через месяц (56-60 суток).

Клиническое обследование всех пациентов включало изучение жалоб, анамнеза, соматический осмотр, оценку неврологического статуса. Из инструментальных методов использовали УЗДГ экстра и интракраниальных артерий.

Для оценки тяжести состояния больного использовалась специальная карта по ведущим клиническим симптомам: динамика головной боли, артериального давления, сердцебиения, головокружения, нарушения сна, работоспособности, памяти, утомляемости, реагирования на перепады погоды в динамике до и после проведения сезонной профилактической терапии. Кроме того данная карта включала субъективную оценку самочувствия, как стабильно хорошее, периодически хорошее, перепады самочувствия и плохое самочувствие.

Анализ клинических проявлений у больных с гипертонической энцефалопатией, перенесших транзиторные ишемические атаки, находившихся под нашим наблюдением, показал, что у них преобладают признаки нарушения функции нервной системы в виде головной боли, повышенной утомляемости, ухудшения памяти, нарушения сна, снижения умственной и физической работоспособности, эмоциональной неустойчивости. Отметим, что наряду с субъективными признаками, у больных этой стадии энцефалопатии выявлены более выраженные функциональные нарушения – головокружение, постоянный шум в голове, депрессивные проявления и умеренно выраженные признаки очагового поражения структур головного мозга в виде анизорефлексии, недостаточности конвергенции, девиации языка, рефлексов орального автоматизма (таблица 1).

Таблица1 - Неврологические проявления гипертонической энцефалопатии с ТИА (P±m%)

Клинические признаки		Гипертоническая энцефалопатия (P±m%)
Головные боли		90,21 ±4,4
Головокружение		58,82±5,0
Шум в голове		75,47±6,0
Нарушение памяти		72,06±5,44
Снижение умственной работоспособности		64,11±6,02
Нарушение сна		54,12±5,3
Эмоциональные нарушения		85,47±6,0
Недостаточность конвергенции		61,76±5,8
Асимметрия носогубных складок		32,35±5,6
Девиация кончика языка		5,1±2,3
Оживление сухожильных рефлексов		29,41±5,5
Анизорефлексия		8,8±2,0
Рефлексы орального автоматизма	Маринеску – Радовичи	26,47±25,3
	Хоботковый	4,4±2,4
Сочетание этих рефлексов		58,82±5,9

Головные боли явились самой частой жалобой и носили разнообразный характер: тупые, диффузные, периодически усиливающиеся до очень сильных, сопровождающиеся шумом в голове, головокружением, иногда тошнотой. Необходимо отметить, что эти головные боли были почти постоянными с усилениями при эмоциональном или физическом перенапряжении.

На шум в голове или ушах указывали 75,47±6,0% больных, чаще всего сопутствовавшие головной боли, которые были более интенсивными и постоянными.

Головокружение, ощущение неустойчивости при ходьбе, иногда связанные с резкими поворотами головы наблюдались у 58,82±5,0% больных, головокружения большей частью были кратковременными и легко компенсировались больными. В подавляющем большинстве случаев головокружению сопутствовали головные боли и сочетались с шумом в голове. Общая слабость и повышенная утомляемость отмечены у 83,9±2,2% больных, которые были как правило, в течение всего дня, почти постоянными и отсутствовала их связь с физической нагрузкой.

Нарушения памяти, преимущественно, на текущие события отмечали 72,06±5,44%. Снижение умственной работоспособности со сложностью восприятия нового материала, трудностью переключения с одного вида деятельности на другой, повышенной отвлекаемостью выявлено у 64,11±6,02% больных, жалобы на мнестические нарушения становятся одним из ведущих при ГЭ, наряду с головными болями. Снижение умственной работоспособности отмечали 64,11±6,02%. Скорее всего это обусловлено тем, что основная часть больных с 1 стадией ДЭ не вели напряженную умственную работу была предпенсионного и пенсионного возраста.

Затрудненное засыпание, поверхностный сон, тяжелые сновидения наблюдались у 54,12±5,3% больных. Инвертированный ритм сна, сопровождавшийся недостаточно глубоким ночным сном и как следствие этого – дневная сонливость. Частой жалобой у больных (85,47±6,0%) была эмоциональная лабильность, с повышенной раздражительностью, неустойчивым настроением, чувством неуверенности в своих возможностях, иногда с немотивированным страхом. Эмоциональные нарушения, отмечавшие у больных ГЭ, большей частью проявлялись подавленностью,

тревожностью, чувством неуверенности, сопровождавшимся депрессивным фоном настроения.

При изучении неврологического статуса обнаруживалась рассеянная микроорганическая симптоматика. Из микроорганических симптомов у больных ГЭ следует отметить недостаточность акта конвергенции (61,76±5,8%), асимметрию носогубных складок (32,35±5,6%) или девиацию языка (5,1±2,3%).

У 58,82±5,9% больных ГЭ выявлены рефлексы орального автоматизма, среди них ладонно – подбородочный рефлекс Маринеску – Радовичи в 26,47±25,3% хоботковый в 4,4±2,4%.

Таким образом, анализ клинических проявлений гипертонической энцефалопатии с транзиторными ишемическими атаками обнаружил рассеянную очагово – органическую симптоматику. Указанная неврологическая симптоматика при ГЭ становится более стойкой и диффузной, значительно преобладают жалобы на нарушение памяти и склонность к депрессивному состоянию.

Анализ доплерограмм в обеих группах не выявил достоверных различий ни у пациентов, принимавших цитофлавин, ни у больных принимавших базовую терапию.

Цитофлавин - комплексный препарат является многокомпонентным энергокорректором. В состав цитофлавина входят 2 метаболита (янтарная кислота и инозин) и 2 кофермента-витамина – рибофлавин-мононуклеотид (витамин В²) и никотинамид (витамин РР). Благодаря тщательно подобранному и сбалансированному составу, компоненты препарата оказывают взаимопотенцирующие метаболотропное и энергокорректирующее действия, активируют сукцинатгидразное окисление, увеличивают содержание ГАМК (g-аминомасляная кислота) в головном мозге через шунт Робертса, восстанавливают как НАД (никотинаденилдинуклеотид), так и ФАД (флавинаденилдинуклеотид)-зависимые звенья цикла Кребса, ингибируют реакции окислительного стресса. Все это в конечном итоге приводит к оптимизации цикла трикарбоновых кислот, способствуя быстрому ресинтезу АТФ (аденозинтрифосфат) и предотвращая прогрессирование постишемического энергодефицита. Цитофлавин назначался 120 больным основной группы по 10 мл внутривенно капельно на 200 мл 0,9 %

раствора хлорида натрия – 10 дней, а затем по 2 таблетки 2 раза в день – 25 дней.

Больным контрольной группы проводилась терапия, включающая – антигипертензивные препараты, сосудистые, вазоактивные препараты, ноотропы, микроциркуляторы, антиагреганты (базисная терапия), без Цитофлавина.

Все эти мероприятия проводились пациентам в периоды II погодного режима – благоприятного типа. Результаты лечения регистрировались в специальной анкете в динамике до и после лечения.

Результаты исследования:

В результате проведенных мероприятий улучшение состояния отмечалось в 96% случаях, при этом 64% больных дали оценку как «очень хорошая». Улучшение

сопровождалось уменьшением частоты головных болей на 68%, ослаблением интенсивности и длительности головной боли, головокружения, стабилизации АД. Значительно уменьшилась частота кризов, сопровождающаяся резким повышением АД, а также уменьшилось количество перепадов АД. Кроме того значительно улучшились психо – эмоциональные нарушения, улучшилось самочувствие у 79% больных. Больные отмечали улучшение сна в виде углубления и увеличения продолжительности ночного сна и улучшения таких параметров, как работоспособность, памяти, уменьшением утомляемости.

Результаты клинического исследования влияния Цитофлавина на динамику основных клинических симптомов представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели основных неврологических симптомов

Клинические признаки	Цитофлавин (n=120)			Базисная терапия (n=110)			
	1-е сутки	30-е сутки	60-е сутки	1-е сутки	30-е сутки	60-е сутки	
Головные боли	90,21 ±4,4	70,34±3,9	78,01±4,1	90,21 ±4,4	88,34±3,9	90,06±4,0	
Головокружение	58,82±5,0	48,56±4,1	50,25±4,3	58,82±5,0	56,64±4,3	58,56±4,7	
Шум в голове	75,47±6,0	52,20±5,3	55,34±5,6	75,47±6,0	70,23±5,2	73,82±5,3	
Нарушение памяти	72,06±5,44	57,18±4,9	60,08±5,3	72,06±5,44	68,56±5,11	70,32±5,2	
Снижение умственной работоспособности	64,11±6,02	55,24±5,4	57,43±5,5	64,11±6,02	60,09±5,6	63,89±5,5	
Нарушение сна	54,12±5,3	40,31±4,7	45,53±4,8	54,12±5,3	45,17±4,9	51,46±5,1	
Эмоциональные нарушения	85,47±6,0	51,72±5,2	66,23±5,1	85,47±6,0	61,39±5,7	76,18±5,8	
Недостаточность конвергенции	61,76±5,8	59,21±5,1	60,24±5,3	61,76±5,8	61,25±4,8	61,56±5,6	
Асимметрия носогубных складок	32,35±5,6	31,41±4,8	32,1±5,0	32,35±5,6	32,0±5,3	32,23±5,5	
Девияция кончика языка	5,1±2,3	5,0±1,8	5,09±2,1	5,1±2,3	5,07±2,0	5,1±2,0	
Оживление сухожильных рефлексов	29,41±5,5	19,26±4,7	21,47±5,3	29,41±5,5	25,72±5,1	28,07±5,3	
Рефлексы орального автоматизма	Маринеску – Радовичи	26,47±25,3	26,40±23,1	26,44±23,9	26,47±25,3	26,44±24,2	26,46±25,0
	Хоботковый	4,4±2,4	4,23±1,6	4,3±2,2	4,4±2,4	4,4±2,1	4,4±2,4
Сочетание этих рефлексов	58,82±5,9	55,8±5,1	57,01±4,7	58,82±5,9	58,8±4,8	58,8±5,0	

В контрольной группе улучшение самочувствия на фоне базисной терапии наблюдалось в 52% случаях.

Оценка результатов как «неудовлетворительная» была отмечена в 4% в основной группе и 48% в контрольной группе.

У 9% больных в контрольной группе несмотря на проводимые базисные мероприятия развился церебральный инсульт в III погодном режиме – режим «усиленного контроля» и IV погодном режиме – «строгого контроля».

Выводы

В результате проведенного исследования получены достоверные сведения свидетельствующие о высокой эффективности медикаментозной метеопрофилактики сосудистых расстройств в мозге, проведенной с учетом погодных типов.

Энергокорректирующая терапия цитофлавином может быть назначена больным артериальной гипертензией и транзиторными ишемическими атаками в качестве профилактической терапии в периоды II погодного режима

– благоприятного типа, которая предотвращает прогрессирование сосудистой мозговой недостаточности и развитие инсульта. Положительный клинический эффект цитофлавина сохраняется в течение 90 суток, если прием препарата начинать с внутривенного введения 10 мл препарата в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия – 10 дней, а затем поддерживать его действие пероральным приемом по 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней, т.е. повторно назначать данный препарат с профилактической целью можно после интервала в 90 дней.

Таким образом, полученные результаты нашего исследования, продемонстрировали, что проведение своевременной сезонной метеопрофилактики с учетом погодных режимов с применением энергокорректирующих препаратов, способствует профилактике инсультов у больных гипертонической энцефалопатией с транзиторными ишемическими атаками.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Скворцова В.И, Евзельман М.А. Ишемический инсульт. - Орел, 2006. – 404 с.
- 2 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Киликовский и др. Проблема инсульта в Российской Федерации // Качество жизни. - Медицина. – 2006. – №2. – С. 10-14.
- 3 Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – Спец. вып. – С. 25-29.
- 4 Хайбуллин Т.Н., 2011
- 5 Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журн. Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3, №3. – С. 6-9.
- 6 Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области // Материалы 111 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23.
- 7 Татимов М. Қазақ даналары. // Газета-Оңтүстік Қазақстан. – 25.02.2012.
- 8 Fisher M. - 1951, Marshall J. - 1964
- 9 Rothwell P.M., Warlow C.P. – 2005.
- 10 Carlos Doga, координатор ВОЗ по мерам оздоровления окружающей среды, Департамент общественного здравоохранения и окружающей среды.

С.Қ. ЕРКЕБАЕВА

ТРАНЗИТОРЛЫ ИШЕМИЯЛЫҚ ШАБУҢДАРДЫ БАР НАУҚАСТАРДА ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЭНЕРГОКОРРЕГИРЛЕУШІ ТЕРАПИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Бас миының қан-тамыр ауруларының жоғары таралуына және ауыр асқынуларына байланысты маңызды әлеуметтік және медициналық мәселе болып табылады. Соңғы онжылдықта медициналық қауым инсульттің алдын алу шараларына көп көңіл бөлуде. Мәселенің шешілу жолдары аймақтың жергілікті климаттық-географиялық ерекшеліктеріне байланысты әртүрлі болуы мүмкін. Инсульттің туындауына климаттық-метеорологиялық фактордың кері әсерін коррекциялау мақсатында, бас миының қан-тамыр ауруларының пайда болуы мен дамуына климаттық-метеорологиялық факторлардың әсер ету сипатын түбегейлі зерттеу үшін Цитофлавин препаратын қолданып, мезгілдік метеопрофилактиканың тиімділігін анықтадық.

Түйінді сөздер: транзиторлы ишемиялық шабуыл, метеорологиялық қауіп факторы, мезгілдік метеопрофилактика

S.K.ERKEBAEVA

CLINICAL EFFICIENCY OF PREVENTIVE POWER FORWARD THERAPY USED FOR PATIENTS WITH TRANSITIONAL ISCHEMIC ATTACKS

Resume: Vascular diseases of a brain because of their high abundance and serious consequences for health of the population are the major medical and social problem. For the last decades the medical community began to give much more attention to the prevention of strokes. Solutions of the problem can be various. They depend on some local climate and geographical features of the region. To correct the negative influence of a climate-and-meteorological factor on stroke development, for more detailed research of climate and meteorological factors influence nature on emergence and development of vascular diseases of a brain, the effectiveness of seasonal prophylaxis is studied with drug application – Cytophavin.

Keywords: transitional ischemic attack, meteorological risk factors, seasonal meteoprophylactics

НЕКОТОРЫЕ ЗАДАЧИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

В статье приводится обзор литературы и различные взгляды исследователей на проблемы, связанные с воздействием экологических факторов на психическое здоровье населения.

Экологическая проблема явилась одной из существенных и тяжелых проблем, оставленных Республике Казахстан с момента распада Советского Союза. Складывалась она преимущественно в силу географического положения Казахстана. С одной стороны – наличие большого малозаселенного пространства, которое использовалось для испытаний ракетно-космической техники и ядерного оружия. С другой стороны – нерациональное использование бассейна рек, питающих Аральское море. В документах Всемирной организации здравоохранения указывается, что длительное воздействие экологических факторов может представлять большую угрозу здоровью человека, чем бедствия, сопровождающиеся значительным одноразовым стрессовым воздействием. В условиях, создающих т.н. «экологический» стресс, приходится жить годами, причем человек практически лишен возможности защититься от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды (1). Как отдельный индивидуум, так и сообщество, проживающие в условиях «экологического стресса» вынуждены «включать» механизмы длительной адаптации, что может приводить к истощению адаптационных функций вообще (2).

С конца 20 века в западно-европейских и североамериканских литературных источниках часто стал появляться термин – «токсическая катастрофа» (3-11). Причем, этот термин применялся к катастрофическим событиям на первый взгляд очень разным, как в отношении остроты начала, так и в отношении набора поражающих факторов. Например, в отношении последствий ядерной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки, или выброса ядовитых веществ, вследствие аварий на химических комбинатах (Bhopal), и, наконец, аварии на Чернобыльской АЭС. По мнению выше указанных авторов, данный тип экологических катастроф называется «токсическим» не потому, что вследствие воздействия повреждающих факторов у пострадавших развиваются только состояния интоксикации. Хотя и это имеет место. Отмечается, что при такого рода катастрофах их негативные социальные и медико-психологические последствия во много раз превышают собственно токсические воздействия. Данный термин «токсические катастрофы» находит частое применение при промышленных авариях, изменениях климатических условий, вызванных деятельностью человека (12-17). Что примечательно, биологические последствия таких изменений окружающей среды не всегда беспорядны, или носят стохастический (вероятностный) характер. Однако возможность наступления последствий от таких катастроф внушает людям больший ужас, чем возможность стихийных бедствий (землетрясение, ураган, цунами).

Признавая социальные и медико-психологические аспекты токсических катастроф, экологическая психиатрия основное внимание уделяет клиническим проявлениям психической дезадаптации, которые испытывают лица, пострадавшие в результате

катастрофы (18-57). Вместе с тем, учитывая изложенные выше особенности экологических (токсических) катастроф, задачами экологической психиатрии, наряду с клиническими и медико-реабилитационными, являются обязательные социальные мероприятия. В том числе, выделение факторов провоцирующих стресс или вызывающих органическую психическую патологию, а также составление рекомендаций для органов исполнительной власти по их устранению. Решение клинических задач не должно сводиться к поиску каких-либо специфических синдромов, сопровождающих реакцию на экологическое неблагополучие. Так, после Чернобыльской катастрофы (58) обоснованно утверждали, что реакция населения, в том числе, сопровождавшаяся элементами паники, психологически понятна и не имеет никакого отношения ни к обсессивно-фобическим, ни, тем более, к психологическим расстройствам. Речь скорее идет об определении групп населения в большей степени подверженных развитию стрессовых реакций, в выделении факторов и групп риска.

В последние годы многие правительства и национальные органы здравоохранения во всем мире проявляют возрастающий интерес к проблеме ликвидации экономических, социальных, медицинских и санитарных последствий разрушительных природных бедствий и технологических катастроф (59-61). В этом вопросе нет однозначных мнений (62-66).

Опыт, приобретенный во время ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы и других крупномасштабных бедствий, указывает на необходимость объединения специализированной психиатрической и общемедицинской помощи. Только таким путем возможно максимальное приближение помощи к пострадавшим и активное выявление лиц с психической патологией. На всех этапах развития ситуации она должна быть тесно связана с общей медицинской сетью, обеспечивать непрерывность и преемственность профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

К сожалению, последствия экологических бедствий в районах Приаралья не привлекли столь пристального внимания психиатров и психологов. Последствия экологической катастрофы в Приаралье изучены психиатрами еще недостаточно. Ж.Ж. Бултачеев (67) сообщает о синдромах расстройства поведения в связи с нарушением темпа полового созревания в Приаралье. Он же (68) в своей диссертационной работе о пограничных психических и поведенческих расстройствах у подростков, проживающих в Приаралье, установил, что у них, в отличие от контрольной группы, в клинической картине преобладают невротоподобные и психопатоподобные расстройства с дизэнцефально-вегетативными включениями. Г.М. Кудьярова (69) проанализировала невротические состояния у детей и подростков Приаралья, проводя сравнительный анализ жителей двух экотопогенных зон, и при этом выявила,

что особенностью невротических состояний у детей и подростков Приаралья является более очерченная невротическая симптоматика. Булгачев Ж. (70) описал в Приаралье синдром Франческетти-Клейна, который встречается один раз на 20 млн. населения. Разумеется, что масштабы катастрофы Приаралья нуждаются в более подробном описании многофакторной природы и последствий этого бедствия. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствует системный подход к организации психолого-психиатрических лечебно-профилактических реабилитационных мероприятий в районах Приаралья с

различной степенью воздействия экотопогенных факторов. Научная и практическая неразработанность проблемы, а также несомненная медико-социальная потребность в объективной информации по указанным проблемам определяют актуальность его изучения. Полученные результаты позволят, на основании новых научных данных, провести практические мероприятия по совершенствованию профилактики психических расстройств и разработать новые подходы к организации реабилитационной помощи лицам, проживающим в районах Приаралья с различной степенью воздействия экотопогенных факторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Черноушек М. Психология жизненной среды. – М.: 1989. – С.168-189.
- 2 Короленко Н.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях // Л: Медицина, 1978. Концепция создания и функционирования системы медицинского обеспечения чрезвычайных ситуаций не военного характера //Штаб ГО РСФСР – М.: 1990.
- 3 Logue J.N., Melick M.E., Hansen H. Research issues and direction in the epidemiology of health effects of disasters // Epidemiol.Rev. – 1981 – Vol.3. – P. 140-162
- 4 Baum A., Flaming R., Davidson R.M., Natural disaster and technological catastrophe // Environment and Behavior. -1983/ -V/ 15, #3. – P .333-354.
- 5 Grisham J.W. Health aspects of the disposal of waste chemicals // Chemical exposure health studies. – New York: 1986. –P. 220-240.
- 6 Cormie K., Howell J.M. A mental health component in the public health response to disaster // Canad.J. Publ.Hlth. – 1988. – Vol.79. –P .97-100.
- 7 Hjrjwitz J., Stefanko M. Toxic waste: behavioral effects of an environmental stressor // Behav. Med. – 1989. –Vol.15. – P.23-28.
- 8 Bertazzi P. Industrial disaster and epidemiology // Scand.J. Work Environm. Hlth. – 1989. – Vol.15. – P.85-100.
- 9 Havenaar J.M., Poelijoe N.W., Kaasnajer K. et al. Report on a population suvey in the Gomel Region, Belarus (technical report). – Bilthoven : RIVM, 1993
- 10 Atkinson R.M., Spaar L.F., Sheff A.G., White R.A.F. Diagnosis of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Preliminary findings //Amer. J.Psychiatr. -1984. –V.141,N5. –P. 694-695.
- 11 Bachrach K.M., Zautra A.J. Assessing the impact of hazardous waste facilities: psychology, politics and environmental impact statements // A.H.Lebovits, A.Baum.,I.E.Singer, Advances in environmental psychology. – New Jersey: 1986. –Vol.6. – P. 77-88.
- 12 Logue J.N., Melick M.E., Hansen H. Research issues and direction in the epidemiology of health effects of disasters // Epidemiol.Rev. – 1981 – Vol.3. – P. 140-162
- 13 Cormie K., Howell J.M. A mental health component in the public health response to disaster // Canad.J. Publ.Hlth. – 1988. – Vol.79. – P.97-100.
- 14 Hjrjwitz J., Stefanko M. Toxic waste: behavioral effects of an environmental stressor // Behav. Med. – 1989. –Vol.15. – P.23-28.
- 15 Lechat M.F. The epidemiology of health effects of disasters //Epidemiol.Rev/ - 1990. –Vol.12. – P.192-198
- 16 Bertazzi P. Industrial disaster and epidemiology // Scand.J. Work Environm. Hlth. – 1989. – Vol.15. – P.85-100.
- 17 Boyd J.H. WeismanM.M. Epidemiology of affective disorders// Arch.gen.psychiatry. -1981. –V.38,#5. – P.1039-1046.
- 18 Александровский Ю.А. Начальные проявления невротических расстройств//Клиническая медицина. – М.: 1988. – С.58-64.
- 19 Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Юров В.В., Мартюшов А.Б.//Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса жителей районов, пострадавших после аварии на ЧАЭС// Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1991. – Вып.12. – С. 3-6.
- 20 Румянцева Г.М., Аллен П., Левина Т.М. и др. Роль радиационных психологических факторов в формировании невротических симптомов населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС //Медицина катастроф. - 1990. - 4(16). – 61 с.
- 21 Ротштейн В.Г. Материалы осмотра психиатром выборочных групп взрослого населения в ряде районов СССР //Журн. невропат. и психиатр., 1977. - №4. – С.569-574.
- 22 Румянцева Г.М., Чинкина О.В. К вопросу о психических нарушениях у пострадавших в период отдаленных последствий острого лучевого поражения. //Российский психиатрический журнал. – М. «Медицина», 2003. -№1. – С.35-42.
- 23 Румянцева Г.М., Юров В.В., Мартюшов А.Н. и др. Распространенность пограничных психических расстройств в условиях хронического экологического стресса//Медико-социальные аспекты охраны психического здоровья. Томск,1991. – С.206-208.
- 24 Александровский Ю.А. Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. – Киев: Здоровье, 1988. – С.171-176.
- 25 Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. и др. Радиационные катастрофы и психическое здоровье населения. //Росс.психиатр.журнал. – М.:Медицина, 1998.- №2. – С.35-41.
- 26 Румянцева Г.М., Аллен П., Левина Т.М. и др. Роль радиационных психологических факторов в формировании невротических симптомов населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС //Медицина катастроф, 1990. – 4(16). – С.61.
- 27 Александровский Ю.А., Чуркин А.А., Шукин В.П. Этапы и содержание помощи лицам с психическими расстройствами при стихийных бедствиях и катастрофах //Актуальные вопросы медицинского обеспечения пораженных на этапах медицинской эвакуации. – Казань,1989.
- 28 Румянцева Г.М. Медико-психологическая помощь пострадавшим при экологических катастрофах. //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2001. - №4. – С.118-120.
- 29 Антонов В.П. //Радиационная обстановка и ее социально-психологические аспекты. – Киев, 1987. -48с.
- 30 Антохин Г.А., Чудин А.С., Анисимов В,А. Психические нарушения у пострадавших при массовых катастрофах //Актуальные вопросы медицины катастроф. –Уфа, 1990.
- 31 Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М., Марголина Т.Я. Психическая дезадаптация участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС //Современная психиатрия имени П.Б.Ганнушкина. -1998. – Выпуск №1. –«Посттравматические стрессовые расстройства». –С.26-30.
- 32 Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. Психосоматические аспекты развития психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС //Психиатрия и психофармакотерапия. -2002. - №1. – С.7-9.
- 33 Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. и др. Депрессии и их роль в формировании психосоматической заболеваемости у участников ликвидации аварии на ЧАЭС. //Росс.психиатр.журнал. – М.,1998. -№5. – С.52-57.

- 34 Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия. Необходимость формирования и перспективы развития нового направления в науке. – Барнаул: 1991. - 75с.
- 35 Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия, развитие, возможности и пути реализации. //12 съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 1995. – С.170-171.
- 36 Положий Б.С. Психические расстройства, связанные с социальным стрессом: новая проблема Российской психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. -№2 – С.15-17.
- 37 Психогении в экстремальных условиях//Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. –М.: Медицина, 1991. -96с.
- 38 Baum. A. Fleming R., Singer J.E. Coping with victimization by technological disaster// J.soc.Issues. – 1983c. – Vol.39. – P.117-138.
- 39 Benyakar M., Kutz I., Dasberg H. et al. The collapse of structure: a structural approach to trauma.// J Trauma Stress 2:431-450,1989.
- 40 Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects // Amer.J. Comm. Psychol. -1987b. –Vol.15.- P.167-184.
- 41 Brandt E., Mayer W.H., Mason J.O. Designing a National Disaster Medical System. //Public health rep. – 1985. – 7.100, N5. –P455-461.
- 42 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 43 Baum. A. Fleming R., Singer J.E. Coping with victimization by technological disaster// J.soc.Issues. – 1983c. – Vol.39. – P.117-138.
- 44 Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects // Amer.J. Comm. Psychol. -1987b. –Vol.15.- P.167-184.
- 45 Orient J.M. Disaster preparedness. An international perspective //Arm. Int. med. – 1985. –V.103. –Part 1.- P.937-940.
- 46 Brandt E., Mayer W.H., Mason J.O. Designing a National Disaster Medical System. //Public health rep. – 1985. – 7.100, N5. –P455-461.
- 47 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 48 Baum. A. Fleming R., Singer J.E. Coping with victimization by technological disaster// J.soc.Issues. – 1983c. – Vol.39. – P.117-138.
- 49 Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects // Amer.J. Comm. Psychol. -1987b. –Vol.15.- P.167-184.
- 50 Brandt E., Mayer W.H., Mason J.O. Designing a National Disaster Medical System. //Public health rep. – 1985. – 7.100, N5. –P455-461.
- 51 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 52 Benyakar M., Kutz I., Dasberg H. et al. The collapse of structure: a structural approach to trauma.// J Trauma Stress 2:431-450,1989.
- 53 Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects // Amer.J. Comm. Psychol. -1987b. –Vol.15.- P.167-184.
- 54 Brandt E., Mayer W.H., Mason J.O. Designing a National Disaster Medical System. //Public health rep. – 1985. – 7.100, N5. –P455-461.
- 55 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 56 Benyakar M., Kutz I., Dasberg H. et al. The collapse of structure: a structural approach to trauma.// J Trauma Stress 2:431-450,1989.
- 57 Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects // Amer.J. Comm. Psychol. -1987b. –Vol.15.- P.167-184.
- 58 Brandt E., Mayer W.H., Mason J.O. Designing a National Disaster Medical System. //Public health rep. – 1985. – 7.100, N5. –P455-461.
- 59 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 60 Baum. A. Fleming R., Singer J.E. Coping with victimization by technological disaster// J.soc.Issues. – 1983c. – Vol.39. – P.117-138.
- 61 Dew M.A., Bromet E.J., Schulberg H.C. A comparative analysis of two community stressors long-term mental health effects // Amer.J. Comm. Psychol. -1987b. –Vol.15.- P.167-184.
- 62 Brandt E., Mayer W.H., Mason J.O. Designing a National Disaster Medical System. //Public health rep. – 1985. – 7.100, N5. –P455-461.
- 63 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 64 Baum. A. Fleming R., Singer J.E. Coping with victimization by technological disaster// J.soc.Issues. – 1983c. – Vol.39. – P.117-138.
- 65 Pounder D.J. Natural disaster potential and counter disaster planning in Australia //Amer.J.forens.med. – 1985. –V.6, N 4. – P. 347-357.
- 66 Drottz –Sjoberg B.M., Persson L. Public reaction to radiation: fear, Anxiety, Or phobia? // Stockholm: Center for risk Research, 1993. –P. 223-231.
- 67 Бултачев Ж.Ж. Особенности синдромов расстройства поведения в связи с нарушением темпа полового созревания в Приаралье //Актуальные вопросы планирования семьи, сексологии и репродукции: Материалы международной конференции. Киев, 1998-стр. 70-71.
- 68 Бултачев Ж.Ж. Особенности пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков в Приаралье (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты)// Автореферат дисс. канд. мед. наук – М., 30 с.
- 69 Кудьярова Г.М., Бултачев Ж.Ж. Невротические расстройства у детей и подростков проживающих в Приаралье. Сб. «Вопросы психиатрии и наркологии», Целиноград, 1989, с.80-81.
- 70 Бултачев Ж.Ж. Случай ЗПР при синдроме Франческетти-Клейна. Сб. «Вопросы психиатрии и наркологии», Кустанай, 1991, с.234-235.

А.Б. ЖАНТУРЕЕВА

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ПСИХИАТРИЯНЫҢ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Бұл мақалада тұрғындардың психикалық денсаулығына экологиялық факторлардың әсер етуіне қатысты проблемаларға зерттеушілердің әртүрлі көзқарастары берілген және әдебиеттерге шолу жасалған.

A.B. ZHANTUREEVA

SOME TASKS OF ECOLOGICAL PSYCHIATRY

Resumé: In article is brought survey of literature and variable looks of researchers to problems, which was connected with exposure of ecological factors to psychical health of population.

Environmental issue was one of the most significant and serious problems left behind by the Republic of Kazakhstan since the collapse of the Soviet Union. It was formed mainly due to the geographical position of Kazakhstan. On the one hand - the presence of a large sparsely populated area that was used to test rocket and space technology and nuclear weapons. On the other hand - the irrational use of river basins that feed the Aral Sea. In the documents of the World Health Organization indicate that prolonged exposure to environmental factors can pose a great threat to human health than the disaster, accompanied by a significant one-off impact of stress. Under the conditions that create the so-called "Environmental" stress, to have to live for years, and people practically deprived of the opportunity to protect themselves from exposure to adverse environmental factors (1).

А.А. АШИМОВ, А.Е.ЖЕКЕМБИНА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НАРКОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В статье в краткой, сжатой форме даются рекомендации по тактике оказания медицинской помощи, вопросам диагностики и лечения неотложных состояний в психиатрии и наркологии. Понятие «неотложные состояния в психиатрии и наркологии» является условным, так

как нет практически ни одного неотложного состояния, которое сопровождалось бы нарушением лишь психических функций и не вовлекало бы других систем организма. В ряде руководств в эту группу относят неотложные состояния, развивающиеся только в рамках психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий и исключают острые психические расстройства при соматических заболеваниях. К основным неотложным состояниям в психиатрии и наркологии относятся: Психомоторное возбуждение; Суицидальное и аутоагрессивное поведение; Судорожные припадки и эпилептический статус; Неалкогольный (самтогенный) делирий; Амнотивный синдром; Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный); Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике; Синдромы выключения сознания; Отказ от еды в связи с психическими расстройствами; Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение; Передозировка опиатов или опиоидов; Основные виды абстинентных синдромов; Панические атаки и вегетативные кризы; Отравления психотропными препаратами; Острые осложнения при применении психотропных препаратов.

В психиатрической практике неотложные состояния определяются не интенсивностью переживаний больного, а психомоторными проявлениями заболевания или ожидаемыми действиями и поведением пациента. Экстренная помощь при психических заболеваниях наряду с медикаментозным лечением включает специальные мероприятия по уходу, наблюдению и надзору. Следует подчеркнуть, что неотложную помощь оказывают не только при острых, но и при хронически протекающих психотических нарушениях, сопровождающихся опасными действиями больных. Из всех категорий неотложных состояний в психиатрии выделяют три основные, связанные

- попыткой или угрозой суицида;
- неуправляемым психомоторным возбуждением;
- физическим насилием или его угрозой

При оказании неотложной помощи психически больным необходимо установить точный диагноз острого синдрома и основного психического заболевания, вызвавшего этот синдром, и обязательно контролировать поведение пациента. Если основное психическое заболевание диагностировать не удастся, следует исключить органическую этиологию возбуждения или другого острого психического нарушения, так как назначение больших доз галоперидола, хлорпромазина и других нейролептиков внутрь (как при купировании мании или шизофрении) может привести к летальному исходу. Наиболее актуальной проблемой дифференциальной диагностики при неотложных психических состояниях является установление органической или неорганической природы острого психического синдрома.

К неотложным состояниям относятся все острые патологические состояния, обусловленные внешними и внутренними факторами требующие экстренной диагностики и целенаправленной терапии вне зависимости от степени тяжести заболевания. Неотложное состояние, не может характеризоваться какими либо конкретными сроками или отрезком времени. В зависимости от причины вызвавшей заболевание, или индивидуальных особенностей его течения продолжительность неотложных состояний различно. Рекомендации принимать за неотложные состояния «первые дни болезни» или острый период заболевания следует считать неоправданными не отражающими сущности понятия «неотложное состояние», так как оно может закончиться смертью или регрессировать; исход во многом зависит от объема и качества оказываемой помощи. Состояние, расцениваемое как «неотложное», этап заболевания, на протяжении, которого нарастают или стойко сохраняются выраженные нарушения витальных функций и (или) жизненного опасные психические расстройства.

Неотложные состояния, требующие неотложных мер, в психиатрии и наркологии не являются редкостью. Часть таких состояний бывает обусловлена остротой психоза и дезорганизацией поведения больного (острый приступ шизофрении, возбуждение при помрачении сознания, агитированная депрессия), - некоторые серьезными нарушением основных систем жизнеобеспечения в результате острого органического поражения (острая энцефалопатия, фебрильная шизофрения, эпилептический статус). Частой причиной неотложных состояний в психиатрии и наркологии бывают суициды случайная или намеренная передозировка лекарственных средств, а также остро возникшие осложнения психофармакотерапии. Многие авторы пытались систематизировать неотложные состояния, встречающиеся в психиатрической и наркологической практике, требующие неотложной помощи и пришли к общему выводу, что необходимо: состояние представляющее угрозу для жизни

больного и состояния опасные в социальном отношении при этих состояниях рассматривались вместе. Примером может служить классификация Н. Lautez (1980), где выделены клинические типы неотложных состояний в психиатрической и наркологической практике. Необходимо указать, что в одних случаях при этих состояниях больные требующие неотложной помощи были опасные в социальном отношении, а в других эти состояния представляли угрозу для жизни больного. Ниже представлен обзор заболеваний, синдромов и клинических ситуаций, относящихся к неотложным состояниям и особенности оказания неотложной помощи больными с психическими и наркотическими расстройствами.

1. Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение одно из частых проявлений острых психозов сопровождающихся тревогой, растерянностью, страхом, бредом. Нарастающее возбуждение стирает различия между отдельными его типами, оно может становиться хаотичным, мышление бессвязным, аффект достигает максимальной напряженности. Возбуждение ведет к значительным метаболическим изменениям, расходованию энергетических и пластических ресурсов организма, вторичной гипоксии мозга, способствует развитию декомпенсации и острых расстройств сердечнососудистой, дыхательной и других систем. Обострения некоторых хронических психозов являются причиной агрессивного поведения; опасность представляют больные с императивными галлюцинациями (в том случае если «голоса» приказывают убить кого-либо), бредом преследования и ревности, кататонией, расторможенностью влечения (гиперсексуальность, агрессивность) на фоне дефекта интеллекта или эмоций. Особенно опасны больные, которые настойчиво обвиняют в воображаемом преследовании или проступке определенное лицо и замышляют расправу над ним («преследуемый преследователь»).

Неотложная помощь:

– меры физического ограничения с помощью табельных средств (фиксация);

– купирование возбуждения, обычно используют внутримышечное или внутривенное введение нейролептиков (аминазин, тизерцин, галоперидол, ифтазин);
– транквилизаторов (реланиум, диазепам, феназепам, седуксен).

2. Фебрильная шизофрения («смертельная кататония»). Психическое состояние: кататоно-гебефренное возбуждение кататонический ступор – синдромы помрачения сознания (онейроид, аменция, сопор, кома). Соматическое состояние: тахикардия, тахипное, колебания АД, гиповолемия, токсический габитус, снижение массы тела, гипертермия. Олигурия, частое развитие осложнений – отек мозга, легких, ДВС, острая печеночная, почечная и легочная недостаточность. Заболевание расценивается как аутоиммунный энцефалит, энцефалоз.

Неотложная помощь:

– при наличии лихорадки – региональная гипотермия крупных сосудов;

– для стабилизации сосудистого тонуса: кордиамин 2 мл. подкожно, при остром снижении артериального давления мезатон внутривенно 0,2–0,5 мл. 1% раствора в 40 мл. 5-20-40%-ного раствора глюкозы или изотоническом растворе натрия хлорид;

– амидопирин 10-го мг 4%-ного раствора внутримышечно;

– для предупреждения отека мозга: преднизолон 60-120 мг внутримышечно, аскорбиновая кислота 10 мл 5% -ного раствора внутривенно, антигистаминные препараты: димедрол – 2 мл 1% -ного раствора, пипольфен – 2 мл 2,5 % -ного раствора внутримышечно.

3. Эпилептический статус – фиксированное эпилептическое состояние вследствие продолжительного эпилептического припадка или припадков, повторяющихся через короткие промежутки времени. Судорожная форма статуса - состояние, при котором больной не приходит в сознание между серий эпилептических припадков, или наблюдается постоянная фокальная двигательная активность без изменения.

Неотложная помощь:

– придание положения, исключающего травматизацию головы и туловища и возможности аспирации;

– повернуть голову набок, не допускать западение языка;

– в промежутках между судорогами ввести воздуховод;

– противосудорожная терапия: седуксен 10-20 мг внутривенно, медленно с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида, при неэффективности – внутримышечное введение гексенала или натрия тиопентала (в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида 10%-ный раствор, вводят из расчета 1 мл на 10 кг веса).

4. Тяжело протекающий делирий – является самым частым острым психозом при различных органических поражениях нервной системы, в целом делирий следует рассматривать как весьма опасное, угрожающее жизни состояние. Признаками тяжело протекающего делирия являются: выраженное истощение, падение АД, мелкие хаотичные движения больного в пределах постели, артериальная гипертензия, подъем температуры тела. Появление делирия свидетельствует о резкой декомпенсации всех защитных сил организма.

Неотложная помощь:

- ликвидация двигательного возбуждения: седуксен (реланиум, валиум) по 10,0 мг внутривенно в разведении на 10, мл 0,9 % физиологического раствора;

- энтеросорбция – активированные угли;

- инфузионная терапия (глюкоза 5%, физиологический раствор 0,9%, гемодез и др.);

Метаболическая терапия (витамины, панангин, рибоксин).

5. Отказ от еды (нервная анорексия, кататонический синдром, бред отравления) – о длительном голодании свидетельствуют запах ацетона изо рта, снижение тургора кожи, гипотония, гипогликемия, отсутствие стула, нарастающее истощение. При этом больные могут открыто выражать, свое нежелание есть (сжимать зубы, отворачивать голову, выплевывать пищу) либо скрывать свои истинные намерения, то есть принимать пищу, а позже вызывать рвоту.

Неотложная помощь:

- следует объяснить пациенту, в чем состоит необходимость срочных лечебных мероприятий проводимые врачами;

- для повышения аппетита назначают инсулин, нейролептики;

- назначают анаболические гормоны (ретаболил);

- парентеральное питание. При кататоническом синдроме эффективна процедура растормаживания. В последние годы для растормаживания используют диазепам (седуксен, реланиум) иногда с подкожным введением кофеина. При этом постоянно выступают с больным в речевой контакт, предлагая ему пищу.

6. Тяжелые алкогольные абстиненции также входят в круг неотложных состояний, что объясняется как тяжестью состояния у этих больных, так и реальной возможностью развития делирия.

Неотложная помощь:

- инфузионная терапия (глюкоза 5%, физиологический раствор 0,9%, гемодез и др);

- купирование страха и тревоги (седуксен, реланиум, диазепам, феназепам)

- витамины группы В, аскорбиновая кислота

7. Тяжелые психотические депрессивные состояния: снижение настроения – от грусти, печали до физического чувства тоски с локализацией в груди и непереносимой душевной болью; сверхценные идеи – от чувства малоценности до убеждения в собственной виновности, греховности. Идеи виновности служат причиной как простых суицидных попыток, так и расширенных суицидов.

Неотложная помощь:

- диазепам – 15-30 мг, левомепромазин – 25-75 мг, карбамазепин 400-600 мг внутримышечно – успокаивающие;

- золомакс 1,0 мг внутрь с целью коррекции сна;

- мелипрамин – 100 мг внутримышечно – купирование

двигательной и идеаторной заторможенности, вялости, апатии;

- амитриптилин 50-100 мг внутримышечно купировании

тревожно-депрессивных состояний.

8. злокачественный нейролептический синдром – острое осложнение психофармакотерапии проявляются резким появлением тонуса всех мышц, подъемом температуры тела, гипертензией или падением АД, тахикардией профузным потом, нарушением сознания. Поражением мышц (рабдомиолиз) проявляется мышечными болями).

Неотложная помощь:

- отмена нейролептического лечения;

- устранение экстрапирамидных нарушений: диазепам 20 мг внутримышечно, акинетон 2-16 мг внутримышечно, димедрол 25-150 мг внутримышечно, циклодол 2-12 мг внутрь.

9. Генерализованная аллергическая реакция (ГАР) как тяжелое осложнение при лечении нейролептиками. Это состояние, имеющее приблизительный аналог в соматической медицине (синдром Лайела), из всех нейролептических осложнений выделяется наибольшим летальным риском. Развивается прогрессирующий буллезный дерматит с обширными глубокими некрозами кожи, подкожной клетчатки мышц.

Неотложная помощь:

- отмена психофармакотерапии;

- десенсибилизирующие препараты: димедрол, 2-12 мг, супрастин 4-8 мг;

- гормональная терапия – 60-120 мг;

- инфузионная терапия: раствор 5%- глюкозы 0,9 – физиологического раствора.

10. Суицидальное поведение. Самой частой причиной самоубийств в психиатрической практике считают тяжелые депрессивные состояния. Практически все больные с депрессией выражают уверенность в бессмысленности жизни, ждут приближения её конца, однако активные действия по осуществлению суицида предпринимают лишь некоторые из них. Наличие в анамнезе суицидальных попыток – очень тревожный знак, поскольку в большинстве случаев такие попытки повторяются. При шизофрении суицидальное поведение может быть обусловлено императивными голосами, ипохондрическим бредом. У подростков и лиц с истерическими чертами характера отмечаются демонстративные суицидальные попытки. В любом случае суицидальные попытки считаются «неотложным состоянием» и требуют неотложной помощи и немедленной госпитализации.

Неотложная помощь:

- сильные успокаивающие средства: левомепрамазин – 25-75 мг, диазепам – 15-30 мг, кветиапин – 200-400 мг, карбонат лития 900-1200 мг в сутки;
- антидепрессанты: амитриптилин – 50-100 мг внутримышечно, мелипромин 100 мг внутримышечно;
- нейролептики – тизерцин 50-100 мг внутримышечно.

При «неотложных состояниях» в психиатрической и наркологической практике мы имеем дело с сочетаниями психических и соматических заболеваний, травматизмом, отравлениями. Вышеописанные клинические типы

«неотложных состояний» привели к выводу, что при систематизации этих состояний – состояния, представляющие угрозу для жизни больного и состояния, опасные в социальном отношении, необходимо рассматривать вместе. Исход «неотложных состояний» в психиатрической и наркологической практике зависит от объема, качества, своевременности и очередности неотложной помощи.

Первоначально при этих состояниях необходимо купирование психоза, который обусловлен остротой психоза и дезорганизацией поведения, в последующем необходимо устранение нарушенных функций жизнеобеспечения организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина «Психиатрия и наркология». – М.:ГЭОТАР –Мед, 2006. - 620 с.
- 2 Чазов Е.И. «Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь». - М.: Медицина, 1988 – 525 с.
- 3 Виленский Б.С. «Неотложные состояния в невропатологии». - Л-Медицина, 1986. – 7с.
- 4 Нельсон А.И., «Клинико-организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц (диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук)». – М.: – 1999 г.
- 5 Нитруца М.И., Начнибеда А.Н. «Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе (руководство)». – СПб.: 1998. - 30 с.
- 6 Б.Б. Джарбусынова «Психиатрия для врачей общей практики». – Алматы: 2011. – 195 с.
- 7 Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина «Наркология (учебное пособие)». - М.: ГЭОТАР –Мед, 2011. - 188 с.

Түйін: Мақалада психиатриялық және наркологиялық тәжірибедегі «шұғыл жағдайларды» негіздеу қарастырылған. Психиатрия мен наркологиядағы «шұғыл жағдайларды» жіктеу негізінде осы жағдайларды жүйелеу. Н.Лутер (1980). Осы жағдайлардағы шұғыл көшектің ерекшеліктері: уақытылы, ретті, көлемді және сапалы көмек көрсету.

Түйінді сөздер: шұғыл жағдайлар, шұғыл көмек, психозды тоқтату, организмнің өмірлік маңызды функцияларының бұзылыстарын жою.

A.A. ASHIMOV, A.E.ZHEKSEMBINA

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of internship and residency in Psychiatry and Narcology*

EMERGENCY SITUATIONS IN PSYCHIATRY AND ADDICTION

Resume: In this article the rationale for the "study of emergency conditions" in the psychiatric and drug practices, ordering of these states by the example of the classification of "emergency conditions" in psychiatry and addiction H. Louter (1980). Features of emergency in these conditions: the timeliness, sequence, volume and quality. Many people who are opioid addicted have co-occurring mental disorders. However, mental health and addiction treatment systems often are separated. This situation may result in patients' being treated at one location for addiction and at another for mental disorders. Some mental health care facilities do not accept patients in medication-assisted treatment for opioid addiction (MAT), forcing these patients to choose which disorder to treat.

The concept of "states of emergency in Psychiatry and Addiction" is arbitrary, since as there is almost no emergency condition, which would be accompanied by a violation of the mental functions, and would not involve other body systems. In a number of guidelines in this group include emergency conditions, emerging only in the framework of mental illness, alcoholism, substance abuse and exclude acute mental disorder with somatic diseases. The major emergency situations in Psychiatry and Addiction include: Agitation, suicidal and auto-aggressive behavior, convulsive seizures and status epilepticus; Nonalcoholic (somatogenic) delirium; amental syndrome, Delirium tremens (complicated and uncomplicated), acute alcoholic encephalopathy Gayet-Wernicke; Syndromes Off consciousness Refusal to eat due to mental disorders, severe (deep) drunkenness; overdose of opiates or opioids; Main types of withdrawal syndromes; Panic attacks and vegetative crises; poisoning with psychotropic drugs, acute complications in the application of psychotropic drugs. In psychiatric practice emergency conditions are not determined by the intensity of the patient experience, and psycho-motor manifestations of the disease or expected actions and behavior of the patient. Emergency assistance for mental illness, along with drug treatment includes special activities for the care, supervision and oversight. It should be emphasized that the emergency services have not only acute but also in chronic psychotic disorders occurring involving dangerous actions of patients. Of all the categories of emergencies in psychiatry are three main, related to:

- suicide attempt or threat;
- Unmanaged agitated; • physical violence or its threat.

The provision of emergency care for mentally ill need to establish an accurate diagnosis of acute symptoms and underlying mental illness that caused the syndrome, and be sure to monitor the behavior of the patient. If the primary diagnosis of mental illness is not possible, to exclude the organic etiology of acute agitation or other mental disorders, as high doses of haloperidol, chlorpromazine and other neuroleptics inside (as in relieving mania or schizophrenia) can lead to death. The most pressing problem of differential diagnosis in emergency mental states is the establishment of an organic or inorganic nature of acute mental syndrome.

Keywords: mental disorders, emergency situations in psychiatry and addiction

УДК 159.9(075.8)

А.А. АШИМОВ, Н.Т. КАСЫМОВА, П.А. БОРАКБАЕВА, А.А. СЕЙДАХМЕТОВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии

СЕКСУАЛЬНОСТЬ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПОДДЕРЖАНИЯ НОРМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сексуальное здоровье может быть определено, как не только отсутствие каких либо болезненных изменений в организме человека, которые могут приводить к снижению сексуальной функции, но и интегральный комплекс взаимодействующих компонентов сексуальности – биологического (анатомо-физиологического) социального психологического, социально-психологического, обеспечивающих сексуальное поведение, сложную систему взаимоотношений, приводящий к оптимальной сексуальной адаптации к противоположному полу, сексуальной гармонии в соответствии с нормами социальной и личной морали. Положение врача общей практики дает идеальные возможности для диагностики и лечения сексуальных расстройств. Многие даже не подозревают о том, что предъявляемые ими жалобы обусловлены сексуальными расстройствами, хотя сегодня известно что именно эти расстройства нередко являются причиной или ведущим звеном патогенеза той или иной соматической патологии.

Ключевые слова: Сексуальное здоровье, сексуальность, половое самосознание, половое поведение, сексуальная установка, сексуальная потребность, эротическое поведение, сексуальная активация, сексуальная возбудимость

Сексуальность и ее психологические аспекты – одна из основных движущих сил, объединяющих людей и формирующих их многогранную совместную жизнь. Она обусловлена интегрированием биологических, психических и социо-культурных факторов. В рамках человеческих ценностей сексуальность является врожденной потребностью человека и одной из важнейших функций ее существования. Жизнь современного человека протекает в четырех измерениях: труд, отдых, семья и интимная жизнь.

Реализация сексуальности формирует сексуальное здоровье. По определению ВОЗ: Сексуальное здоровье есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека и его способность к любви. Это общее понятие сексуального здоровья предусматривает три аспекта (элемента):

- 1.Способность к наслаждению и контролю, как сексуального поведения, так и детородной функции в соответствии социальной и личной этики.
- 2.Свободу от страха, чувства стыда, вины, ложных представлений и других факторов, подавляющих сексуальные проявления и нарушающих интимную жизнь.
- 3.Отсутствие органических расстройств, заболеваний, мешающих реализации сексуальной и детородной функций.

Для объяснения сексуальности было предложено понятие «сексуальной возбудимости», под которой понимают состояние, обусловленное как биологическими факторами (например, уровнем половых гормонов), так и социально-психологическими критериями. Под ним понимают и индивидуальный жизненный и сексуальный опыт, уровень культуры, социальное положение человека, психологические особенности. Сексуальность человека следует рассматривать как динамический, развивающийся процесс в котором тесно переплетены как биологические, так и социально-психологические факторы. Психосексуальное развитие следует рассматривать как один из аспектов онтогенеза, тесно связанный с общим биологическим развитием организма. В процессе психосоциального развития индивид усваивает определенную половую роль и правила сексуального поведения.

Сексуальное здоровье может быть определено, как не только отсутствие каких либо болезненных изменений в организме человека, которые могут приводить к снижению сексуальной функции, но и интегральный комплекс взаимодействующих компонентов сексуальности-биологического (анатомо-физиологического), социального, психологического, социально-психологического, обеспечивающих сексуальное поведение, сложную систему сексуальных взаимоотношений, приводящих к оптимальной сексуальности адонтации к противоположному полу, сексуальной гармонии в соответствии с нормами социальной и личной морали (Кришитель В.В. 1999).

Сексуальность современного человека в значительной мере освободилась от биологической детерминированности и во многом зависит от психологических и социо-культурных факторов. Его потребность в воспроизводстве отделена от потребности в сексуальном удовлетворении и общении. Социализация сексуальности проявляется в усвоении сексуальных и общественных норм, в культуре, обусловленной половым воспитанием и сексуальным просвещением, в опыте, выработке установок, в сексуальной потребности, кинетике и позах полового акта, стремление к эротической привлекательности, а также выработке отношения к сексуальности и идеала красоты.

Социально-психологическое обеспечение сексуального здоровья обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием социальной, малой группы (семьи или партнерской пары), а также сложившейся дифференциацией мужских и женских ролей, стереотипов мужественности и женственности. На формирование сексуального поведения оказывает влияние так же уровень культуры чувств, сексуальной культуры, в свою очередь зависящий от индивидуально-психологических особенностей личности.

Динамический стереотип сексуального поведения оценивается состоянием системообразующих характеристик сексуальности, объединенных в несколько групп.

Первая группа системообразующих качеств сексуального поведения:

- 1.Половое самосознание
- 2.Полорольное поведение
- 3.Психосексуальная ориентация

Половое самосознание-осознание половой принадлежности собственной личности и окружающих. Полоролевое поведение, то есть стереотип адекватной половой роли, соответствующей анатомическим и психофизиологическим признакам ребенка, которое определяется в основном социальной средой.

Психосексуальная ориентация это направленность полового влечения обусловленная чаще всего также социальной средой.

Перечисленные качества обуславливают психосексуальность развития.

Ко второй группе системообразующих признаков относятся:

1. Половое влечение

2. Сексуальная возбудимость и активность

В состав полового влечения (либидо) входят психологический, нейрогуморальный и корковый (условно-рефлекторный) компоненты.

Сексуальная возбудимость скорость протекания сексуальных реакций – зависит от типа нервной системы, темперамента, половой конституции, эрогенности внешних раздражителей и регулярности половых актов, сексуальных реакций за определенный отрезок времени.

Третья группа качеств:

1. Сексуальная установка – готовность, предрасположенность к определенным сексуальным действиям:

- установка на технику полового акта – механоцентрическая (фамоцентрическая).

- установка на оргазм (после оргазма наступает психосексуальное удовлетворение) – оргамоцентрическая.

- экстазоцентрическая – готовность к экстазу, многократному переживанию оргазма.

2. Сексуальная потребность – состояние индивида, создаваемое потребностью в объектах, необходимых для его сосуществования с лицом другого пола, правильного развития и функционирования, что определяет формы эротического поведения.

3. Эротическое поведение – формы способы выражения сексуальности, в основном обусловленные социальными психологическими и культурными факторами.

4. Сексуальная мотивация – побуждения возникающее под воздействием совокупности внешних или внутренних условий, вызывающих активность организма и определяющие ее направленность на удовлетворение сексуальной потребности.

5. Мотив – активное состояние психики, побуждающее индивида к деятельности.

Системообразующими качествами последней группы являются: эрекция, эякуляция и оргазм, характер протекания которых обусловлены анатомо-физиологическими, психологическими, социально-психологическими факторами.

Исходя из интегративного характера сексуальности, можно сформулировать систему критериев оценки оптимальной нормы сексуальности.

Критерии оценки оптимальной анатомо-физиологической нормы сексуальности:

1. Отсутствие признаков, свидетельствующих о нарушении соматополового развития и его завершения.

2. Отсутствие признаков, свидетельствующих психосексуального развития и его завершения.

3. Отсутствие заболеваний, ведущих к ослаблению сексуальной функцией.

4. Правильные сексуальные действия и поведение, не приводящие к развитию заболевания.

5. Наличие при генито-генитальном половом акте обоюдного оргазма, экстаза.

Критерии оценки социальной нормы сексуальности:

- Соответствия общего уровня и типов сексуальной культуры партнеров.

- Соответствие этнических особенностей сексуальности партнеров.

- Соответствие индивидуального сексуального поведения с признанными общественными нормами и формами.

- Соответствие сексуального поведения личной и общественной морали.

- Правильная и достаточная осведомленность в области психогигиены половой жизни.

- Отсутствие признаков социальной дезадаптации супругов и социальной дезориентации семьи (родительской и собственной).

Критерии оценки психологической нормы сексуальности:

1. Сексуальное поведение зрелых личностей, которое способствует правильному проявлению индивидуальности

2. Отсутствие сексуальных комплексов

3. Адекватность и соответствие сексуальной установки, мотивации и мотивов полового акта

4. Отсутствие у одного из партнеров черт характера, вызывающих у другого негативное отношение

Критерии оценки социально-психологической нормы сексуальности:

1. Наличие взаимного желания.

2. Наличие взаимной любви, глубоких эмоциональных связей.

Нормы сексуального поведения не являются универсальными, историческими и биологическими жестко заданными. Тем не менее, человечество на протяжении своей истории выработало в целом естественную систему подхода к сексуальности, к сексуальной культуре. В то же время сексуальные расстройства встречаются в общей врачебной практике достаточно часто: по различным данным, они имеются у 10-70% людей; нередко они вызваны внутренними болезнями или приемом лекарственных средств. Если к этому добавить, что в средствах массовой информации постоянно постулируется не только желательность, но и необходимость постоянной сексуальной активности, сопровождающиеся многочисленными нередко противоречивыми «рецептами» ее поддержания и приумножения, становится понятной необходимость к выше указанным причинам добавить видимое увлечение самолечения из-за наличия огромного количества средств претендующих на роль панацеи при коррекции индивидуальных особенностей сексуальности. Это происходит в рамках насаждения средствами массовой информации некой «нормативной базы» усредненной сексуальной нормы и развивается на фоне чрезмерной и изнурительной служебной занятости современного человека ограничивающей как его сексуальные возможности, так и возможности создания семьи и /или брачной пары. Становится понятным необходимость принципиальной перестройки технологии оказания сексологической медицинской помощи. Положение врача общей практики дает идеальные возможности для диагностики лечения и профилактики сексуальных расстройств. Основная трудность консультирования при этом заключается не в том какой дать совет (многие

просто не осведомлены в вопросах половой жизни или имеют о ней неправильные представления) а в том, как наладить взаимоотношения с консультируемым. Люди не всегда прямо говорят о сексуальных расстройствах, часто они обращаются к врачу с другими жалобами. Догадаться об истинных причинах обращений нетрудно, но чтобы не оскорбить консультируемого и не оттолкнуть его от себя, нужно потратить на разговор больше времени, чем обычно. Многие даже не подозревают о том, что предъявляемые ими жалобы обусловлены сексуальными расстройствами, хотя сегодня известно, что именно эти расстройства нередко являются причиной или ведущим звеном патогенеза той или иной соматической патологии. С другой стороны сексуальные расстройства, существенно снижая качество жизни, могут отрицательно влиять на эффективность лечения того или иного соматического заболевания и удлинять сроки реабилитации пациентов. Сексуальные расстройства органической природы составляют не более 25-30% от всех сексуальных расстройств. Кроме сексуальных расстройств выделяют сексуальные отклонения и извращения. Врач общей практики, к примеру длительного наблюдает и консультирует семьи,

что позволяет ему участвовать в половом воспитании детей и взрослых. Наиболее подходящие моменты для его проведения:

- наблюдение во время беременности и в послеродовой период.
- консультирование по вопросам контрацепции;
- обращение родителей по вопросам полового воспитания детей;
- соматические заболевания;
- консультирование подростков;
- консультирование в климактерический период.

Это позволит (и нередко позволяет весьма существенно) более эффективно решить проблемы восстановления качества жизни пациента, при конкретной соматической патологии.

Все вышеизложенное делает целесообразным знакомство врачей общей практики с основными принципами сексуальной медицины, включающими самые современные методы сексологической помощи и методики их реализации, а также теоретическую основу и прикладные аспекты сексологии, для сохранения сексуального здоровья человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бежен А. Рационализация и демократизация сексуальности // Социология сексуальности. – СПб.: Институт социологии РАН, 1997. - С.14-19.
- 2 Гидденс Э. Фуко о сексуальности // Социология сексуальности. – СПб.: Институт социологии РАН, 1997. - С.20-29.
- 3 Он же. Социология. - М.: Эдиториал УРСС, 1999. – 704 с.
- 4 Лапланш Ж., Понталис Ж.Б. Словарь по психоанализу. - М.: Высшая школа, 1996. - С. 424-458.
- 5 Темкина А. Сценарии сексуальности и сексуальное удовольствие в автобиографиях современных российских женщин // гендерные исследования 3(2/1999): Харьковский центр гендерных исследований. - С. 125-127.
- 6 A Concise Glossary of Feminist Theory. London, New York: Arnold, 1997.
- 7 Andersen M. Thinking about women. Sociological Perspectives on Sex and Gender Boston: Allyn and Bacon, 1997. - P.78-79.
- 8 Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. Sexual behavior in the human male. Philadelphia, 1948.
- 9 Ю.В. Борисенко «Основы сексологии». - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2009.
- 10 В. Доморацкий «Психотерапия сексуальных расстройств и медицинская сексология». – М.: «Академический проект», «культура», 2009.
- 11 С.Б. Артифксов «Сексopatология». – М.: «Медицинская книга», 2006.

Түйін: Сексуалдық денсаулық бұл адам ағзасында сексуалдық функцияның төмендеуіне алып келетін қандай да бір аурушандық өзгерістерінің болмауы ғана емес, бұл сексуалдылықтың өзара байланысатын компоненттерінің – сексуалды мінез-құлықты, қарсы жынысқа оңтайлы сексуалды бейімделуге әкелетін өзара қарым-қатынастың күрделі жүйесін, әлеуметтік және жеке мораль нормаларына сәйкес келетін сексуалды гармонияны тударатын биологиялық (анатомиялық-физиологиялық) әлеуметтік психологиялық, әлеуметтік-психологиялық, бірлескен кешені болып табылады. Жалпы тәжірибе дәрігерінің мүмкіндігі сексуалдық бұзылыстарды диагностикалау және емдеуге мол мүмкіндік береді.

Жалпы көп адамдардың айтатын шағымдарының барлығы сексуалдық бұзылыстарға байланысты екенін өздері де байқамайды. Бүгінгі таңда дәл осы бұзылыстар көп жағдайларда соматикалық патологиялардың алдығы себептерінің бірі.

Түйінді сөздер: Сексуалды денсаулық, сексуалдық, жыныстық, өзін-өзі тану, жыныстық мінез-құлық, сексуалды орнату, сексуалды қажеттілік, эротикалық мінез-құлық, сексуалды активтілік, сексуалды қозғалыстық.

A.A. Ashimova, N.T. KASYMOVA, P.A. BORAKBAEVA, A.A. SEYDAHMETOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

Department of internship and residency in Psychiatry and Addiction

SEXUALITY AND SEXUAL HEALTH.

DOCTOR OF GENERAL PRACTICE IN PROVIDING MAINTAINING A NORMAL SEXUAL BEHAVIOR

Resume: Sexual health can be certain as not only the absence of any pathological changes in the human body, which can lead to a decrease in sexual function, but also an integrated set of interacting components of sexuality - biological (anatomical and physiological) of the social psychological, social, psychological, providing sexual behavior, a complex system of relationships, which leads to optimal sexual adaptation to the opposite sex, sexual harmony in accordance with the norms of social and personal morality. The position of general practitioner provides ideal opportunities for the diagnosis and treatment of sexual disorders. Many are not even aware that their standards complaints are due to sexual dysfunction, although today it is known that these disorders are often a leading cause or pathogenesis of a physical illness.

Keywords: Sexual Health, sexuality, sexual identity, sexual behavior, sexual values, sexual need, erotic behavior, sexual activation, arousal

УДК 616.857 – 616 – 036.12.

К.Б. РАИМКУЛОВА, Х.Б. РАИМКУЛОВА, Д.П. ЖАНСЕИТОВА, И.А. ЛУНГАРЬ, Н.А. КУШПЕЛЕВА, Е.М. ВОРОБЬЕВА,
Е.О. КАЗАНЦЕВ, Г.М. СУДЖИКОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ХИГМ)

В статье представлены материалы эффективности лечения больных с хронической ишемией головного мозга с применением препаратов пентоксифиллин, актовегин и милдронат. Показываются результаты эффективного лечения при применении препаратов пентоксифиллин и актовегин, по сравнению с препаратами другой группы.

Актуальность проблемы. Патология сосудов головного мозга занимает ведущее место в неврологии не только с ее высокой распространенностью, но также большой летальностью и инвалидизацией лиц наиболее трудоспособного возраста (Е.В. Шмидт с соавт., 1979, 1980). Поражение головного мозга сосудистой этиологии, к которым относятся малый и большой инсульт, также хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия) (В.В. Захаров, 2003, 2005; Дамулин И.В., 1997.) Ранняя профилактика, диагностика и качественное лечение сосудистых заболеваний головного мозга является одной из самых важных проблем в современной неврологии (Камчатнов П.Р., 2004; Манвелов Л. С., Кадыков А.С., 2000; Верещагин Н.В., и др., 1993, 2001; Robertson C.S. et all, 2002, Sheinberg M, et all, 2002; Калашникова Л.А. с соавт., 1998). Если в странах Западной Европы и Японии смертность от сосудистой патологии имеет тенденцию к снижению, а продолжительность активной жизни, населения увеличивается из года в год, то в России и странах СНГ эти показатели желают лучшего, так как показатель смертности от цереброваскулярной патологии – остается одним из самых высоких в мире (287,2 на 100 тыс. населения на 2011 год), сохраняется тенденция ранней инвалидности населения от инсультов и эти показатели ежегодно увеличиваются в разы (Алмазов В.А. с соавт, 2001; Штульман Д.Р., Левин О.С., 2005; Гогин Е.Е., Седов В.П., 1997; Шевченко О.П., Яхно Н.Н., Парфенов В.А., 2008; Шляхто Е.В., 2010г) [14-18]. Если в России смертность от инсультов занимает второе место после острых заболеваний сердца и первое место по уровню резкой остаточной инвалидности (3,2 на 10000 населения), то и в странах СНГ эти показатели на душу населения мало чем отличаются. По данным Н.Н. Яхно с сотрудниками (2008) в течение первого года после инсульта умирают около 60% больных, а около 20% становятся инвалидами первой группы и полностью зависят от окружающих и лишь 20% пациентов выздоравливают, но в течение последующих лет большая часть больных вновь переносят инсульт [19-21]. Если в наиболее крупных промышленных центрах России ежегодная частота инсультов составляет 3-4 на 1000 населения, то показатели инсультов в глубинке разнятся, за счет того, что они чаще всего не выявляются (синдром внезапной смерти) или проходят под маской других заболеваний. Основной причиной инсультов остается артериальная гипертензия. (Гусев Е.И., 2009-2012) [22-23]. Поэтому особое место занимает процесс лечения в этой грозной патологии, уносящие тысячи молодых жизней.

Методы исследования. В качестве эффективных методов лечения больных с хронической недостаточностью (ишемией) мозгового кровообращения (дисциркуляторной энцефалопатией), был предложен лечебный комплекс медикаментозной терапии с вазоактивными и ноотропными препаратами – актовегин и пентоксифиллин, а также сочетание пентоксифиллина с милдронатом. Комплексная медикаментозная терапия с вазоактивными и ноотропными препаратами – актовегин и пентоксифиллин могут быть использованы в сочетании с общепринятыми методами в качестве патогенетических методов лечения не только в стационарных, но также в амбулаторно-поликлинических условиях для реабилитации больных с хронической ишемией головного мозга.

Были исследованы больных с хронической ишемией головного мозга. Сравнивались результаты лечения больных с ХИГМ при применении актовегина и милдроната.

В первую основную группу вошли 106 больных, а во вторую контрольную группу 128 больных. Больные обеих групп получали лечение, включающее вазоактивные препараты одной группы и препараты, обладающие ноотропным действием из разных групп. Также пациенты обеих групп дополнительно получали седативные препараты, малые транквилизаторы и препараты, а также препараты действующие на вегетативную нервную систему (беллоид, белласпон, беллатамитал).

Схема лечения заключалась в следующем: больным в обеих группах назначались в/венные капельные инъекции по 5,0 раствора пентоксифиллина, на 200,0 физиологического раствора натрия хлорида. Больные 1 группы получали инъекции актовегина в дозировке 5,0 мл на 20,0 мл физиологического раствора. Больные 2 группы получали в/вено струйно инъекции по 5,0 мл милдроната ежедневно в течение 10 дней.

Результаты исследования. Анализ клинической эффективности данной схемы лечения с применение данных лекарственных препаратов, седативных препаратов, малых транквилизаторов и препаратов, действующие на вегетативную нервную систему (беллоид, белласпон, беллатамитал), в комплексном лечении больных с хронической ишемией головного мозга (таблица1) показывает, что терапия, направленная на основные звенья патогенеза данного заболевания, способствует частичному регрессу неврологических проявлений, наилучший эффект отмечен в первой группе больных.

Таблица 1 - Сравнительные данные о степени выраженности клинического эффекта от характера лечебного комплекса, использованного для лечения больных с хронической ишемией головного мозга ($P \pm m\%$)

Группы обследованных	Число наблюдений	Степень выраженности клинического эффекта ($P \pm m\%$)				
		Полный регресс	Значит. улучшение	Улучшение	Незначительное улучшение	Отсутствие эффекта
1-группа	53	-	58,5±6,4	35,8±5,4	5,7±2,3	-
2-группа	64	-	26,6±4,7	34,3±5,2	29,7±4,9	9,4±2,9

Заключение. Таким образом, применение лечебного комплекса медикаментозной терапией (таблица 1) при лечении больных с хронической ишемией головного

мозга оказался более эффективным у больных в первой группе, чем у больных в контрольной группе (2 группа).

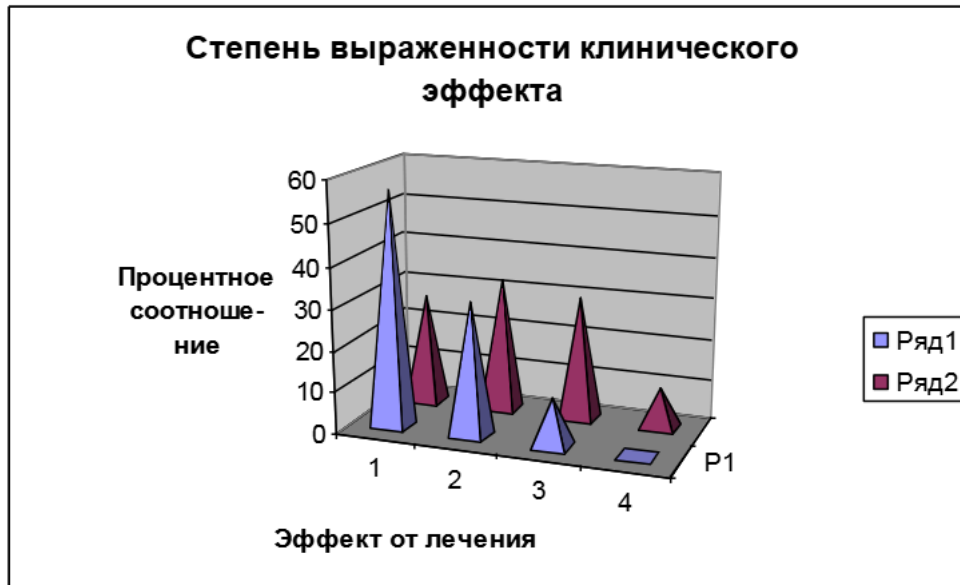


Рисунок 1 - Степень выраженности клинического эффекта в зависимости от характера лечебного комплекса, использованного для лечения больных с хронической ишемией головного мозга ($P \pm m\%$)

Где: Р 1 – группа больных (106 больных); Р 2 – группа контрольная больных (128 больных)

1- Значительное улучшение.

2- Улучшение

3- Незначительное улучшение

4- Отсутствие эффекта

Выводы: Анализ клинической эффективности использованного комплекса показывает, что терапия

направленная на основные звенья патогенеза ХИГМ, способствует частичному регрессу неврологических проявлений. Эффективной схемой лечения явилось применение в комплексном лечении препаратов актовегин и пентоксифиллин, по сравнению с препаратами другой группы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт: Заболеваемость и смертность. // Ж. невропат. И психиатр. -1979.-№4. – С. 427-432.
- 2 Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Социальные последствия мозгового инсульта // Сосудистые заболевания нервной системы: материалы выездной сессии НИИ неврологии в Нечерноземную зону РСФСР. – Смоленск: - 1980. – С. 3-6.
- 3 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. – М.: ГеотарМед, 2003. – 150 с.
- 4 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. – М.: 2005 – 71 с.
- 5 Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте / Автореферат дисс... д. м. н. - М.: 1997. – 32 с.
- 6 Дамулин И. В. Дисциркуляторная энцефалопатия. Справочник поликлинического врача. – 2002. – №3. – С.21–24.
- 7 Камчатнов П.Р. Дисциркуляторная энцефалопатия – некоторые вопросы киники и терапии. Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.12. – №24. – С. 1414–1417.
- 8 Манвелов Л. С., Кадыков А.С. Дисциркуляторная энцефалопатия. Клиническая геронтология. – 2000. – Т.6. – №9. – 10. – С.21–27.
- 9 Верещагин Н.В., Борисенко В. В., Власенко А.Г. Мозговое кровообращение. - М.: 1993. – 208 с.
- 10 Верещагин И. В., Моргунов В.А., Гулевская Т. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. – М.: 1997. – 288 с.

- 11 Robertson CS, Contant CF, Gokaslan ZL, et al: Cerebral blood flow, arteriovenous oxygen difference, and outcome in head injured patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 2002. - 26. – 55. – P. 594-603.
- 12 Sheinberg M, Kanter MJ, Robertson CS, et al: Continuous monitoring of jugular venous oxygen saturation in head-injured patients. *J Neurosurg*. - 2002. - 11. – 76. – P. 212-217,.
- 13 Калашникова Л.А., Гулевская Т.С., Кадыков А. С., Шахпаронова Н.В. Субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия // *Неврологический журнал*. – 1998. - Т.3. - N2. - С. 7-13.
- 14 Алмазов В.А., Шляhto Е.В. *Кардиология для практического врача. Гипертоническая болезнь*. – СПб.: 2001г.
- 15 Гогин Е. Е. *Гипертоническая болезнь*. - М.: – 1997. – 224 с.
- 16 Штульман Д.Р., Левин О.С. *Неврология*. - М.: Медпресс–информ, 2005. – С. 70–90.
- 17 Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Яхно Н.Н., Парфенов В.А.// *Артериальная гипертония и церебральный инсульт*. – М.: 2011г. – С.192.
- 18 Шляhto Е.В. «*Кардиология для практического врача. Гипертоническая болезнь*». – СПб.: 2010г.
- 19 Яхно Н.Н., Захаров В. В., Локшина А. Б. *Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии*. – 2006. – Т.106. – №2. – С.58–62.
- 20 Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. *Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. - 2008. - Т. 105. - 2. - С. 13–17.
- 21 Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Захаров В.В. *Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // Клиническая геронтология*. - 2008. - Т. 11. - С. 38–39.
- 22 Гусев Е.И., Скворцова В.И. *Ишемия головного мозга*. - М: Медицина, 2012. - С.19-24.
- 23 Гусев Е.И., Белоусов Ю.Б., Бойко А.Н. и др. *Общие принципы проведения фармакоэкономических исследований в неврологии: Методические рекомендации*. – М.: 2012. - 56 с.

Түйін: Мақалада бас миының созылмалы ишемиямен ауратын науқастарды пентоксифиллин, актовегин және милдронатпен емдеу тиімділіктері көрсетілген. Пентоксифиллин және актовегин препараттарын басқа топ препараттарымен салыстырғандағы емдеу тиімділіктерінің нәтижесі көрсетілген.

K.B. RAIMKULOVA, H.B. RAIMKULOVA, D.P. ZHANSEITOVA, I.A. LUNGAR, N.A. KUSHPELEVA, E.M. VOROBYEVA, E.O. KAZANTSEV, G.M. SUDZHIKOVA, B.N. RAIMKULOV

S.J. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA BRAIN

Resume: The article presents the materials of efficiency of treatment with chronic cerebral ischemia with the application of drug pentoxifylline, Actovegin and mildronate. Displays the results of effective treatment by using drugs pentoxifylline and Actovegin, as compared with the drugs of another group.

As effective treatments for patients with chronic heart failure (ischemic) stroke (discirculatory encephalopathy) has been proposed medical complex drug therapy with vasoactive and neuroprotective drugs – aktovegin and pentoxifylline, and the combination of pentoxifylline with mildronate. Comprehensive medical therapy with vasoactive and neuroprotective drugs - aktovegin and pentoxifylline may be used in combination with conventional methods as pathogenetic treatment not only in stationary, but also in terms of outpatient rehabilitation for patients with chronic cerebral ischemia.

Were investigated in patients with chronic cerebral ischemia. We compared the results of treatment with the application of aktovegin and mildronat.

The first main group consisted of 106 patients, and the second control group of 128 patients. Patients in both groups received treatment, including one group of vasoactive drugs and drugs with nootropism the influence of different groups. Also, patients in both groups received supplemental sedatives, minor tranquilizers and drugs, and drugs acting on the autonomic nervous system (Belloidum, Bellaspone, bellatamital).

УДК 616.857 – 616 – 036.12.

**И.А. ЛУНГАРЬ, Н.А. КУШПЕЛЕВА, Е.М. ВОРОБЬЕВА, Е.О. КАЗАНЦЕВ, К.Б. РАИМКУЛОВА, Г.М. СУДЖИКОВА,
Х.Б. РАИМКУЛОВА, Д.П. ЖАНСЕИТОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ**
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫСШИХ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В статье представлены данные о влиянии лечения больных с хронической ишемией головного мозга с применением препаратов пентоксифиллин, актовегин и милдронат на показатели высших мозговых функций.

Актуальность. В группе сосудистых заболеваний головного мозга особое место по своей значимости занимает прогрессирующая хроническая цереброваскулярная патология в виде дисциркуляторной энцефалопатии, или хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), развивающейся в результате медленно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения головного мозга на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии или их сочетания (Ильинский Б.В., 1977; Кайшибаев С.К., 1984-1995; Яхно Н.Н., 1995; Cummings J.L., Benson D.F., 1984; Fisher C.M., 1982; Doody R.S., Massman P.J., 1994; Emery V.O.B., Gillie E.X., 1996; Bennett D.A., Wilson R.S., Gilley D.W., Fox J.H., 1990). [1-8]. Ряд авторов, (Захаров В.В., Яхно Н.Н., Дамулин И.В., 1994-1999) считают, что для обозначения клинического состояния, как хроническая ишемия мозга, цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь мозга и т. д. подходит больше термин «дисциркуляторная» энцефалопатия, так как отражает локализацию поражения, его природу и в то же время не связан жестко с конкретным патогенетическим механизмом: только с острой или только с хронической церебральной ишемией [9-10]. При прогрессировании ДЭ быстро развивается не только неврологический дефицит, но и происходит интеллектуальное снижение личности. Снижение когнитивных функций вплоть до развития деменции представляет одну из сложных медико-социальных проблем в большинстве экономически развитых стран мира (Карлов В. В., Куликов Ю.А., Ильина Н.Л., Грабовская Н.В., 1997; Верещагин Н.В., Лебедева Н.В., 1991; Мясников И.Г., 1999; Wahlund L.O., 1994; Inzitari D., Marinoni M., Ginanneschi A., 1993; Iqbal K., Winblad B., Nishimura T., 1997; Israel L., Dell'Accio E., Martin G., 1987) [11-17].

Материалы исследований. Проводилось исследование двух групп больных получавших комплексное лечение. Были исследованы больных с хронической ишемией головного мозга. Сравнивались результаты лечения больных с ХИГМ при применении актовегина и милдроната.

В первую основную группу вошли 106 больных, а во вторую контрольную группу 128 больных. Больные обеих групп получали лечение, включающее вазоактивные препараты одной группы и препараты, обладающие ноотропным действием из разных групп. Также пациенты обеих групп дополнительно получали седативные препараты, малые транквилизаторы и препараты, а также препараты действующие на вегетативную нервную систему (беллоид, белласпон, беллатамитал).

Схема лечения заключалась в следующем: больным в обеих группах назначались в/венные капельные инъекции по 5,0 раствора пентоксифиллина, на 200,0 физиологического раствора натрия хлорида. Больные 1 группы получали инъекции актовегина в дозировке 5,0 мл на 20,0 мл физиологического раствора. Больные 2 группы получали в/вено струйно инъекции по 5,0 мл милдроната ежедневно в течение 10 дней.

Результаты исследований, проведенных среди больных с хронической ишемией головного мозга, показали нарушения высших мозговых функций, проявляющиеся, диспрактическими, гностическими, оптико-пространственными, мнестическими и нейродинамическими расстройствами, послужили основанием для проведения нейропсихологических исследований в качестве одного из критериев оценки эффективности используемого комплекса. Приведенные в таблице результаты исследования памяти, проведенные в динамике лечения больных с хронической ишемией головного мозга, указывает на значительное увеличение среднего числа воспроизведенных слов в сторону нормы (10 слов, начиная с 4 и 5 проб), улучшение кратковременной памяти при пробе с отсроченным воспроизведением слов, уменьшением количества персевераций, появление контаминаций, и усиление продуктивности к концу курса лечения по сравнению с результатами до проведенного лечения. Наиболее выраженные положительные результаты отмечены в основной группе больных.

Таблица 1 - Эффективность медикаментозного лечения больных с хронической ишемией головного мозга на показатели памяти

Группы обследованных	Число наблюдений	Среднее количество слов в опытах I - X										
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	
1-группа основная	106											
До лечения		4,3	4,4	4,8	5,0	6,1	6,5	6,4	6,2	6,0	6,1	
После лечения		6,1	7,0	7,9	8,2	8,9	9,0	9,2	9,5	9,8	10,0	
2- группа контрольная	128											
До лечения		4,5	4,9	5,8	6,5	7,0	6,9	7,4	7,5	7,6	7,7	

После лечения		5,2	5,8	6,9	7,0	7,2	7,9	8,2	8,4	8,5	8,6
Группы обследованных	Число наблюдений	Отсроченное воспроизведение			Персеверации		Контактизации		Продуктивность запоминания		
1-группа основная	106										
До лечения		4,2			14,1		1,6		73,6		
После лечения		7,9			4,8		0,8		85,8		
2- группа контрольная	128										
До лечения		6,1			16,9		0,6		67,1		
После лечения		8,0			8,8		0		76,0		

Применение лечебных комплексов, рекомендуемых нами для лечения больных с хронической ишемией головного мозга, как видно из данных анализа «кривой заучивания» (таблица 2), способствует нормализации и

перехода одних форм кривых в другую и исчезновению «истошающейся» кривой и кривой в форме «плато». Наиболее значительные сдвиги при этом отмечены в первой группе больных.

Таблица 2 - Эффективность медикаментозного лечения больных с хронической ишемией головного мозга на мнестические функции (P±m%)

Группы обследованных	Число наблюдений	Частота изменений кривой заучивания (P±m%)				
		норма	зигзагообразная	ригидная	истошающаяся	«плато»
1-контрольная группа	106					
До лечения		-	52,8±6,1	20,8±4,3	11,3±3,3	15,1±3,7
После лечения		47,1±6,0	24,5±4,7	28,3±4,9	-	-
P<1			0,01	0,05		
2- группа основная	128					
До лечения		-	51,6±5,9	25,0±4,6	12,5±3,4	10,9±3,1
После лечения		31,3±5,0	23,4±4,5	45,3±5,7	-	-
P<1			0,01	0,05		

Исследование произвольного внимания и сенсомоторной реакции по данным пробы Крепелина (таблица 3) указывает на значительное число ошибок по сравнению с исходными данными как в первой, так и во второй группе обследованных. Что касается скорости счетных операций, то она имела тенденцию к ускорению

в сторону нормальных величин после окончания курса лечения в обеих группах больных. Уменьшение числа ошибок и наиболее близкие к норме средней величины скорости счетных операций к концу курса лечения были установлены в первой группе леченных больных, чем у больных в контрольной группе больных.

Таблица 3 - Эффективность медикаментозного лечения больных с хронической ишемией головного мозга на произвольное внимание и сенсомоторные реакции (P±m%)

Группы обследованных	Число наблюдений	Количество ошибок (P±m%)	Скорость счетных операций в сек. (P±m%)
1-группа- контрольная	106		
До лечения		33,9±5,3	66,1±6,6
После лечения		18,9±4,1	39,6±5,5
P<0,05		0,01	0,01
2- группа основная	128		
До лечения		37,5±6,2	62,5±6,1
После лечения		23,4±4,5	50,0±5,8
P<0,05		0,01	0,01

Исследования произвольного внимания и сенсомоторной реакции по данным пробы Крепелина (таблица 3) указывают на наличие значительного числа

ошибок у больных с хронической ишемией головного мозга в контрольной группе. До лечения эти цифры если составляли 33,9%, то после лечения уменьшились до

18,9%. В группе больных с хронической ишемией головного мозга на фоне сахарного диабета в сочетании с артериальной гипертензией эти показатели уменьшились с 37,5% до 23,4%. Скорость счетных операций в секунду в первой группе уменьшилась с 66,1

сек. до лечения и 39,6 секунд к концу, то во второй группе от 62,5 секунд до 50,0 секунд, что опять же доказывает эффективность лечения в первой группе больных.

Таблица 4 - Влияние медикаментозного лечения больных с хронической ишемией головного мозга на частоту поражения зрительно-пространственной организацией движений

Группы обследованных	Частота нарушений по результатам пробы Хэда	
	легкая зеркальность	грубая зеркальность
1- группа (53 больных)		
До лечения	50,9±6,1	9,4±3,0
После лечения	18,8±4,1	—
2- группа (64 больных)		
До лечения	51,6±5,9	10,9±3,2
После лечения	31,3±5,0	—

Изучение зрительно-пространственной организации движений выявили в группе больных в основной группе больных нарушение легкой зеркальности в начале лечения в 50,9% случаев, а грубой зеркальности в 9,4%. К концу лечения эти цифры составили 18,8% , а больных с грубой зеркальностью не наблюдалось. В группе контрольных больных с хронической ишемией головного

мозга на фоне сахарного диабета в сочетании с артериальной гипертензией в начале лечения наблюдалось 51,6% больных с нарушением легкой и 10,9%. С нарушением легкой зеркальности отмечались в 31,3%, а грубой зеркальности к моменту выписки таких больных не наблюдалось (таблица 4).

Таблица 5 - Влияние комплексной терапии при лечении больных с хронической ишемией головного мозга на произвольное внимание и сенсомоторные реакции (Р±m%)

Группы обследованных	Число наблюдений	Количество ошибок(Р±m%)	Скорость счетных операций в сек. (Р±m%)
1- группа больных до лечения	53	37,7±5,5	69,8±6,6
После лечения		24,5±4,6	49,1±6,0
2- группа до лечения	64	39,1±5,4	68,8±6,2
После лечения		20,3±4,2	37,5±5,3

Выводы. Из приведенных данных следует, что лечение, которое применяется у больных с хронической ишемией головного мозга в первой группе оказывает положительный клинический эффект и способствуют значительному улучшению высших психических функций, определяемых нейропсихологическими исследованиями(таблица 5).

У больных в контрольной группе больных с хронической ишемией головного мозга на фоне сахарного диабета в сочетании с артериальной гипертензией нарушения высших психических функций были объединены, по топическому принципу классификации [19] на следующие синдромы: 1) синдром поражения срединных неспецифических структур мозга; 2) корковые нейропсихологические синдромы.

Корковые синдромы, выявленные у больных объединялись из синдромов поражения теменно-затылочных, височных, премоторных отделов коры. При этом поражения вторичные полей - теменно-затылочных отделов коры проявлялись нарушениями зрительно-пространственной организации двигательного акта,

дефектами пространственной ориентации счетных операций. При поражении височных отделов коры правого полушария у больных отмечались затруднения в оценке и воспроизведении ритмических структур. Синдром поражения премоторных отделов коры больших полушарий (первичное 4-ое поле, вторичное 6-е, 8-е, 44-е поля), сопровождался двигательными и нейродинамическими проявлениями в виде нарушений плавности, автоматизированности, последовательности простых и сложных двигательных актов, а также инертности, большого количества ошибок при решении арифметических задач. Поражения срединных неспецифических структур мозга проявлялись динамическими нарушениями высших психических функций в виде снижения их скорости, продуктивности, эффективности, нарушениями кратковременной памяти, изменениями в эмоциональной сфере при выполнении заданий. Эти нарушения были свойственны поражению каудальных, дизэнцефальных, лобных и височных отделов ствола мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ильинский Б.В. Профилактика, ранняя диагностика и лечение атеросклероза. - М.: Медицина, 1977. - 186 с.
- 2 Кайшибаев С.К. Некоторые аспекты эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга у жителей г.Алма-аты //Сосудистые заболевания головного мозга. - Алма-Ата: 1984. - С. 3-14
- 3 Кайшибаев С.К. Патогенез и терапия ранних форм церебрального атеросклероза // Клиницист. - 1995. - №2. - С.40-44.
- 4 Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерииатрии. /В кн.: Достижения в нейрогерииатрии. Под ред. Н.Н.Яхно, И.В.Дамулина. - М.: ММА, 1995. - С.9-29
- 5 Cummings J.L., Benson D.F. Subcortical dementia. Review of an emerging concept. //Arch Neurol. -1984. -V.41. -P.874-879.
- 6 Fisher C.M. Lacunar strokes and infarcts.//Neurology. - 1982. - V.32. - P.871-876.
- 7 Doody R.S., Massman P.J. Other extrapyramidal dementia. /In: Handbook of Demented Illnesses. Ed. by J.C.Morris. -New York etc.: Marcel Dekker, Inc. - 1994. - P. 319-334
- 8 Emery V.O.B., Gillie E.X., Smith J.A. "Reclassification of the vascular dementias: Comparisons of infarct and noninfarct vascular dementias." //Internat. Psychogeriatr. - 1996. -Vol.8, N.1. - P.33-61
- 9 Bennett D.A., Wilson R.S., Gilley D.W., Fox J.H. "Clinical diagnosis of Binswanger's disease". //J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. -1990. - Vol.53, N.2. - P. 961-965 .
- 10 Захаров В.В., Дамулин И.В., Яхно Н.Н. Медикаментозная терапия деменций. Клиническая фармакология и терапия. -1994. -Т.3. -№ 4. - С.69-75.
- 11 Дамулин И.В. Сосудистая деменция. //Неврологический Ж. - 1999. -Т.3. -№.4. - С. 4-11.
- 12 Карлов В. В., Куликов Ю.А., Ильина Н.Л., Грабовская Н.В. Дисциркулярная энцефалопатия у больных артериальными гипертензией //Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. - 1997. - Т. 97, N5. - С. 15-18.
- 13 Верещагин Н.В., Лебедева Н.В. Легкие формы мультиинфарктной деменции: эффективность церебролизина. //Сов.Медицина. - 1991. - N.11. - С. 6-8.
- 14 Мясников И.Г. Хронические сосудистые заболевания нервной системы. Пато-и саногенез, диагностика и лечение //Проблемы нейрогенетики, ангионеврологии, нейротранматологии. - Иваново, 1999. - С. 262-270.
- 15 Wahlund L.-O. Brain imaging and vascular dementia. /In: Vascular Dementia. Etiological, Pathogenetic, Clinical and Treatment Aspects. Ed. by L.A.Carlson, C.G.Gottfries, B.Winblad. -Basel etc.: S.Karger, 1994. - P.65-68.
- 16 Inzitari D., Marinoni M., Ginanneschi A. Pathophysiology of leucoaraiosis. // In: New concepts in vascular dementia. A.Culebras, J.Matias Guiu, G.Roman (eds). Barcelona: Prous Science Publishers. - 1993. - P.103-113.
- 17 Iqbal K., Winblad B., Nishimura T., Takeda M., Wisniewski H.M. (eds) Alzheimer's Disease: Biology, Diagnosis and Therapeutics John Willey and Sons Ltd. - 1997. - 830 p.
- 18 Israel L., Dell'Accio E., Martin G., Hugonot R. Extrait de Ginkgo biloba et exercices d'entrainement de la memoire. Evaluation comparative chez des personnes agees ambulatoires. //Psychol Med. - 1987. - V.19. - P.1431-1439.
- 19 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. - М.: 2005 - 71 с.

Түйін: Мақалада бас миының созылмалы ишемия емінде пентоксифиллин, актовегин және милдронат препараттарының жоғарғы ми қызметінің көрсеткіштер көрсетілген.

**I.A. LUNGAR, N.A. KUSHPELEVA, E.M. VOROBYEVA, E.O. KAZANTSEV, K.B. RAIMKULOVA, G.M. SUDZHIKOVA,
H.B. RAIMKULOVA, D.P. ZHANSEITOVA, B.N. RAIMKULOV**

S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

RESULTS OF HIGHER BRAIN FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Resume: The article presents the data on the effectiveness of treatment of patients with chronic cerebral ischemia with application of drug pentoxifylline, Actovegin and mildronat on the performance of higher brain functions.

In the group of vascular diseases of the brain a special place in their significance is progredient chronic cerebrovascular pathology in the form of dyscirculatory encephalopathy, or chronic cerebral ischemia, which develops as a result of a slowly progressive disease of the brain blood supply against atherosclerosis, hypertension, or a combination

The authors compared the results of treatment with the application of aktovegin and mildronat. The first main group consisted of 106 patients, and the second control group of 128 patients. Patients in both groups received treatment, including one group of vasoactive drugs and drugs with nootropym the influence of different groups. Also, patients in both groups received supplemental sedatives, minor tranquilizers and drugs, and drugs acting on the autonomic nervous system (Belloidum, Bellaspone, bellatamital). The treatment regimen was as follows: patients in both groups were administered in / governmental drip injections of 5.0 solution of pentoxifylline on 200.0 physiological sodium chloride solution. Patients received injections of 1 aktovegina in dosage 5.0 ml 20.0 ml of saline. Patients in Group 2 receive / veno bolus injection of 5.0 ml mildronata daily for 10 days.

The results of studies conducted in patients with chronic cerebral ischemia, showed violations of higher brain functions, manifested, dispraksicheskimi, Gnostic, optical spatial, mnestichestskimi and neurodynamic disorders, served as the basis for neuropsychological research as one of the criteria for assessing the effectiveness of the complex. The results shown in the table memory research conducted during the treatment of patients with chronic cerebral ischemia, indicating a significant increase in the average number of words reproduced in the direction of the norm (10 words starting with 4 and 5 samples), improving short-term memory at the trial delayed vosproizvleniem words, decreasing the amount perseveration, occurrence of contamination and increased productivity for the end of treatment compared to the results of the treatment. The most pronounced positive results were observed in the study group patients.

Н.А. КУШПЕЛЕВА, Е.О. КАЗАНЦЕВ, Е.М. ВОРОБЬЕВА, И.А. ЛУНГАРЬ, Г.М. СУДЖИКОВА,
К.Б. РАИМКУЛОВА, Д.П. ЖАНСЕИТОВА, Х.Б. РАИМКУЛОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В статье представлен обзор литературы по черепно-мозговым травмам и их последствиям.

Черепно-мозговая травма остаётся актуальной проблемой в связи с распространённостью и тяжёлыми последствиями, ежегодным увеличением количества удельного веса последствий сотрясения и ушибов головного мозга легкой и средней степени тяжести. Нарушения, возникающие после перенесенных черепно-мозговых травм, приобретают затяжное, прогрессирующее течение с длительной утратой трудоспособности среди лиц наиболее молодого и трудоспособного возраста. Современная неврология столкнулась с тенденцией роста черепно-мозговых травм с 25% до 80% от общего удельного веса неврологических болезней. Это связано с современными процессами урбанизации, внедрением современной технологии, дорожно-транспортными происшествиями (ДТП), локальными вооруженными конфликтами и пр. факторами. В основном травматизму подвержены лица мужского пола в возрасте от 20-50 лет (71,7%), что определяет ее социальное значение. Большую часть составляют ДТП-42,1% и производственные травмы 38% (Шумаков В.М., Вагни И.О.1983., Акимов Г.А.,1989-2002) [1-2]. По данным ВОЗ ежегодный прирост черепно-мозговых повреждений увеличивается в среднем на 2% в год. В США ежегодно 2-3 человека на 1000, нуждаются в госпитализации по поводу травмы головы (Martuza R.L., Proctor M.R., 1995; Rizzo M., Tranel D., 1996) [3,4]. Расходы связанные с их лечением, достигают - 50 млрд долларов в год. (Horn L.J., Zasler N.D., 1996) [5]. Доля легкой черепно-мозговой травмы составляет 3,9 млрд. долларов в год [6,7,8]. После полученных травм до 50% пострадавших вынуждены сменить профессию или перейти на инвалидность. От 30-90% лиц перенесших ЧМТ в виде сотрясения головного мозга или ушиба головного мозга легкой и средней степени тяжести страдают травматической болезнью головного мозга (Wutrich P., 1987, Ritter A.M., Robertson C.S., 1994) [9,10]. Хотя исходы острой черепно-мозговой травмы могут быть различными: от полного выздоровления до развития у 30-96% пострадавших различных неблагоприятных последствий и осложнений. К последствиям ЧМТ относится неврологическая патология, выявляемая спустя 3-12 месяцев и более после травмы и клинические проявления могут сохраняться и видоизменяться в виде отдельных остаточных явлений [11]. Надо отметить, что последствия ЧМТ отличаются клиническим полиморфизмом, в основе которых лежат многосложные патогенетические механизмы (Акшулаков С.К., 1995; Ермеков Ж.М., 1996; Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., 1998;) [12,13,14]. Известно, что патогенез структурно-функциональных изменений в головном мозге вследствие черепно-мозговой травмы связан с

механическим фактором. Под влиянием травмы гидродинамические силы и ликворная волна оказывает воздействие на лимбико-гипоталамо-ретикулярную область, что приводит к различным нейрогуморальным обменно-эндокринным, вегето-сосудистым расстройствам. Поэтому больные после травмы в течение длительного времени отмечают в различной степени выраженности общемозговые симптомы, симптомы вегетативной дисфункции, интеллектуально-мнестические нарушения, изменения в психоэмоциональной сфере, включающих широкий спектр волевых и эмоциональных расстройств в рамках неврастенического и психопатоподобного синдромов (Гусев Е.И. 2002., Яхно Н.Н., 2004) [15,16]. В тяжелых случаях могут развиваться грубые психоорганические нарушения с изменением личности, так как последствия травмы головного мозга являются этиологическим фактором органических психических заболеваний в 60% случаев, эпилепсии в 33-47,7% случаев [17,18]. Среди многочисленных исследований проведенных по изучению последствий легких черепно-мозговых травм недостаточно внимания уделяется вопросам реабилитации пациентов с помощью безмедикаментозных и альтернативных средств лечения: Ци-гун терапия, иглорефлексотерапия, трансцеребральная элиминация. Остаются неисследованными характер и регрессия патологических изменений различных систем организма под влиянием лечения. При последствиях ЧМТ реабилитация больных по вопросам режима и лечения, а также трудовой экспертизы связано с определением повреждений, которые объективно могут не проявляться. Только применение специальных методов исследования помогают их выявлению. Предложенные методы исследования, направлены на более углубленное изучение тех процессов и изменений, происходящих в организме больного через длительное время, из-за их трудоемкости и длительности не всегда приемлемы не только в стационарах, но и в амбулаторно-поликлинических условиях. Обстоятельства вынуждают клиницистов при лечении больных использовать большие количества фармакологических средств, что, безусловно, не является безразличным для организма. В этом направлении перспективным являются использование различных сочетаний, в частности физиофармакологических методов, а также способы лечения направленные на коррекцию изменённой биоэлектрической активности мозга по методу биологической обратной связи с использованием компьютерной техники [19].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шумаков В.М., Вагни И.О. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы и динамика клинических и социальных показателей за последние десятилетия//Вопросы практической неврологии. Тез.докл. - М.: 1983. - С. 44-45.
- 2 Акимов Г.А. Некоторые аспекты проблем закрытой черепно-мозговой травмы. Некоторые дискуссионные вопросы//Журнал неврологии и психиатрии, 1989. – Т.89, вып.5. - С.141-145.
- 3 Martuza R.L., Proctor M.R. Brain injuri. – Manual of Neurologic Therapentics. Edited by Martin A.Samuels. Little brown and Company, 1995.
- 4 Rizzo M., Tranel D. Head injury and postconcussive syndrome. - Churchill Livingstone: 1996. – 533 p.
- 5 Horn L.I., Laster N.D. Medical Rehabilitation of Traumatic Brain injury. – Philadelphia: 1996. – 75 p.
- 6 Horn L.I., Laster N.D. Medical Rehabilitation of Traumatic Brain injury. – Philadelphia: 1996. – 75 p.
- 7 Мякотных В.С.,ТаланкинаН.З., Боровкова Т.А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы. // Журн. Неврологии и психиатрии. – 2002. - №4. - С.61-65.
- 8 Касумов Р.Д., Никулина Т.А. Функциональное состояние головного мозга у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Современные методы диагностики и лечения заболеваний нервной системы: Материалы конференции. – Уфа: 1996. - С.171-173.
- 9 Wutrich P. Dis soziookonomische Bedeutung der Schadel-Hirn Traumen//Their.Umsch, 1987. – Bd 4413, Mar. – P.176-181.
- 10 Ritter A.M., Robertson C.S. Cerebral metabolism (Review). Neurosurg Clin North Am 1994. – 5. – 4. – P. 633-645.
- 11 Цыган В.Н. Нейрофизиологические механизмы компенсации при травмах в экстремальных условиях военно-профессиональной деятельности: дис. ...д-ра мед. наук. – СПб.: 1995.
- 12 Акшулаков С.К. Клинико-эпидемиологическое исследование острой черепно-мозговой травмы и ее последствий в Республике Казахстан (на модели г.Алматы): Автореф. дис. докт. – М.: 1992. – 42 с.
- 13 Ермеков Ж.М. Инфекционно-воспалительные осложнения черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. докт. – Семипалатинск: 1996. - 43с.
- 14 Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и ее последствий // Вопр. нейрохир. - 1994. - №4. - С.18-25.
- 15 Гусев Е.И. Нервные болезни. Издание №4. - М.Медицина,2004. – 786 с.
- 16 Яхно Н.Н.,Захаров В.В. Синдромы нарушений высших психических функций // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. - М.:Медицина,2001. - Т.1. - С.170-190.
- 17 Tsushima W.T., Tsushima V.G. Relation between headaches andneuropsechological functioning among head injury patients. Headache 1993. – 33. – P.139-142.
- 18 Клиническая психиатрия: Гл. ред. Т.Б. Дмитриева. - М.: Медицина, 1990. - С.161-178.
- 19 Раимкулов Б.Н. Разработка и внедрение альтернативных методов комплексной терапии легких черепно-мозговых травм. //Автореферат дисс. докт. – Алматы: 2009. - С. 1-36.

Түйін: Мақалада бас-ми жаракаттары және олардың асқинуларынан әдебиеттер берілген.

**N.A. KUSHPELEVA, E.O. KAZANTSEV, E.M. VOROBYEVA, I.A. LUNGAR, G.M. SUDZHKOVA,
K.B. RAIMKULOVA, D.P. ZHANSEITOVA, H.B. RAIMKULOVA, B.N. RAIMKULOV**

Asfendiyarov Kazakh National Medical university

TRAUMATIC BRAIN INJURY (REVIEW)

Resume: The article provides an overview of literature on traumatic brain injuries and their consequences.

Traumatic brain injury remains a pressing problem due to the prevalence and serious consequences, the annual increase of the share of the consequences of concussions and brain injuries of mild to moderate severity. Violations occurring after suffering head injuries, get prolonged, progressive course with long-term disability among most of the young and of working age. Modern neuroscience has faced rising trend traumatic brain injuries from 25% to 80% of the total share of neurological diseases. This is due to modern processes of urbanization, the introduction of modern technology, traffic accidents (RTA), localized armed conflict and other factors. Most injury prone males aged 20-50 years (71.7%), which defines its social value. After the injuries to 50% of the victims are forced to change their profession or go on disability. From 30-90% of individuals undergoing traumatic brain injury as a concussion or brain injury of mild to moderate severity of illness suffer traumatic brain. Outcomes of acute traumatic brain injury may be different from full recovery before the onset of 30-96% of the victims of various adverse effects and complications. The effects of traumatic brain injury is a neurological abnormality detectable after 3-12 months or more after the injury and clinical manifestations may persist and evolve as individual residual effects.

Д.П. ЖАНСЕИТОВА

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

В статье представлены данные о заболеваниях периферической нервной системы в виде полирадикулоневропатии, имеющих различную клиническую картину.

Актуальность. В 1916г. французские врачи Гийен, Барре и Штроль описали особую форму первичного полирадикулоневрита у 2 солдат французской армии. Заболевание имело характерную особенность: парезы конечностей, угасание сухожильных рефлексов, парестезии, легкие расстройства чувствительности и белково-клеточная диссоциация в СМЖ. В последующем в изучении СГБ возникли два направления. Одно из них характеризуется описанием новых симптомов и как следствие этого - отрицанием самостоятельности заболевания, другое, напротив - выделением СГБ из большой группы полинейропатии различной этиологии в отдельную клиническую форму. По современным представлениям, употребляющиеся термины «синдром Гийена-Барре»,

- «синдром Ландри»
- «острый первичный полирадикулоневрит»,
- «острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия»
- «острая постинфекционная полинейропатия» по существу обозначают одно и то же заболевание.

В Международную классификацию болезней X пересмотра включено под названием «острая постинфекционная полинейропатия» или синдром Гийена-Барре. СГБ встречается в 1,7 случаях на 100000 населения, одинаково в разных регионах, в любом возрасте, у мужчин чаще чем у женщин, и составляет около 20% всех полинейропатий.

Этиология: Остается предметом дискуссий. Чаще это заболевание связывают с различными инфекциями, хотя не исключается и аутоиммунный механизм. Общепринятой является инфекционно-аллергическая теория возникновения болезни, где основным местом иммунного конфликта является субпериневральное пространство. Скопление иммунных комплексов по ходу миелиновых оболочек периферических нервов и корешков может привести к распаду миелина.

Классификация по преобладанию патоморфологических характеристик.

- Валлеровское перерождение.
- Демиелинизация.
- Аксонная дегенерация.
- Нейропатия.

Наиболее редко встречающимся и грозным по осложнениям из заболеваний ПНС как в прошлом столетии так и в наше время является острая полирадикулоневропатия.

Патогенез: Важную роль в патогенезе играют метаболические нарушения. Патоморфологические изменения характеризуются клеточной инфильтрацией периферической нервной системы лимфоцитами и макрофагами с последующей деструкцией миелина. Отмечаются отек волокон корешков, компрессия в костных каналах и сужение периневральных пространств, но перехода в центральную нервную систему нет.

Клиника: В течении заболевания различают три стадии 1 – продромальную 2 – неврологическую 3 – восстановительную. 1 – стадия характеризуется общим недомоганием, умеренным повышением температуры, парестезиями и болями в конечностях. Может быть от 2-3х

дней до 2-3х недель. 2 – стадия – типичны клинические проявления; развернутая картина двигательного полиневрита с вялыми парезами или параличами рук и ног и расстройствами чувствительности по дистальному типу, нередко поражаются черепные нервы. В СМЖ – белково-клеточная диссоциация. 3-стадия – начинается с 3-4-5х недель заболевания и продолжается до 1 мес. и одного года. Восстановление движения начинается с дистальных отделов конечности. Долго удерживаются болевые ощущения.

Диагностика: Типичными считаются следующие критерии:

- перенесенные за 1-3 нед. до развития парезов инфекционное заболевание, чаще респираторное;
 - возникновение заболевания преимущественно в молодом возрасте;
 - нормальная температура тела в период появления параличей;
 - предшествующие параличу парестезии конечностей;
 - снижение мышечной силы и болевые ощущения, возникающие спонтанно и симметрично;
 - слабая выраженность расстройств чувствительности;
 - отсутствие тазовых нарушений;
 - снижение или полное угасание сухожильных рефлексов;
 - улучшение состояния с третьей недели заболевания;
 - отсутствие рецидивов и полное восстановление двигательных функций в течении полугода;
 - редкость летальных исходов;
 - белково-клеточная диссоциация в СМЖ, при цитозе 10 кл. в 1куб. мм;
 - иногда вовлекаются черепно-мозговые нервы - лицевые, блуждающий, языкоглоточный, подъязычный.
- В 25% случаев отмечается тяжелое течение с поражением респираторной и бульбарной мускулатуры, что требует применения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Расстройства чувствительности представлены грубыми гипалгезиями по типу перчаток и носков. Выражены спонтанные боли, симптомы натяжения, болезненна пальпация мышц, нервных стволов. Изредка могут быть и тазовые расстройства.

Лечение: может быть патогенетическим, если известен этиологический фактор, но чаще проводится симптоматическая терапия. Сложно лечить тяжелые формы СГБ, которые сопровождаются нарушениями дыхания. При снижении жизненной емкости легких до 25-30% и наличии бульбарных симптомов (нарушение глотания, фонации, артикуляции), обязательна дыхательная реанимация. В настоящее время основными методами лечения считаются программный плазмаферез и внутривенная пульстерапия. Плазмаферез рекомендуют проводить при нарастании неврологической симптоматики у больных, нуждающихся в ИВЛ или не способных проходить больше -5м. Проводят 3-5 сеансов в течении 1-2х недель. Используются свежемороженая плазма или 5% р-р альбумина. Плазмаферез позволяет в 2-2,5 раза сократить длительность ИВЛ и восстановления нарушенных функций по сравнению с другими методами лечения. Назначают гормональную терапию, хотя за рубежом его считают врачебной ошибкой. Назначают антибиотики, анальгетики и инъекциях, проводят

лечение прозерином по 0,05%-1.0 р-ра подкожно 1-2 раза в сутки. Назначают десенсибилизирующие препараты-димедрол, пипольфен, супрастин. Существенное место отводится тонизирующим, стимулирующим процессы регенерации препаратам: энцефабол, алоэ, ФИБС, витамины группы -В. В восстановительном периоде назначают физиотерапевтическое лечение (ФТЛ), направленную на уменьшение болей, вегетативных расстройств, ускорение регенеративных и репаративных процессов, профилактику трофических нарушений и мышечных контрактур. Эффективны воздействие магнитным полем на верхние, затем нижние конечности, лазеротерапия на болевые точки по ходу нервов. Применяют пассивную, затем активную лечебную гимнастику. В восстановительном периоде используют лечебные грязи, сульфидные, радоновые ванны, лечение на бальнеологических курортах.

Материалы исследований

Случай из клинической практики: больной С., 20 лет, находился в неврологическом отделении с диагнозом: «Острая полинейропатия Гийена-Барре, диплегия мимической мускулатуры, вялый тетрапарез». Жалобы при поступлении: на неприятные ощущения и онемения кончика языка, слабость, онемение в ногах, слабость в кистях рук. Анамнез: после переохлаждения и физического переутомления появились боли и рези при мочеиспускании, боли в пояснице, по поводу чего с диагнозом «хронический пиелонефрит, обострение» был госпитализирован в тер. отд. Карасайской ЦРБ, где наблюдалось высокая температура тела до 39 град., повышенное СОЭ, протеинемия. После стабилизации состояния выписан. После выписки, появились вышеперечисленные жалобы. Доставлен в неврологическое отделение на 13-й день заболевания. При поступлении: состояние удовлетворительное, соматически без особенностей. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «перчаток и носков». Сухожильные рефлексы с дистальных отделов снижены. Сила мышц с дистальных отделов конечностей снижены до 4,5 баллов. Предварительным диагнозом: «Дистальная полинейропатия. Криоглобулинемия», госпитализирован в неврологическое отделение. Несмотря на проводимое лечение неврологическая симптоматика нарастала. На вторые сутки после поступления развились парез мимической мускулатуры с двух сторон, дисфония, дизартрия. Глоточные рефлексы угнетены, глотание затруднено, голос осиплый. Объем движения в конечностях резко ограничен из-за вялых дистальных параличей, сухожильные рефлексы равномерны, карпорадиальный и коленные не вызываются. Отмечаются болезненность мышц верхних и нижних конечностей. Симптомы натяжения положительные. Дистальный гипергидроз, акроцианоз. Гипестезия по типу длинных «перчаток и чулок». На 3-е сутки -активные движения с нижних конечностей отсутствуют. Сила мышц с рук-3 баллов, с ног-0 баллов, сухожильные рефлексы - карпо-радиальные, ахилловы не вызываются, коленные снижены. Менингеальные и патологические знаки не выявлены.Объективно: Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа кистей, стоп цианотична, холодная, влажная на ощупь. Дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 130/70 мм. рт. ст., ЧСС-98 в 1-мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Стул, диурез регулярны. Больной переведен в отделение интенсивной терапии.Результаты обследования:-ОАК - повышенное СОЭ, лейкоцитоз, ОАМ-повышенный белок 0,094 г/л, лейкоциты 5,7 вп/з, БАК - в норме, РГОГК-при поступлении в норме, на 7-е сутки-застойные явления в легких, на 14-е сутки-положительная динамика, ЭКГ-при

поступлении в норме, на 7-е сутки- синусовая тохикардия, с ЧСС около 115 в минуту вертикальное положении ЭОС. Перегрузка правого предсердия. УЗИ ОБП, почек- признаки пиелонефрита с двух сторон. В ходе течения заболевания осложнением явились гипостатическая двусторонняя пневмония, неревматический миокардит, синусовая тахикардия. Выставлен диагноз: Хронический двусторонний пиелонефрит, нестойкая ремиссия ХПН-0.Лечение- режим-1, диета-15,преднизолон 180 мг. в/в на 200,0 физ. р-ра, 60 мг в таблетках, сеансы плазмофереза №5, пеницилин 1 млн. ЕД.х 6 в/м, актовегин по 5,0 на 200.0 физ.р-ра, ККБ- 50 мг х 3 в/м, ноотропил 10.0 в/в, вит.В1, В6. В12. , вит С-5%-5,0, диклобрю-3,0в/м, седуксен по 1 т. н/н, анальгин 50%-2,0 с димедролом 1 %-1.0 в/м, прозерин с 0,5 до 1,0 в/м Состояние в динамике постепенно улучшилось, после третьего сеанса плазмафереза появились небольшие движения в нижних конечностях, слабость в руках исчезла. Дополнительно назначено: раствор прозерина по 1.0 в/м., сила мышц в конечностях выросла, объем активных движений в ногах увеличился, появились ахилловы рефлексы, оживились карпо-радиальные и коленные. С посторонней помощью передвигается по палате. Назначено: ЛФК, массаж на месте, ИРТ, физиотерапевтическое лечение. Переведен в отделение на 16-е сутки. Неврологическая симптоматика постепенно регрессировала. Сила и тонус мышц в конечностях, объем активных движений полностью восстановились, передвигается самостоятельно. В неврологическом статусе: гипотония, легкая гипотрофия мышц ног, коленный, ахиллов рефлексы снижены, гипестезия кожи по типу носков. Сила мышц с рук-5б., с ног-4б. С диагнозом: «Состояние после перенесенной острой полирадикулонейропатии Гийена-Барре, гипостатической пневмонии, неревматического миокардита» выписан на диспансерное наблюдение по месту жительства. Случай из практики: больной. А., 19 лет, поступил-04.02.12 г., выписан 06.03.12 г. Поступил с жалобами на отсутствие движения в ногах, слабость в кистях рук. По анамнезу, заболел остро, после переохлаждения и физической нагрузки, на фоне острого респираторного заболевания, появились боли в пояснице, слабость и онемение в ногах, утром следующего дня не смог встать, из-за отсутствия движения в ногах. Лечился амбулаторно, в связи с отсутствием улучшения направлен в стационар. Из-за тяжести заболевания помещен в реанимационное отделение (ОРИТ), с диагнозом: «Острая полирадикулонейропатия, болезнь Гийена-Барре». Принцип ведения и лечение больного аналогично предыдущему больному. На вторые сутки появились движения в пальцах стоп, слабость в руках исчезла. На шестые сутки-движения в ногах восстановились, с посторонней помощью передвигается по палате, переведен в отделение. Постепенно неврологическая симптоматика регрессировало.

Случай из практики: больной С., 19лет, находился в неврологическом отделении с 31.01.12 по 06.03.12. с диагнозом «Острая полинейропатия Гийена-Барре». Жалобы при поступлении: на слабость, онемение, отсутствие движения в ногах, слабость в руках, боли в пояснице. Анамнез: после переохлаждения и физического переутомления появились боли и рези при мочеиспускании, по поводу чего с диагнозом «Острый цистит» был госпитализирован в отделение ЦРБ, 28.01.12 на кануне вечера появилось слабость в ногах, боли в пояснице, утром не смог самостоятельно встать с постели из-за отсутствия движения в ногах. 31.01.12 в экстренном порядке доставлен в областную больницу, госпитализирован в ОРИТ, из-за тяжести заболевания. Был доставлен на носилках, в тяжелом состоянии. Объективно: состояние средней тяжести. Правильного телосложения,

удовлетворительного питания. Кожа кистей, стоп цианотична, холодная на ощупь. Дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 110/70 мм. рт. ст., ЧСС-60 в 1-мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Стул, диурез регулярны. Неврологический статус: вялый тетрапарез, сознание ясное, черепно-мозговая инервация без особенностей, болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника. Симптомы натяжения положительны. На фоне проведенной терапии неврологическая симптоматика регрессировала. К концу второй недели заболевания самостоятельно ходит по отделению. принимает активное участие в жизни отделения, сохраняются небольшая слабость в ногах, при длительной ходьбе быстро устает. На 31 сутки выписан на долечивание по месту жительства. Случай из практики: Больной К., 19 лет -жалобы и анамнез схожи с предыдущими, но клинические проявления протекали в более легкой форме. В неврологическом статусе: нижний вялый парапарез, с акцентом слева. Лечение проводилось в отделении, по соответствующей схеме, кроме плазмафереза. В восстановительном периоде движения в конечностях в полном объеме, тонус мышц сохранен. Сила мышц-5 б. Нарушения чувствительности регрессировали. С

диагнозом : состояние после острой полинейропатии, инфекционно-аллергического генеза, с нижним вялым парапарезом, стадия регресса.

Случай из практик

Тяжелое течение СГБ наблюдалось в у больного А., 22 лет - находившегося в отделении с диагнозом: «Острая полирадикулонейропатия , вялый тетрапарез, восходящий паралич Ландри» .Поступил с жалобами на отсутствие движения в руках, в ногах, затруднение речи , глотания, поперхивание, мышечные боли во всем теле. Заболел после перенесенного ОРВИ. Состояние при поступлении тяжелое. В неврологическом статусе: фонация снижена, тембр голоса изменен, глоточные рефлексы угнетены, вялый тетрапарез, симптомы натяжения положительны. В результате проведенного лечения состояние улучшилось, постепенно движения в конечностях восстановились, повысился тембр голоса, речь стало ясней. Неврологическая симптоматика частично регрессировало. В восстановительном периоде сохранялись парестезии кистей, стоп, походка утиная из-за слабости в ногах, быстрая утомляемость при ходьбе.

Выводы: Таким образом, заболевания периферической нервной системы, в виде полирадикулоневропатии, имеют различную клиническую картину.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Агафонов Б.В., Неретин В.Я., Лекции проф. Каменовой С. У. 2007г. АГИУВ. Медико-генетическое консультирование при наследственных и врожденных болезнях нервной системы. - Медицина Издательство (Татарстан), 2004.
- 2 Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: рук. для врачей: в 2-х томах, , ред.: Яхно Н.Н. – Медицина, 2005
- 3 Гусев Е.И. Нервные болезни. - М.: Медицина, 2005.
- 4 Наследственные заболевания. Полный справочник. - ЭКСМО, 2010.
- 5 Брильма Дж., Коэн С., Неврология. - Медпресс-информ, 2007.
- 6 Гусев Е., Никифоров А., Неврологические симптомы, синдромы и болезни: энциклопедический справочник. - ГЭОТАР-Медиа, 2006.
- 7 Донахи М., под ред.: Панфенова В.А. Неврология. – МИА, 2007.
- 8 Захарченко М.А. Курс нервных болезней. - М.-Л.: ГИЗ 1930.
- 9 Саймон Р.П. Клиническая неврология: руководство для врачей. Пер с англ. Изд. 2, доп.
- 10 Мументалер М. Неврология., Меттле Х., под ре.: Левина О.С. - Медпресс-информ,2009.
- 11 Неврология: Справочник практического врача. Штульман Д.Р., Левин О.С. - Медпресс – информ, 2008.
- 12 Скоромец А.А., Скоромец А.А.. Справочник врача- невропатолога. - Медпресс - информ, 2008.
- 13 Кайшибаев С.К.. Неврология. 1, 2 часть, (каз). – Алматы: 2001.

Түйін: Мақалада шеткі нерв жүйесінің аурулары полирадикулоневропатия түрінде әр түрлі клиникалық көріністермен берілген .

D.P. ZHANSEITOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical university

PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM DISEASES (CASE STUDY)

Resume: Diseases of the peripheral nerves external to the brain and spinal cord, which includes diseases of the nerve roots, ganglia, plexi, autonomic nerves, sensory nerves, and motor nerves. The article presents the data of diseases of the peripheral nervous system in the form polyradiculoneuropathy with different clinical picture. Polyradiculoneuropathy – is an inflammatory disorder that affects the peripheral nerves and the spinal nerve roots. The onset and progression of the disease is variable with severe cases resulting in premature death. The condition is chronic and progressive but periodic relapses can occur.

Д.П. ЖАНСЕИТОВА

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: АЛЬДОСТЕРОМА НАДПОЧЕЧНИКА

В статье представлены данные об альдостероме надпочечника, в виде случая из практики, когда очень трудно было выставить клинический диагноз. Альдостеромой называют опухоль, исходящую из клеток клубочковой зоны коры надпочечников, приводящую к развитию синдрома первичного гиперальдостеронизма - синдрома Конна. Доброкачественные опухоли надпочечников (аденомы) являются основной причиной первичного гиперальдостеронизма (ПГА), составляя 70-85 % наблюдений. Менее чем в 5 % случаев опухоли имеют злокачественный характер (злокачественные альдостеромы). Среди других причин развития ПГА описывают двустороннюю или одностороннюю гиперплазию коркового вещества надпочечников (диффузную, диффузноузловую) - 25-30 %, глюкокортикоидподавляемый ПГА, альдостеронпродуцирующие опухоли вненадпочечни-ковой локализации (щитовидной железы, яичников и др.), встречающиеся весьма редко.

Заболевание чаще проявляется в возрасте 30-50 лет, соотношение мужчин и женщин составляет 1:3. Важно отметить, что среди всех больных, страдающих артериальной гипертензией, порядка 1,5-2 % наблюдений обусловлено ПГА.

В основе патогенеза заболевания лежат изменения в различных органах и системах, обусловленные повышенной продукцией альдостерона.

При альдостеронпродуцирующей опухоли надпочечника показана адреналэктомия (удаление опухоли вместе с пораженным надпочечником). Однозначного мнения о выборе метода лечения при двусторонней гиперплазии надпочечников нет; как правило, применяют консервативную терапию (верошпирон, препараты калия, антигипертензивные средства).

При выраженной диффузно-узловой гиперплазии, значительном повышении функциональной активности одного из надпочечников, неэффективности консервативной терапии возможно выполнение односторонней адреналэктомии.

После удаления альдостеромы примерно у 70 % больных артериальное давление нормализуется, еще у 20-25 % сохраняющаяся умеренная ги-пертензия легко корригируется консервативной терапией. Значительно хуже результаты хирургического лечения при диффузно-узловой гиперплазии коры надпочечников.

Актуальность. Учитывая редкость заболевания «Альдостерома надпочечника», приводим собственное наблюдение.

Больной К. 1954 г.р. находился на стационарном лечении 23.03.12. по 05.05.12. с диагнозом при направлении: «Посттравматический остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с протрузией дисков Г4-Г5,81, переходящими ишемическими нарушениями спинального кровообращения на фоне артериальной гипертензии третьей стадии, с явлениями вялого гемипареза. Остеохондроз шейного отдела с мышечно-тоническим рудикалярным синдромом. Миелопатический синдром правой верхней кисти. Дисциркуляторная энцефалопатия на фоне артериальной гипертензии с тромбоишемическими атаками». Анамнез заболевания: Больным себя считает в течении четырех лет, когда после получения травмы (ушиб мягких тканей туловища, перелом 2-4 ребер с правой стороны), начало повышаться АД до 160/90-170/100 мм. рт.ст. В течении последующих двух лет периодически наблюдалось повышение АД до высоких цифр, беспокоили боли в поясничной области. Лечился амбулаторно, принимал папаверин с дибазолом внутримышечно, после чего больному становилась лучше. Обследован по месту жительства, выставлен диагноз: «Артериальная гипертензия II ст.», назначена гипотензивная терапия (энам). Год назад после рентгенографии позвоночника выставлен диагноз: «Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с протрузией дисков L4-L5, S1. Дисциркуляторная энцефалопатия». Проводился подбор гипотензивных препаратов (энам, капотен, каптозид), В-адреноблокаторы (анаприлин), мочегонные (гипотиазид, фуросемид), антагонисты кальция (амлонг),

адельфан, однако полной стабилизации АД не было. На фоне приема антигипертензивных препаратов артериальное давление вначале снижалось, а затем вновь подъемы АД были до 200/ 110 мм рт ст. Полгода назад во время гипертензивного криза (200/100 мм. рт.ст.) возникла мышечная слабость, чувство онемения в правых конечностях, головные боли, давящие боли в области сердца, сердцебиение, холодный пот. После купирования криза с улучшением самочувствия исчезла и мышечная слабость. Однако, с этого периода периодически такие приступы стали повторяться и сопровождалась мышечной слабостью и парестезиями. Помимо этого стал отмечать частое мочеиспускание, преимущественно в ночное время, снижение аппетита. Для дальнейшего обследования и уточнения диагноза направлен в ВКГ МО РК. В неврологическом отделении проходил обследование, лечение по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, артериальной гипертензии. *Жалобы при поступлении:* на боли в поясничной области ноющего характера, периодические головные боли, а также чувство онемения в правых конечностях на фоне подъема артериального давления. При поступлении выраженной патологии со стороны нервной системы не было обнаружено. Ухудшение самочувствия с утра 15.04.12 в виде усиления мышечной слабости, ограничения активных движений в конечностях, ходьбы. Наблюдались бульбарные расстройства в виде затруднения глотания, речи, поперхивался при глотании. Небная занавеска свисало, глоточные рефлексы снижены. Больной ощущал чувство кома в горле. Неврологический дефицит нарастал на «глазах».

Наступило клиника пароксизмальной миоплегии-нижняя параплегия, верхний паразез, парез мышц туловища. Активные движения в нижних конечностях практически отсутствовали, больной не мог самостоятельно садиться, поворачиваться на бок, двигать ногами. Движения в руках ограничены из-за слабости, тонус мышц снижен, сила мышц до 2-3 баллов, в пробе Баре руки не удерживает. К. самообслуживанию не способен. После введения прозерина 0,5%-1,0 мл бульбарные расстройства купированы почти полностью. Был переведен в реанимационное отделение, где при обследовании выявлены гипокалиемия (электролиты крови К-1,49ммоль/л, NA-137,8ммоль/л, Са-1,13ммоль/л). Начатая инфузионная терапия и подключение прозерина способствовали улучшению самочувствия и состояния. Проводилась дифференциация гипокалиемии, назначалась верошпириновая проба и дополнительное обследование. *Анамнез жизни:* Условия жизни удовлетворительные. Наследственность не отягощена. Хронические инфекционные заболевания и аллергию на медицинские препараты отрицает. *Общие данные:* Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Удовлетворительного питания, правильного телосложения. ИМТ=25,6кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, Цитовидная железа не увеличена. Костно-суставная система: без видимой деформации, пассивные, активные движения в полном объеме. Сила и тонус мышц снижены. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Границы сердца: увеличение левой границы на 2 см влево, остальные — без отклонений. Тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 78 уд.в мин. АД 140/90 мм.рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек без видимой деформации. Симптом поколачивания по области почек слабо положительный с обеих сторон. Диурез свободный, безболезненный, учащенный, больше в ночное время. Неврологический статус: чувствительность не нарушена, в позе Ромберга легкая неустойчивость. Координация сохранена. ОАК (20.03.) эритроциты -4.1*10¹² /л, гемоглобин-130г/л, СОЭ-16 мм/ч л-4,0* 10⁹/л, э-3%; с/я-55%; лимф-38%, м-4%. ОАК (24.04.) э-4*10¹²/л, гем.-130г/л, СОЭ-9мм/ч, л-7,1 *10⁹/л, эо- 1%, с/я-51%, лим-46%, м-1%ОАМ-гипостенурия (1007до 1013). Микроскопия осадка - без патологии. Коагулограмма(05.04.) Прот. Индекс-90%, общ. фибриноген-4,4г/л, фибриноген Б-(+), Коагулограмма(25.04) прот. Индекс-81%, общ. фибриноген -4,1 г/л, фибриноген Б-(-)Биохимический анализ крови: креатинин(19.04.)-162,2ммоль/л (25.04.) креатинин 104,5ммоль/л АСТ-33,7 Е/л; АЛТ-42,7 Е/л ; глюкоза крови-7,7ммоль/л. Электролиты крови К-1,49ммоль/л, NA-137,8ммоль/л, Са-1,13ммоль/л)17-КС -26,4 мг/сут (норма 6,6-23,4 мг/сут)Кортизол 473,8 мкг/дл (норма 171-536), ТТГ 7,15 (норма 0,27-4,2 Мiu/л),Т4 21,32 (норма 12,00-22,00 нмоль/л),Проба с верошпирином (через 4 дня): К-5,18ммоль/л, КА-123,6ммоль/л, Са-1,25 ммоль/л;Проба мочи по Зимницкому (29.03.) общ. кол 1530мл, дневной 530мл, ночной диурез-1000мл, Плотность сут. мочи колеблется от 1006 до 1011.Проба мочи по Зимницкому (03.04.) общ. кол 2450мл, дневной

диурез- 1100мл, ночной диурез-1350мл, Удельный вес мочи от 1012 до 1016.ЭКГ(17.04.) Ритм синусовый, ЧСС 65 в мин, горизонтальное положение ЭОС, АВ блокада первой степени. Гипертрофия левого желудочка. Признаки гипокалиемии: удлинение интервала QT и появление зубцов U.

УЗИ ОБП (30.03.): деформация желчного пузыря, хронический пиелонефрит. Умеренное увеличение надпочечников.КТ: гиперплазия правого надпочечника. МР исследования головного мозга: признаки энцефалопатии. МРТ позвоночника: грыжа диска L4-L5, дегенеративные изменения м/п дисков.

Диагноз: Альдостерома правого надпочечника, артериальная гипертензия. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с протрузией дисков L4-L5, S1. Дисциркуляторная энцефалопатия.

Операция 08.06.-флебография и ренгеноэндovasкулярная деструкция правого надпочечника.Послеоперационный период протекал гладко. Гемодинамика нормализовалась. Уровень калия в крови в пределах нормы. Мышечная слабость более не беспокоила, активные движения во всех группах мышц в полном объеме. Больному предоставлен отпуск по болезни на 30 суток.Более 50 лет назад, в 1955 г., американский хирург Д. Конн впервые описал клинический синдром под названием "первичный альдостеронизм- (ПА) - одну из редких форм симптоматической артериальной гипертензии (АГ) эндокринного генеза. ПА, называемый также по имени автора синдромом Конна, обусловлен избыточной секрецией минералокортикоидного гормона альдостерона аденомой (альдостеромой) коры надпочечника. Чаще всего альдостеромы - доброкачественные опухоли, однако в редких случаях выявляются карциномы, продуцирующие альдостерон. Важность своевременной диагностики ПА определяется тем, что эта форма АГ может быть излечена хирургическим путем: с удалением альдостеромы большинства больных нормализуются секреция альдостерона и артериальное давление (АД). Предположение о возможности первичного альдостеронизма основывается на наличии у больного гипертензии, сочетающейся с приступами гипокалиемии, протекающей с характерными нервно-мышечными признаками и полиурией. У больных с первичным альдостеронизмом приступ гипокалиемии (ниже 3 ммоль/л) может быть вызван приемом тиазидовых диуретиков. Содержание альдостерона в крови и его экскреция с мочой увеличены, а активность ренина плазмы крови низкая. Дифференциальная диагностика первичного альдостеронизма проводится в первую очередь со вторичным альдостеронизмом (гиперренинемический гиперальдостеронизм). Под вторичным альдостеронизмом понимают состояния, при которых повышенное образование альдостерона связано с длительной стимуляцией его секреции ангиотензином II. Для вторичного альдостеронизма характерно повышение/ уровня ренина, ангиотензина и альдостерона в плазме крови. Активизация ренин-ангиотензиновой системы происходит вследствие уменьшения эффективного объема крови при одновременном увеличении отрицательного баланса хлорида натрия. Вторичный альдостеронизм развивается при нефротическом синдроме, циррозе печени в сочетании с асцитом, идиопатических отеках, которые часто встречаются у женщин в период пременопаузы,

застойной сердечной недостаточности, почечном канальцевом ацидозе, а также при синдроме Бартера (карликовость, задержка умственного развития, наличие гипокалиемического алкалоза при нормальном артериальном давлении). У больных с синдромом Бартера выявляются гиперплазия и гипертрофия юкстагломерулярного аппарата почек и гиперальдостеронизм. Избыточная потеря калия при этом синдроме связана с изменениями в восходящей части почечных канальцев и первичным дефектом в транспорте хлоридов. Подобные изменения развиваются также при длительном применении мочегонных, перечисленные выше патологические состояния сопровождаются увеличением уровня альдостерона, артериальное давление, как правило, не повышено. Гипокалиемия, иногда весьма значительная (ниже 3 ммоль/л), является причиной мышечной слабости, которая по мере прогрессирования заболевания нарастает и нередко выступает на первое место среди других субъективных и объективных симптомов и часто

по своей выраженности напоминает синдром миастении. Для гипокалиемии, кроме мышечной слабости, характерны парестезии, судорожные подергивания мышц, вялые параличи; на ЭКГ интервал S-T смещен книзу, от изолинии, зубец Т уплощен, наблюдается появление либо значительное увеличение зубца U. Лечение альдостеромы: лучший способ лечения - удаление пораженного надпочечника. Альдостеромы - небольшие опухоли (обычно менее 1 см). В левом надпочечнике они локализуются в 2 раза чаще, чем в правом. Перед операцией восполняют содержание калия в организме. Для этого добавляют калий к пище либо проводят курс лечения конкурентным блокатором рецепторов минералокортикоидов-спиронолактоном (400-600 мг/сут внутрь в течение 2-3 нед).

Выводы: Таким образом, представленный трудный диагностический случай из практики, в виде альдостеромы надпочечника под маской другого заболевания выявлен и было назначено соответствующее лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Каменовой С. У. Лекции проф. - 2007. - АГИУВ.
- 2 Гусев Е.И. Нервные болезни. - М.: Медицина, 2005.
- 3 Наследственные заболевания. Полный справочник. - ЭКСМО, 2010.
- 4 Брильма Дж., Козн С., Неврология. - Медпресс-информ, 2007.
- 5 Гусев Е., Никифоров А., Неврологические симптомы, синдромы и болезни: энциклопедический справочник. - ГЭОТАР-Медиа, 2006.
- 6 Донахи М., под ред.: Панфенова В.А. Неврология. - МИА, 2007.
- 7 Захарченко М.А. Курс нервных болезней. - М.-Л.: ГИЗ, 1930.
- 8 Саймон Р.П. Клиническая неврология: руководство для врачей. Пер с англ. Изд. 2, доп.
- 9 Мументалер М. Неврология., Меттле Х., под ре.: Левина О.С. - Медпресс-информ., 2009.
- 10 Штульман Д.Р., Левин О.С., Неврология: Справочник практического врача. - Медпресс - информ., 2008.
- 11 Скоромец А.А., Скоромец А.А.. Справочник врача-невропатолога. - Медпресс - информ., 2008.
- 12 Кайшибаев С.К.. Неврология. 1, 2 часть, (каз) - Алматы: 2001.
- 13 Агафонов Б.В., Неретин В.Я., Медико-генетическое консультирование при наследственных и врожденных болезнях нервной системы. - Медицина Издательство (Татарстан), 2004.
- 14 Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: рук. для врачей: в 2-х томах, , ред.: Яхно Н.Н. - Медицина, 2005.

Түйін: Мақалада бүйрек үсті безінің альдостеромасы клиникалық диагнозы қою қиын болған жағдайда тәжірибеде берілген.

D.P. ZHANSEITOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical university

CLINICAL CASE STUDY: aldosteronoma of adrenal glands

Resume: The article presents the data on aldosteronoma of adrenal glands, as a case of practice, when it was very difficult to put a clinical diagnosis.

Aldosteroma called a tumor originating from the cells of the glomerulosa zone of the adrenal cortex, resulting in a syndrome of primary hyperaldosteronism - Conn's syndrome. Benign tumors of the adrenal gland (adenoma) are the leading cause of primary hyperaldosteronism (PHA), accounting for 70-85% of cases. Less than 5% of the tumors are malignant in nature (malignant aldosteroma).

The disease usually manifests itself between the ages of 30-50 years old, male to female ratio is 1:3. It is important to note that among all patients with hypertension, about 1.5-2% of cases is caused by the PHA. The pathogenesis of the disease are changes in various organs and systems due to the increased production of aldosterone. After removing the aldosteroma approximately 70% of patients has normal blood pressure, even at 20-25% of persistent moderate hypertension is easily corrected by conservative therapy. Significantly worse than the results of surgical treatment of diffuse nodular hyperplasia of the adrenal cortex.

А. Е. ЖЕКЕМБИНА

*ассистент кафедры интернатуры и резидентуры по психиатрии и наркологии
Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ «АДАПТОЛ» И «НООФЕН» В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Клиническое исследование препаратов Адаптол и Ноофен выявило их эффективность в терапии больных с психическими расстройствами различной этиологии не только в стационарных, но также и в амбулаторных условиях.

Психическое здоровье населения является одной из важнейших медицинских, социальных и экономических проблем. Предварительные оценки свидетельствуют о том, что сегодня приблизительно 450 миллионов людей, проживающих на нашей планете, страдают от психических и неврологических расстройств, или же от различных психосоциальных проблем (Гро Харлем Бруланд, 2001)[1]. Как отмечается в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2001 "Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда", психические и поведенческие расстройства наличествуют у 10% взрослого населения. Около 20% всех больных, которые проходят обследование в системе первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. При этом, отмечается в Докладе, каждая четвертая семья имеет обычно хотя бы одного члена, который страдает поведенческим или психическим расстройством.

Среди психических и поведенческих расстройств, поразивших население планеты, значительный удельный вес занимают невротические нарушения. Как отмечают В.Я. Семке с соавт.(1991)[2], по масштабам распространения пограничные психические расстройства не имеют себе равных не только в психиатрии, но и вообще в медицине, за исключением ряда эпидемического распространяющихся инфекционных процессов. Среди пограничных психических расстройств значительный удельный вес занимают невротические нарушения. По данным Б.Д. Петракова, Г.В. Рыжикова(1976)[3] распространенность неврозов среди всех психических заболеваний весьма значительна и составляет 47%. Б.Д. Петраков, Л.Б. Петракова (1984)[4] также отмечают, что изучение и выявление невротических расстройств является одной из актуальнейших проблем современной психиатрии. По данным авторов, за период с 1900 по 1983 годы в 15 экономически развитых странах мира средние ежегодные показатели распространенности неврозов увеличились в 40,6 раза - с 2,4 случая в 1900-1929 годах до 97,4 случая на 1000 человек населения в 1970-1983 годы. В структуре расстройств невротического уровня ведущее место занимают аффективные нарушения, в частности, депрессивные.

Депрессивные расстройства являются одними из самых распространенных. Так, по данным ВОЗ, в 1990 году они занимали 4-е место среди причин инвалидности в мире, а к 2002 году переместились на 2-е место. Широкая распространенность данной патологии объясняется ранним возрастом дебюта, высоким риском перехода в затяжную форму, суицид или социальную реадaptацию личности. По негативному влиянию на качество жизни депрессия занимает третье место после инсульта и сахарного диабета. В последние годы накопилось немало сведений по улучшению психофармакологической помощи [5]. Достижения в лечении больных с психическими расстройствами внесли определенные изменения в психиатрическую диагностику. Прежде всего, они расширили границы диагностики аффективных нарушений [6]. Большое значение сегодня приобретает применение психотропных препаратов в терапии двух психопатологических состояний - панических реакций и соматизированных истерических расстройств. Довольно часто психиатрам приходится сталкиваться и с аффективными расстройствами. По самым скромным оценкам, 10-15% больных алкоголизмом страдают первичными аффективными нарушениями [6], а по данным Hirschfeld, почти 50% больных биполярным

аффективным психозом страдают сопутствующим хроническим алкоголизмом.

Распространенность данных расстройств обуславливает поиск лекарственных средств, с одной стороны, редуцирующих психоорганические расстройства, а с другой - не нарушающих уровень социально-трудовой адаптации больных. Этим критериям в достаточной мере соответствуют безопасные и эффективные в практическом использовании современные транквилизаторы с ноотропным компонентом Адаптол и Ноофен [7,8,9]. Проведенные ранее исследования касались эффективности использования данных препаратов в детской клинике и соматической медицине.

Данное исследование эффективности препаратов «Адаптол» и «Ноофен» проводилось в психосоматическом, психотерапевтическом и психоневрологическом отделениях Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии, г. Алматы.

Под нашим наблюдением находилась группа из 23 женщин и 19 мужчин. Преобладали больные трудоспособного возраста. Критериям отбора в группу для наблюдения было наличие в клинике заболевания расстройств аффективного уровня. У большинства больных имелась резидуальная органическая недостаточность ЦНС различного генеза, сопровождающаяся поведенческими расстройствами. Кроме того, 11 больных имели алкогольную зависимость.

Социально-демографическая структура группы обследованных больных была представлена следующим образом.

Семейное положение больных: 27 имеют семьи, 8 холосты, 6 разведены и 1 вдова.

Их образовательный уровень: у 16 среднее образование, 17 средне-специальное и у 9 больных высшее образование.

Среди них 21 работающих, 15 неработающих и 6 пенсионеров.

Длительность заболевания до настоящей госпитализации составила у 19 больных до 1 года, у 7 больных - от 2 до 5 лет, у 10 больных- от 6 до 10 лет и у 6 больных- свыше 10 лет. Впервые госпитализировались в психиатрическое учреждение 21 больной, остальные проходили курс лечения повторно, а 8 больных направлены на лечения в 3-й и 4-й раз.

Начало заболевания у большинства больных связано с семейно-бытовыми либо профессиональными психогениями. В клинической картине заболевания преобладали тревожно-депрессивные, тревожно-фобические расстройства с выраженным сосудисто-вегетативным компонентом, снижением когнитивных функций, утратой интересов, фиксацией внимания на болезненных ощущениях, обилием жалоб соматогенного характера. Алкогольные эксцессы, употребление наркотических средств сопровождались психоэмоциональной напряженностью, выражающейся: в раздражительности, агрессивном поведении, тревожно-субдепрессивных расстройствах, обостряющихся на фоне личностных психоорганических изменений.

Длительность лечения Адаптолом и Ноофеном составила в среднем 3-4 недели. Эффективность лечения оценивалась на основании клинического наблюдения в соответствии, с рекомендациями по клиническому изучению лекарственных средств. Больные подверглись комплексному клинико-психопатологическому, лабораторному, экспериментально-психологическому следованию.

Препарат Адаптол был назначен 27 больным, Ноофен принимали 15, кроме того в 9 случаях проводилась терапия сочетанием Адаптола и Ноофена.

Адаптол назначался в дозе от 0,6 до 3,6 г в сутки. Дозировка Ноофена - от 0,75 до 1,5 г в сутки.

Применение Адаптола и Ноофена дало положительные результаты во всех случаях. Побочных эффектов терапия не вызывала. Такой же результат достигнут при сочетании этих препаратов с другими психотропными средствами. Особенно эффективно лечение оказалось для больных, впервые проходящих курс. У больных применявших ранее иные средства, эффект терапии Адаптолом и Ноофеном оказался менее выраженным, и для лечения потребовалось более длительное время.

К концу первой недели приема препарата все больные отмечали улучшение самочувствия, уменьшения частоты и интенсивности сосудисто-вегетативных кризов. Постепенно нормализовалось настроение, исчезло тягостное ожидание внезапных тревожных состояний. Вернулся интерес к жизни, восстановилась трудоспособность, появилось желание заняться физической или умственной деятельностью, вернулась положительная установка на будущее.

Следует отметить, что применение этих средств также повысило эффективность психотерапевтической работы. Больные становились более восприимчивыми к рациональной,

суггестивной и аутогенной психотерапии, что способствовало более быстрому разрешению психотравмирующей ситуации. Поскольку препараты хорошо переносились больными и в амбулаторных условиях лечения, то они способствовали лучшей переносимости психогенных ситуаций, активизировали профессиональные способности.

У больных с алкогольной и наркоманической зависимостью с первых дней госпитализации применение Адаптола и Ноофена помогло снизить тревожность, раздражительность, способствовало упорядочению поведения и более эффективной редукции абстинентных расстройств. Значительно быстрее устранялся вегетативный компонент абстинентного синдрома, нормализовался ночной сон. У больных улучшались способности при интеллектуальных и физических занятиях.

Дальнейшее наблюдение за больными, продолжающими лечение в амбулаторных условиях, выявило тот факт, что длительное применение препаратов (до 2-3 месяцев) способствовало более стойкой ремиссии, физической и психологической устойчивости к стрессовым ситуациям.

Таким образом, проведенное клиническое исследование позволяет говорить об эффективности Адаптола и Ноофена в терапии больных с психическими расстройствами различной этиологии не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гро Харлем Брутланд, Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. - 2001.
- 2 Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда (русская версия). - М.: 2001.
- 3 Семке В.Я., Положий Б.С., Васильева О.А., Залевский Г.В., Корнетов Н.А. Эпидемиология, клиника и профилактика пограничных состояний в регионе Сибири и Дальнего Востока//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1991.- № 12. - С. 7-11.
- 4 Петраков Б.Д., Рыжиков Г.В. Современные тенденции распространения психических болезней (сравнительный социально-гигиенический анализ)//Медицинский реферативный журнал - 1976. - Разд. 16, N5 - С. 6-16.
- 5 Петраков Б.Д., Петракова Л.Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке. - М.: ВНИИМИ, 1984. - 70 с.
- 6 Садуакасова К.З. Адаптол в практике детского психиатра. Методические рекомендации.-Алматы: 2005. - 24 с.
- 7 Ahsanuddin K.M., Ivey J.A., Schlotzhauer D., Hall K., Prosen H.Psychotropic Medication Prescription Patterns in 100 Children and Adolescents.- J.Amer. Acad.Chid.Psychiatr. - 1983. - 22. - 4. - P. 361-364.
- 8 Akiskal H.S., Cassano G. B.The Impact of Therapeutic Advances in Widening the Nosologic Boundaries of Affective Disorders: Clinical and Research Implications.-Pharmacopsychiatry. - 1983. - 16. - 4. - P. 111-118.
- 9 Менделевич Д.М., Зимакова И.Е., Менделевич В. Д. Применение транквилизатора адаптол для лечения климактерических нервно-психических нарушений. //Акушерство и гинекология. - 1983. - № 2. - С. 58-61.
- 10 Голыплат Ю.В., Лапин И.П. Усиление Ноофеном лечебного действия антипаркинсонических средств. //Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 1986. - № 8. - С.986-987.

Түйін: Адаптол және Ноофен препараттарына клиникалық зерттеулер нәтижесінде стационардағы, сонымен қатар амбулаторлық жағдайдағы өртүрлі этиологиядағы психикалық бұзылған науқастарда терапиялық оның эффективтілігі анықталды.

A. E. ZHEKSEMBINA

*Assistant Professor of internship and residency in Psychiatry and Addiction
S.J. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty*

"ADAPTOL" AND "NOOFEN" DRUGS IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Resumé: In was done the clinical research to those medicine such as Adaptol and Noophen. The effectiveness of those medicine have been revealed during the treatment of patients with physical diseases of different ethidogy not only in permatent but also out department

A clinical study of Adaptol and Noofen drugs revealed their effectiveness in the treatment of patients with mental disorders of various etiologies, not only in stationary, but also in the outpatient setting.

ental health is one of the most important health, social and economic problems. Preliminary estimates indicate that today about 450 million people living on our planet suffer from mental or neurological disorders or from psychosocial problems of various (Gro Harlem Brundtland, 2001) [1]. As stated in the WHO Report on the state of health care in the world, 2001 "Mental Health: New Understanding, New Hope", mental and behavioral disorders are present in 10% of the adult population. About 20% of all patients who undergo screening in primary health care, suffer from one or more mental disorders. At the same time, the report says, one in four families has usually at least one member who suffers from a mental or behavioral disorder.

Among the mental and behavioral disorders, afflicting the world's population, a significant proportion of occupied neurotic disorders.

СКОРАЯ НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
EMERGENCY CARE

УДК: 616-089-001-036.22-614.86

А.О. МЫСАЕВ¹, В.К. УФИМЦЕВ², Е.К. СЕМЕНОВ³, М.А. БАРАНОВСКАЯ¹

¹Государственный медицинский университет г.Семей,

²Больница скорой медицинской помощи г. Усть-Каменогорск,

³Больница скорой медицинской помощи г.Семей

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ НЕЙРОТРАВМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

В статье представлен эпидемиологический анализ госпитализации больных с тяжелой нейротравмой в результате дорожно-транспортных происшествий за 2006-2010 гг. по г.Семей и близлежащий районов. Результаты этой статьи будут полезны при планировании работы нейрохирургических стационаров. Отсутствие в истории болезни четких данных о месте работы пострадавшего, к какой категории участника дорожного движения он относится, кем и откуда был доставлен, ограничивает мощность проведенного эпидемиологического анализа.

Ключевые слова: эпидемиология, дорожно-транспортное происшествие, нейротравма

Введение. Дорожно-транспортный травматизм приобретает все большую актуальность. Многие авторы [1-6] отмечают рост числа дорожно-транспортных происшествий (ДТП), а также числа пострадавших и погибших в них. ДТП является второй причиной госпитализации больных в нейрохирургический стационар [1] и причина № 1 среди умерших от сочетанной и множественной черепно-мозговой травмы [7,8].

За последние годы эпидемиологическая ситуация по черепно-мозговому травматизму ухудшилась [2]. В структуре причин ЧМТ дорожно-транспортный травматизм составляет 20-68% [2,9].

Нейрохирургические травмы встречается во всех возрастных категориях. Однако чаще встречаются у лиц молодого и среднего возраста [1,9,10], что является вероятностным фактором существенного влияния на социально-экономическую развитие в связи со снижением временной и стойкой утратой трудоспособности пострадавших.

Поэтому знание эпидемиология тяжелой нейротравмы, требующая стационарного лечения, является существенным подспорьем для организаторов здравоохранения в разработке мер профилактики и организации медицинской помощи данной категории больных.

Материалы и методы. Работа основана на анализе данных истории болезни (форма 003/у) пострадавших в результате ДТП, получивших тяжелую травму и госпитализированных в нейрохирургическое отделение Медицинского центра Государственного медицинского университета г.Семей (МЦ ГМУ г.Семей), которое является единственным профильным отделением, оказывающее помощь взрослому населению (15 лет и более) жителям г.Семей и близ лежащих районов.

Дизайн – ретроспективное описательное исследование, глубиной 5 лет с 2006 по 2010 гг. включительно. Выборка – сплошная. Работа проводилась в архиве МЦ ГМУ г.Семей.

Следующие параметры взяты для анализа: дата и время поступления, койко-дни, пол, возраст, место работы, обстоятельства травмы (т.е. к какой категории участника дорожного движения относился пострадавший), день недели, кем доставлен, откуда доставлен.

Критерии включения в исследование:

1. Автодорожная травма (в результате ДТП),
2. Дата ДТП с 01.01.2006 по 31.12.2010 включительно.

Критерии исключения из исследования:

1. Другие виды травм (бытовая, уличная, производственная и т.д.), а также травмы связанные с железнодорожным транспортом.
2. Повторные госпитализации одного и того же больного в стационар, в том числе на реабилитационное лечение, удаление имплантатов и др.

После завершения выкопировки (заполнения архивных карт) все данные кодировались и вводились в программу Excel. Далее статистический анализ проводился в программе SPSS версии 20. Большинство параметров представлены в абсолютных числах и процентах. Так как многие исследуемые параметры имели распределение отличное от нормального, мы использовали для анализа непараметрические критерии: медиана (Me), первый и третий квартили (Q1 и Q3), критерий Манна-Уитни (U), критерий Краскела-Уоллиса (H), t-критерий Стьюдента. Для получения линии тренда в сезонности в течение года и недели нами использовалась полиномиальная линия тренда с определением величина достоверности аппроксимации (R^2). Мы использовали четвертую степень полинома, чтобы описать три максимума или минимума. Заболеваемость и распространенность отношений и соответствующих им 95% доверительные интервалы были вычислены в качестве меры риска соответствующего режима погибших.

Результаты и обсуждение. За период 2006 - 2010 гг. в нейрохирургическое отделение МЦ ГМУ г. Семей было госпитализировано 6414 человек, из них после ДТП 700 человек, что составило 10,9% от общего числа госпитализированных больных (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение госпитализированных больных за период 2006 - 2010 гг. по месяцам

Месяц	Всего госпитализировано	После ДТП	% больных после ДТП от всего госпитализаций в месяц	% ДТП каждого месяца от всего ДТП в год
январь	530	44	8,3	6,3
февраль	456	31	6,8	4,4
март	537	38	7,1	5,4
апрель	545	35	6,4	5
май	507	55	10,8	7,9
июнь	569	57	10	8,1
июль	530	84	15,8	12
август	572	72	12,6	10,3
сентябрь	538	79	14,7	11,3
октябрь	584	64	11	9,1
ноябрь	511	69	13,5	9,9
декабрь	535	72	13,5	10,3
ВСЕГО:	6414	700	10,9	100

Как видно из таблицы 1, увеличение госпитализации больных после ДТП в структуре общей госпитализации происходит во втором полугодии, особенно в июле (15,8%) и сентябре (14,7%). Наименьшее количество поступивших больных после ДТП выявлено в апреле (6,4%). Если оценивать долю поступления пострадавших в каждом месяце от общегодового поступления после

ДТП, то наибольшее количество отмечено в июле (12%), августе (10,3%) и сентябре (11,3%) ($\chi^2 = 60,623$, $p < 0,001$). В динамике лет 2006-2010 гг. количество госпитализации пострадавших с автодорожной травмой в нейрохирургическое отделение МЦ ГМУ г.Семей уменьшилось (таблица 2).

Таблица 2 – Динамика госпитализации пострадавших в ДТП в нейрохирургическое отделение МЦ ГМУ г.Семей за 2006-2010 гг.

№	Параметр	2006	2007	2008	2009	2010	Итого:
1	Пострадавшие в ДТП	169	136	132	123	140	700
2	Среднее ежемесячное поступление пострадавших в ДТП	14,1	11,3	11	10,3	11,7	11,7

Из таблицы 2 видно, что в среднем ежемесячно в нейрохирургическое отделение МЦ ГМУ г.Семей в 2006 году было госпитализировано 14,1 больных с автодорожной травмой. В динамике лет данный показатель снижался и к 2010 году он составил 11,7 госпитализаций в месяц. Снижение госпитализации больных с автодорожной травмой за исследуемый период составило 17%.

С 1 августа 2008 года в Казахстане введен Закон "О внесении изменений и дополнений в некоторые

законодательные акты РК по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения". Для анализа влияния Закона на количество госпитализаций больных с автодорожной травмой в травматологическое отделение нами исследуемый 5-летний период разделен на 2 периода: с 1 января 2006 по 31 июля 2008 года – I период и с 1 августа 2008 по 31 декабря 2010 – II период (таблица 3).

Таблица 3 - Среднее ежемесячное поступление пострадавших в ДТП в травматологическое отделение до и после введения Закона

№	Наименование	I период	II период	Итого:
1	Количество пострадавших в ДТП, человек	382	318	700
2	Среднее ежемесячное поступление пострадавших после ДТП, человек	12,3	11,0	11,7

Как видно из таблицы 3, после введения Закона и ужесточения наказания за нарушение правил дорожного движения в среднем произошло уменьшение ежемесячного поступления больных с автодорожной

травмой на 10,6% по сравнению с I периодом (t-критерий = 24,067, $p < 0,001$).

Динамика поступления пострадавших в течение недели представлена на рисунке 1. Увеличение поступления

больных отмечено в выходные дни ($\chi^2 = 65,423$, $p < 0,001$).
 Это же подтверждает высокая величина достоверности

аппроксимации линии тренда ($R^2 = 0,8116$).

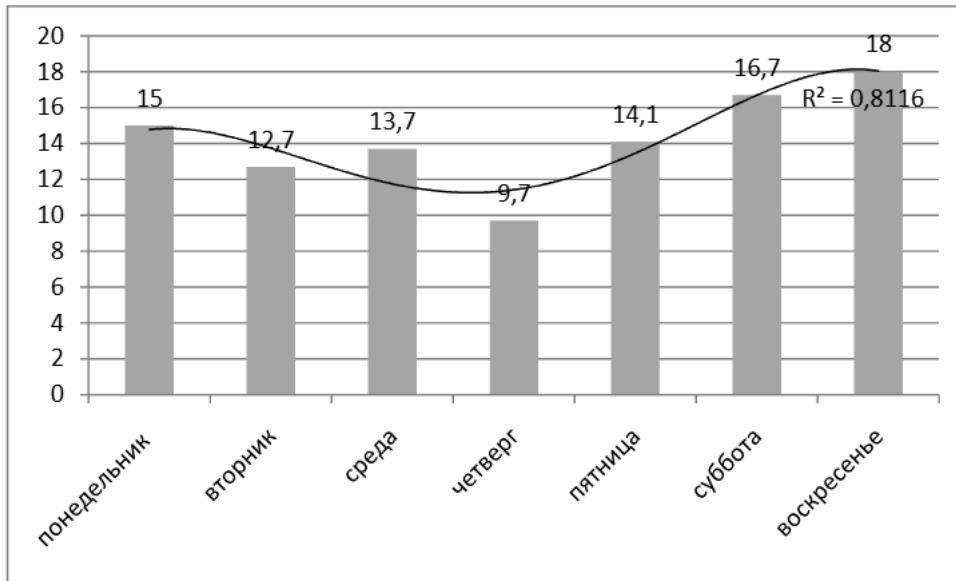


Рисунок 1 - Сезонность госпитализации пострадавших в результате ДТП в течение недели (% , полиномиальная линия тренда)

Распределение поступления больных в стационар по времени суток в течение недели (рисунок 2) и года (рисунок 3).

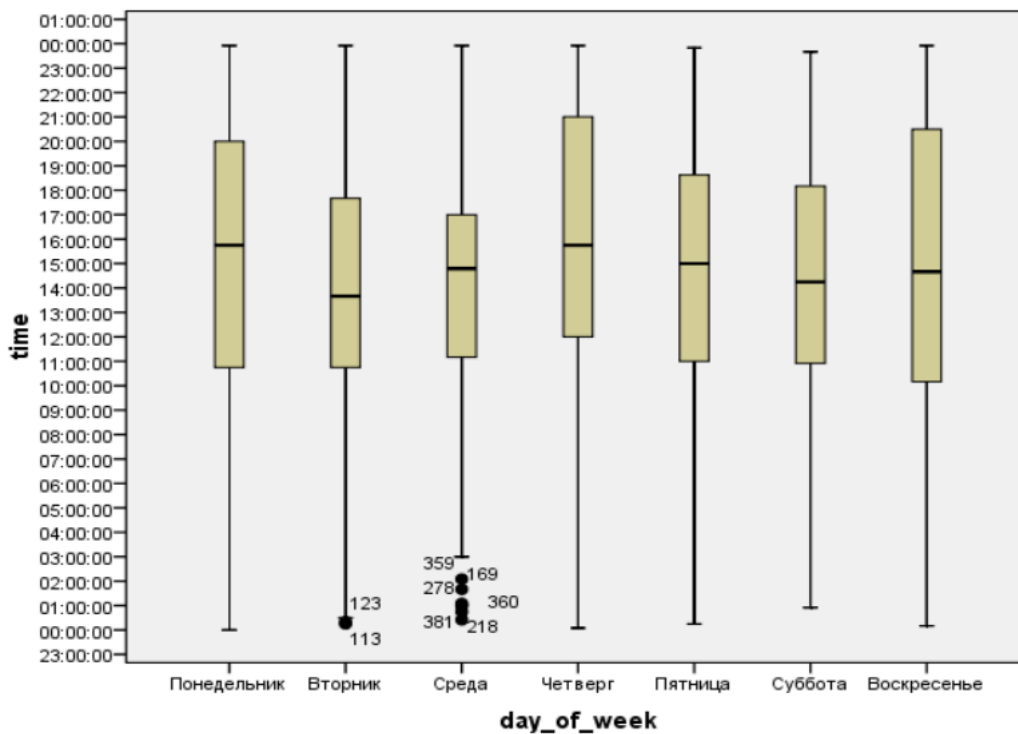


Рисунок 2 - Распределение поступления больных в стационар по времени суток в течение недели.

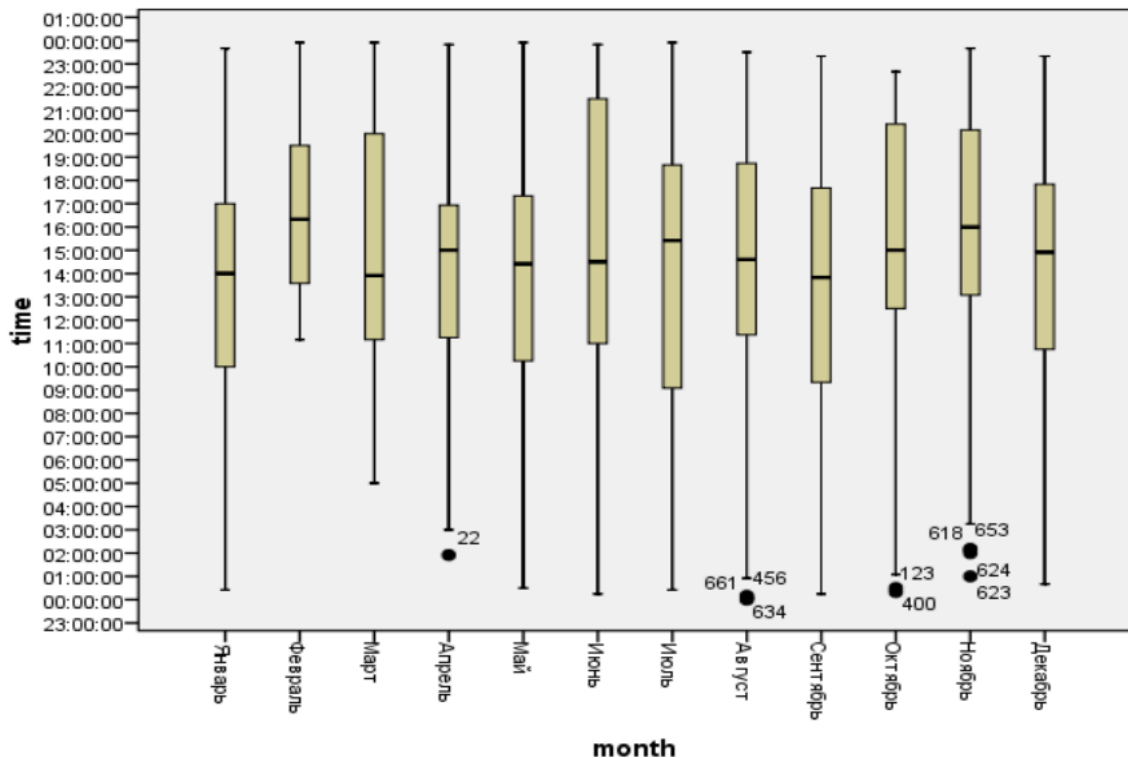


Рисунок 3 - Распределение поступления больных в стационар по времени суток в течение года

Как видно из рисунка 2 и 3, в течение недели и года больные поступают в основном в светлое время суток. Мужчин среди госпитализированных после ДТП было 391 человек (55,9%), женщин – 309 (44,1%). Средний

возраст пострадавших составил 33 года (Me = 29,5; Q1=22; Q3=42 лет). Возрастная характеристика исследуемой группы имеет правостороннюю асимметричность (рисунок 4).

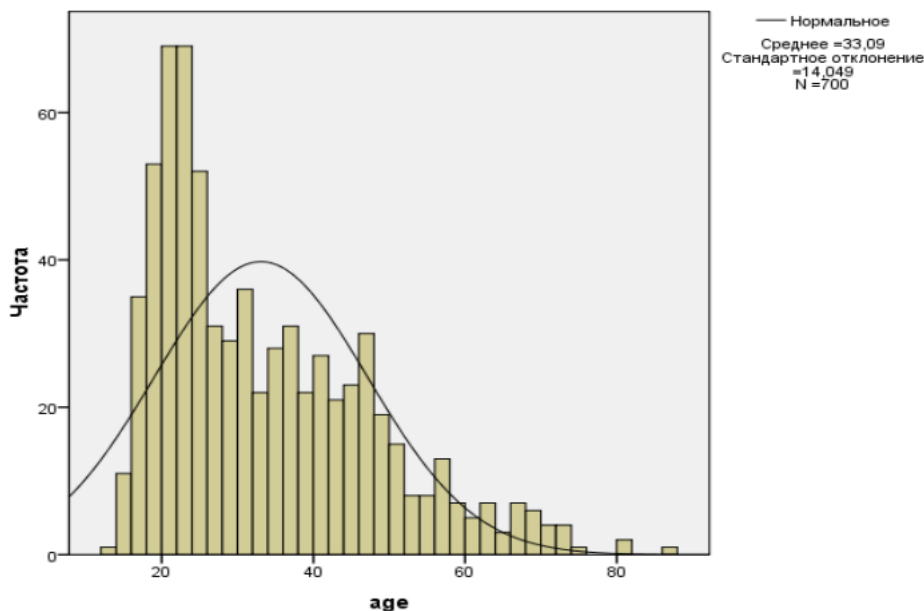


Рисунок 4 - Возрастная характеристика исследуемой группы больных (абс. число, линия – теоритическое нормальное распределение)

Такая же правосторонняя асимметричность в возрасте выявлена как у мужчин, так и у женщин. Мужчины были моложе женщин 32,6 лет (Me = 29,5; Q1=22; Q3=41 лет) и 33,6 года (Me = 31; Q1=21; Q3=44 лет) соответственно, однако статистических значимых различий в возрасте не

обнаружено (критерий Манна-Уитни $U=58278,5$, $z = -0,803$, $p = 0,422$).

Социальный статус больных исследуемой группы представлен в таблице 4.

Таблица 4 – Социальный статус больных исследуемой группы

Социальный статус больных	Абсолютное число	Процент
не работает	230	32,9
студент	84	12,0
школьник	26	3,7
пенсионер	38	5,4
инвалид	14	2,0
служащий	120	17,1
рабочий	138	19,7
предприниматель	44	6,3
другое	6	9
Итого:	700	100,0

Как видно из таблицы 4, большинство госпитализированных пострадавших скрывают место своей работы («не работают» 32,9% или 230 человек). Рабочие составили 19,7% (138 пострадавших), служащие 17,1% (n=120), студенты 12% (n=84), предприниматели

6,3% (n=44), пенсионеры 5,4% (n=38), школьники 3,7% (n=26), инвалиды 2,0% (n=14).

Распределение поступивших больных в нейрохирургическое отделение МЦ ГМУ г. Семей по категориям участника дорожного движения представлено в таблице 5.

Таблица 5 - Категории участников дорожного движения в исследуемой группе

Категория	Абс. число	Процент
Пешеход	217	31,0
Пассажир авто	62	8,9
Водитель авто	25	3,6
Водитель и пассажир мотоцикла	3	0,4
Не известно	393	56,1
Итого	700	100,0

Если исключить неизвестных, то наибольшее количество участников дорожного движения являются пешеходы (31%), далее пассажиры (8,9%) и водители (3,6%) автомобилей. Нами обнаружены статистически значимые различия в большем поступлении пешеходов, нежели других участников дорожного движения ($\chi^2 = 52,537, p < 0,001$).

«Скорой помощью» было доставлено в стационар 48 % (n=336) пострадавших, по направлению из другого

медицинского учреждения – 42,3% (n=296), самообращение – 7,9% (n=55), попутным транспортом – 0,4% (n=3), сбившим водителем – 0,3% (n=2). У 1,1% (n=8) выяснить, кем больной доставлен в стационар, не удалось.

Откуда доставлены пострадавшие в стационар, представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Откуда доставлены пострадавшие в нейрохирургический стационар

№	Откуда доставлен пострадавший	Абсолютное число	%
1	С места происшествия	210	30%
2	БСМП	130	18,6%
3	Дома	102	14,6%
4	Другого стационара	91	13,0%
5	Поликлиники	58	8,3%
6	Травмпункта	31	4,4%
7	Другое	50	7,1%
8	Неизвестно	26	3,7%
9	С поста ГАИ	2	0,3%

Как видно из таблицы 6, большинство пострадавших доставлены с места происшествия (30%, n=210). Далее из больницы скорой медицинской помощи 18,6% (n=130) после консультации травматолога, из дома – 14,6% (n=102), другого стационара 13,0% (n=91), поликлиники – 8,3% (n=58), другое – 7,1% (n=50), из травмпункта – 4,4% (n=31), неизвестно – 3,7% (n=26), с поста ГАИ - 0,3% (n=2).

Таким образом, доля госпитализированных больных после ДТП в общей структуре госпитализации составило 10,9%. Наименьшее количество поступивших больных после ДТП выявлено в апреле (6,4%), наибольшее количество отмечено в июле (12%), августе (10,3%) и сентябре (11,3%) ($\chi^2 = 60,623, p < 0,001$). В динамике лет ежемесячный показатель госпитализации пострадавших после ДТП в нейрохирургическое отделение снижался с

14,7 в 2006 году до 11,7 в 2010 году, что составило 17%. При этом после введения Закона и ужесточения наказания за нарушение правил дорожного движения в среднем произошло уменьшение ежемесячного поступления больных с автодорожной травмой на 10,6% по сравнению с периодом до введения (t-критерий = 24,067, $p < 0,001$).

Увеличение поступления больных нами выявлено в выходные дни ($\chi^2 = 65,423$, $p < 0,001$). В течение недели и года больные поступают в основном в светлое время суток.

Средний возраст госпитализированных составил 33 года (Me = 29,5; Q1=22; Q3=42 лет). Мужчин среди госпитализированных после ДТП было 55,9%. Большинство (32,9%) госпитализированных больных не работают, далее рабочие (19,7%), служащие (17,1%) и студенты (12,0%). Также в большинстве случаев (56,1%) не известно, к какой категории участника дорожного движения относится больной. В основном больные доставлены «скорой помощью» (48%) и по направлению из другого стационара (42,3%). С места происшествия доставлено 30% пострадавших.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кариев Г.М., Маманазаров К.М., Ахмадиев М.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика острой черепно-мозговой травмы у жителей Сурхандарьинской области Узбекистана // Украинский нейрохирургический журнал. – 2000. - №4. – С.136-140. http://www.neuro.kiev.ua/catalogs/6/36/47/615/en_2000_N4_UkrNeuroJourn.pdf#page=137
- 2 Пошатаев К.Е. Эпидемиологические и клинические аспекты черепно-мозговой травмы [Электронный ресурс]. - Режим доступа: свободный, http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/dmj/2010/201004/201004_38.pdf
- 3 Цой Г.В., Иванов В.В., Собарь В.С. причины политравмы, диагностика и тактика лечения // Травматология жёне ортопедия. – 2004. - №4. – С.73-74.
- 4 Абиев Т.М., Ералинов Е.К., Тлемисов М.А., Сагинова Д.А. К вопросам по организации экстренной помощи при сочетанной травме по данным ОАРИТ МКБ им. профессора Х.Ж.Макажанова // Травматология жёне ортопедия. – 2005. - №2. – С.12-13.
- 5 Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю. Дорожно-транспортный травматизм в Республике Узбекистан и организация медицинской помощи пострадавшим // Травматология жёне ортопедия. – 2011. - №2. – С.33-34.
- 6 Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Актуальные вопросы организации травматолого-ортопедической помощи населению РК // Травматология жёне ортопедия. – 2003. - №2. – С.3-4.
- 7 В.В. Щедренко, О.В. Могучая, И.В. Яковенко, Н.В.Аникеев, Г.А. Григорян, Ю.В. Попов, И.А. Соваков, А.В. Федоров, А.В. Филиппов, Н.А. Янина. Смертность населения Санкт-Петербурга от сочетанной и множественной черепно-мозговой травмы // WWW.MEDLINE.RU Том 8, Нейрохирургия. – 2007, март. – С. 184-191. http://primus.letter.ru/public/pdf/8_019.pdf
- 8 Джаксыбекова Г.К., Сембинова А.С., Бекежанова Л.З., Кенжебек А.К. Основные показатели травматолого-ортопедической помощи населению РК в 2010 г. // Статистический сборник (специальный выпуск к 10-летию НИИТО). – Астана: 2011. – 90 с.
- 9 Валиев Э.Ю. Опыт оказания специализированной помощи больным с политравмой в условиях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи // Травматология жёне ортопедия. – 2011. - №2. – С.22-23.
- 10 Щедренск В.В., Гуманенко Е.К., Яковенко И.В., Могучая О.В., Калинин А.Г., Аникеев Н.В., Григорян Г.А., Соваков И.А., Попов Ю.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в травмоцентрах второго уровня (на модели Санкт-Петербурга) // травматология и ортопедия России. – 2008. - №1. – С.62-64.

А.О. МЫСАЕВ¹, В.К. УФИМЦЕВ², Е.К. СЕМЕНОВ³, М.А. БАРАНОВСКАЯ¹
ЖОЛ-КӨЛІК АПАТТАРЫНЫҢ НӘТИЖЕСİNДЕГІ АУЫР НЕЙРОЖАРАҚАТТЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Түйін: Мақалада 2006-2010 жж. Семей аймағы бойынша жол-көлік апаттары нәтижесінде ауыр нейрожарақаттармен науқастарды ауруханаға жатқызудың эпидемиологиялық талдауы ұсынылған. Бұл мақаланың нәтижелері нейрохирургиялық стационарлардың жұмысын жоспарлауда пайдалы болады. Ауру тарихында жарақаттанушының жұмыс орны туралы көрсеткіштердің жоқтығы, жол қозғалысына қатысушының қандай категориясына қатысты екендігі жайлы көрсеткіштердің жоқтығы, қайдан және кім өкелгені туралы көрсеткіштердің жоқтығы, өткізілген эпидемиологиялық талдаудың күшін азайтады.

Түйінді сөздер: эпидемиология, жол-көлік апаты, нейрожарақат.

A.O. MYSSAYEV¹, V.K. UFIMTSEV², E.K. SEMENOV³, M.A. BARANOVSKAYA¹
THE EPIDEMIOLOGICAL FACTORS OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS

Resume:

This descriptive, cross-sectional, hospital-based prospective study was conducted in the hospitals setting in Semey. The epidemiological analysis of hospitalization in patients with severe neurotrauma in road traffic accidents in 2006-2010 at Semey is presented in the article. The results of this paper will be useful in the planning of neurosurgical health care system. The absence of data about victims' occupation, category of road user, whom and where he was taken at the case history limits the power of the epidemiological analyzes.

The study highlighted the interaction of several factors involved in the occurrence of road traffic accidents especially the low awareness about the safety measures, lack of experience of drivers, narrow and broken roads with poor lighting especially in the crossings and speed breakers, overloaded vehicles and high speed. The high incidence of RTA injuries in our study highlights the need for urgent steps to protect pedestrians. There should also be stricter laws and better enforcement of the laws already on the book. Wide availability of first aid to the victims of RTA and establishing high quality, modern trauma centers along with recruitment and retention of well-trained trauma specialists will help to mitigate the effects of RTA. Further studies are needed to assess which interventions are more likely to prevent RTAs and decrease the morbidity and mortality associated with RTA.

In recent years the epidemiological situation of traumatic brain injury worsened. [2] Among the causes of head injury, road traffic injuries is 20-68% [2,9].

Neurosurgical trauma occurs in all age categories. However, more common in young and middle-aged [1,9,10], which is a probability factor for a material impact on the socio-economic development in connection with the reduction of temporary and permanent disability suffered. Therefore, knowledge of the epidemiology of severe neurotrauma, requiring hospital treatment is an essential tool for policy-makers in the development of prevention and organization of medical care in these patients.

Keywords: Road Traffic Accidents; Risk Factors; epidemiology, neurotrauma

УДК 616 31–085(075. 8)

Л.Я. ЗАЗУЛЕВСКАЯ, К.М. ВАЛОВ, Ж.Н. ПАЛВАНОВ
 КазНМУ, модуль «Терапевтическая стоматология»

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВОСТОМАТИТА ВЕНСАНА

Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана может проявляться в различных клинических случаях, быть самостоятельным заболеванием или симптомом какого-либо общего патологического процесса. Приведены клинические примеры тяжелого течения гингивостоматита Венсана.

Ключевые слова: язвенно-некротические поражения, альтеративное воспаление, некроз, анаэробная флора, заболевания крови

Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана относится к аутоинфекционным заболеваниям, возбудителем которого являются представители условно-патогенной резидентной анаэробной флоры полости рта: фузобактерии, веретенообразные палочки, спирохеты и др. В норме эти микроорганизмы обнаруживаются у всех людей, имеющих зубы: присутствуют в десневом желобке, пародонтальных карманах, кариозных полостях, каналах зубов при осложненном кариесе. При воздействии каких-либо неблагоприятных факторов эти симбионтные микроорганизмы приобретают патогенные свойства и вызывают заболевания. Среди этих факторов есть как общие, так и местные. Из общих следует выделить снижение реактивности макроорганизма на фоне каких-либо системных заболеваний (например, вирусные инфекции, авитаминозы, аутоиммунные реакции и др.), переохлаждения, стресса, плохого питания. К местным предрасполагающим факторам относятся плохая гигиена полости рта, затрудненное прорезывание зубов мудрости, наличие каких-либо травмирующих факторов (острые края зубов, протезов). В некоторых клинических случаях провоцирующим фактором может быть лечение или удаление зуба, какое-либо оперативное вмешательство в полости рта. Все это объясняет тот факт, что заболевание часто развивается у водителей-дальнобойщиков, сотрудников экипажей подводных лодок, а раньше встречалось у фронтовых солдат (что дало заболеванию еще одно название, часто упоминающееся в литературе – «окопная болезнь»).

В патогенезе язвенно-некротического гингивостоматита Венсана преобладают альтеративные процессы, связанные с повреждением бактериальными ферментами различных биологических структур. Главным элементом поражения является язва. Заболевание имеет ярко выраженную клиническую картину. При поражении десны десневые сосочки разрыхляются, отекают, обильно кровоточат, вершины межзубных сосочков некротизируются, приобретая форму усеченного конуса. При последующем отторжении некротических масс возможно обнажение корней зубов в результате потери ткани десны. При локализации на других участках слизистой оболочки язвы имеют неровные края, располагаются на

гиперемированной отечной слизистой, а их дно покрыто грязно-серыми обильными некротическими массами. При прогрессировании процесса возможен некроз мышечной и соединительной ткани с переходом на кость альвеолярного отростка или на другие участки челюсти с развитием остеомиелита. Возможно поражение области зева (так называемая ангина Венсана-Симановского-Плаута). На фоне некротизации участков слизистой развивается выраженный халитозис – гнилостный запах изо рта, угнетающий психологическое состояние больных.

Страдает также общее состояние больных: характерно недомогание, слабость, субфебрильная температура, мышечные и суставные боли, что свидетельствует о выраженной интоксикации организма продуктами некротического распада и токсинами бактерий.

Всего за два неполных года на кафедру за консультативной помощью обратились 12 человек с язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана, из них мужчины составили 66,7% (8 человек). Для заболевания характерна осенне-зимняя сезонность (83,3% случаев). Из нескольких возрастных категорий один пациент (8,3%) был из категории 15-20 лет, 5 (41,7%) – из категории 20-30 лет, 3 (25,0%) – из 30-40 лет, и 3 пациентов (25,0%) – свыше 60 лет. Изменения в системе крови наблюдались у 4 пациентов (33,3%).

Клинический пример 1. Больной М. 58 лет обратился на кафедру за консультативной помощью с жалобами на болезненность и кровоточивость десен, зловонный запах изо рта, общее недомогание. Из анамнеза выяснилось, что больной работает дальнобойщиком. Во время длительных рейсов возникают проблемы с регулярной чисткой зубов, питается неполноценно, часто переохлаждается во время ожидания грузов.

В ходе осмотра больной был адинамичен, говорил вяло и тихо. Лицо имело бледную окраску с землистым оттенком. Регионарные лимфатические узлы пальпировались и были болезненны. В полости рта десневые сосочки, преимущественно во фронтальном отделе, находились в состоянии выраженного альтеративного воспаления, на отдельных участках обнаруживались очаги некроза. Элементы поражения были также на слизистой преддверия полости рта, щек и ретромолярного пространства (рисунок 1а,1б).



Рисунок 1 - а Больной. Обширные очаги некроза на слизистой оболочке полости рта.

После проведения обследования больному было назначено интенсивное общее лечение, включающее прием препаратов внутрь: трихопол для воздействия на анаэробную флору, кестин для снижения бактериальной сенсibilизации, нимесулид – нестероидный противовоспалительный препарат, подавляющий синтез простагландинов, играющих непосредственную роль в развитии воспалительного процесса и болевого синдрома, а также общеукрепляющие препараты в виде витаминного комплекса.

Местная терапия включала в себя последовательную обработку элементов поражения: полоскание раствором элюдрила в качестве антисептической обработки, озонирование очагов поражения и аппликации протеолитических ферментов с целью расщепления некротических масс, гиоксизоновая мазь для снятия воспалительной реакции и оливковое масло как универсальный кератопластик. Озонирование очагов поражения играет важную роль в процессе лечения, т.к. помимо расщепления некротических масс еще и оказывает губительное действие на анаэробную флору,

характерную для этого заболевания. В схему лечения вошла также санация полости рта и лазеротерапия. Уже на следующий день лечения была отмечена положительная динамика.

Дифференциальная диагностика заболевания в некоторых случаях может представлять трудности даже для опытного врача. Практическим врачам следует помнить, что подобные поражения могут возникнуть как аллергическая реакция, чаще всего на какие-либо лекарственные препараты; а также быть результатом ртутной интоксикации или симптомом серьезных заболеваний крови (агранулоцитоз, различные виды анемий, лейкоз, инфекционный мононуклеоз). Общий анализ крови является обязательным тестом у каждого пациента с подобной патологией. Заболевание следует также дифференцировать с другими патологическими процессами: специфические поражения (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция), онкологические процессы, травматические повреждения. В мазках – отпечатках с поверхности язв при язвенно-некротическом гингивостоматите Венсана всегда обнаруживаются фузобактерии и спирохеты.

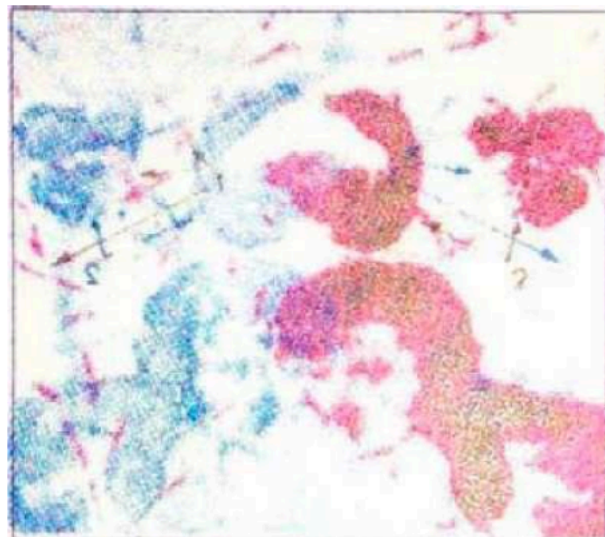


Рисунок 2 - Цитограмма больного с язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана: фузоспирохетоз и нейтрофилы в стадии распада

Клинический пример 2. Больная К., 19 лет обратилась на кафедру с характерными жалобами: болезненность и кровоточивость десен и других участков слизистой, неприятный запах, нарушение общего состояния.

Развитие заболевания больная связывала с эмоциональным стрессом и недавним эндодонтическим лечением зуба.

В полости рта имелись обширные очаги некроза как на десневых сосочках, так и на других участках слизистой. Некротические массы располагались на фоне гиперемированной, отечной и кровоточащей слизистой. Больная была направлена на общий анализ крови, после получения результатов которого была выявлена железодефицитная анемия с концентрацией гемоглобина менее 70 г/л. Больной была назначена классическая схема лечения заболевания с добавлением аппликации нанотехнологического геля «Vivax» на основе низкомолекулярных пептидов, обладающих выраженными биологически активными свойствами.

Динамика была положительной уже на следующий день пятидневного курса лечения.

Вывод. Из всего вышесказанного можно сделать заключение, что знание клинического течения заболевания очень важно для практического врача-стоматолога, т.к. порой правильная дифференциальная диагностика позволяет выявить более серьезное заболевание, симптомом которого могут быть язвенно-некротические поражения. Лечение заболевания также требует индивидуального подхода с учетом его этиологии, патогенеза и симптоматики заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Зазулевская Л.Я. Болезни слизистой оболочки полости рта. – Алматы: 2010. – С. 96-104.
- 2 Дитер Е. Ланге. Диагностика, клиника и лечение язвенных, везикулярных и десквамативных доброкачественных поражений полости рта. – Клиническая стоматология. - 2000. - № 1. – С. 40-45.
- 3 Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. – М.: Медицина, 1981.

Түйін: Жаралы өлеттенген Венсан гингивостоматитінің клиникалық көрінісі жеке ауру ретінде немесе ағзаның бір ауруының сипптомы түрінде көрінуі мүмкін. Мақалада Венсан стоматитінің ағымдарының мысалдары келтірілді.

L.Y. ZAZULEVSKAYA, K.M VALOV, J.N.PALVANOV
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
"Preventive dentistry" module

FEATURES OF NECROTIZING GINGIVOSTOMATITIS (VINCENT DISEASE)

Resume: Vincent disease (necrotizing ulcerative gingivostomatitis) can be progressed itself in a variety of clinical cases like an independent disease or like a symptom of any pathological process. Clinical examples of Vincent disease's hard passing are adducted.

Necrotizing ulcerative gingivostomatitis Vincent refers to autoinfektsionnym disease caused by the representatives are opportunistic resident anaerobic flora of oral cavity: fuzobakterii, spindly fingers, spirochetes, etc. Normally, these microorganisms are found in all people with teeth present in the gingival groove, periodontal pockets of cavities and channels of teeth with caries complicated. When exposed to any adverse factors, these symbiotic microorganisms acquire pathogenic properties and cause disease. Among these factors, there are both general and local. Should be allocated from the general decline in the reactivity of microorganism against any systemic disease (eg, viral infections, deficiency diseases, autoimmune reactions, etc.), exposure to cold, stress, poor nutrition. The local predisposing factors include poor oral hygiene, difficulty eruption of wisdom teeth, the presence of any traumatic factors (the sharp edges of the teeth, dentures). In some clinical situations precipitating factor can be treated or tooth extraction, any surgery in the oral cavity. All this explains the fact that the disease often occurs in long-distance drivers, employees, submarine, and earlier met at the front-line soldiers (which gave the disease is another name is often mentioned in the literature - "trench disease").

УДК 617.52-616.716.8-053.1-053.2-089-084:614.

Ж.А. ФАЗИЛОВ

г. Алматы за 2010- 2012 г.г.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ГКБ №5

История развития детской челюстно-лицевой хирургии имеет более чем 30 летнюю историю.

В связи с открытием в АГМИ кафедры стоматологии детского возраста в 1977 году было организовано отделение детской челюстно-лицевой хирургии на 60 коек (Т.К.Супиев, 2012 г.)

В течение десятилетий в отделении проводилось лечение детей всей республики, госпитализированных в плановом и экстренном порядке. Отделение было республиканским центром по лечению и реабилитации детей с врожденными аномалиями и пороками развития, дефектами и деформациями челюстно-лицевой области.

Организатором и куратором отделения с 1977 по 2012 год был профессор Т.К. Супиев, отделение является клинической базой кафедры стоматологии детского возраста КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова (зав. – проф. Г.Т. Ермуханова). В отделении оказываются все виды

специализированной помощи детям с патологией челюстно-лицевой области. Наряду с этим проводится учебный процесс со студентами и интернами стоматологического факультета КазНМУ, а также обучаются резиденты по специальности детская челюстно-лицевая хирургия.

Госпитализация больных осуществляется через приемное отделение больницы. Плановые больные госпитализируются по направлению органов здравоохранения после консультации зав. отделением, профессоров. Ежедневно в понедельник и в четверг проводятся клинические обходы профессоров К.З.Шалабаевой, С.Б.Нурмаганова, клинические разборы и обсуждения больных с участием сотрудников модуля, врачей-ординаторов.

В настоящее время куратор отделения – профессор КазНМУ, доктор медицинских наук Шалабаева К.З.

Таблица 1 - Динамика коечного фонда за последние 5 лет

Наименование	2009г.	2010 г	2011г.	2012г.
Количество коек	30	30	30	30
Средне-годовое количество	28	28	30	30
Поступило больных	1099	1085	1066	1305
Выписано	1113	1078	1072	1277
Проведено койко-дней	8823	8955	8467	9669
Работа койки	-	299	282	318
Оборот койки	36,7	36,0	35,8	42,1
Среднее пребывание больных	7,9	8,3	7,9	7,6

Как следует, из табл. №1 в 2012 году по сравнению с 2011 г. увеличились показатели работы койки в связи с увеличением количества больных, среднее пребывание больных уменьшилось до 7,6 койко-дней. Оборота койки значительно увеличился.

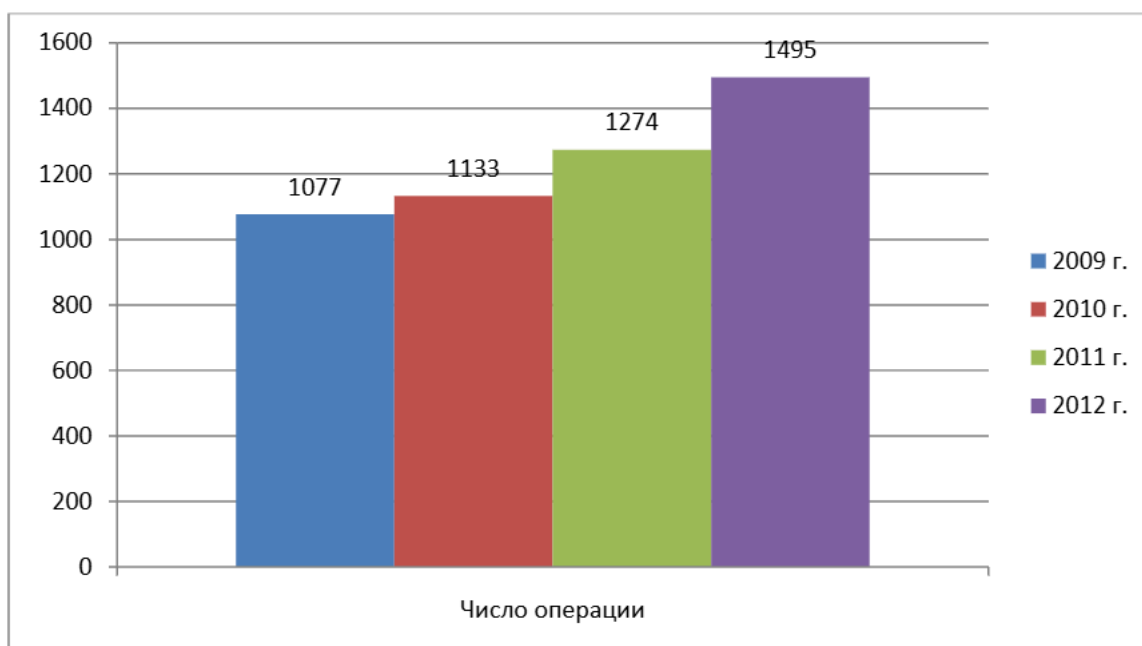
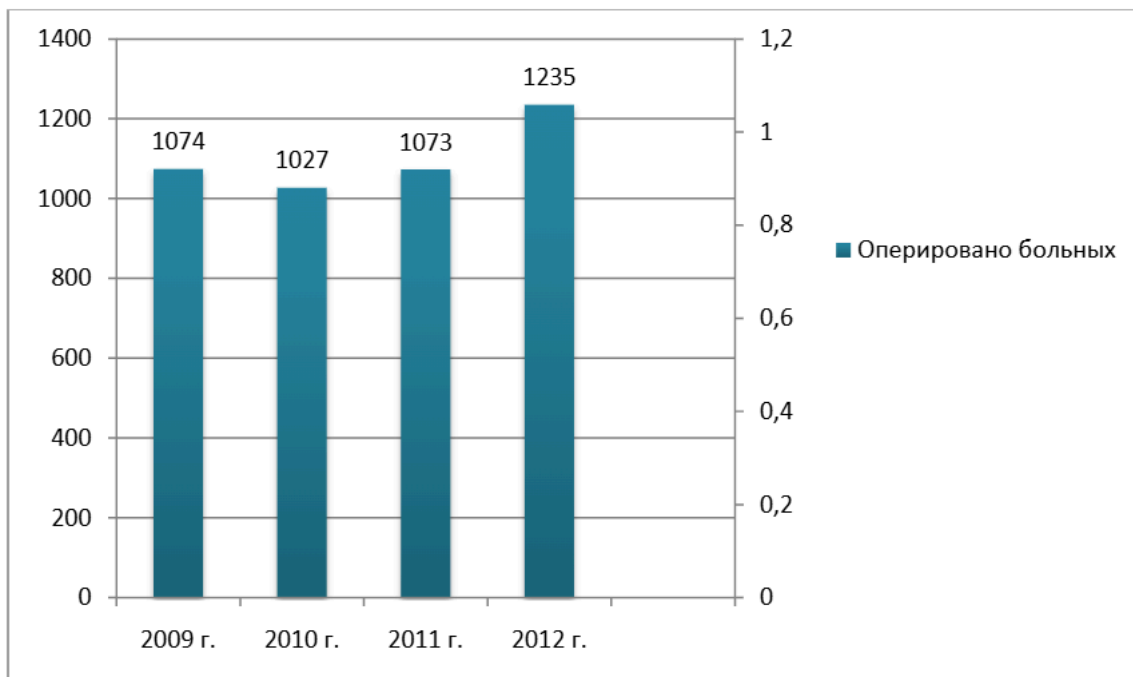
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ:

Оказание экстренной помощи детям и их госпитализация осуществлялась круглосуточно дежурными врачами

приемного отделения. В случае необходимости консультации проводились зав. отделением, сотрудниками кафедры и отделения. Детям с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой оказывалась специализированная помощь по вызову в ГКБ №1, НЦ педиатрии и детской хирургии, в областной детской больнице (г. Талдыкурган).

Таблица 2 - ОПЕРАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТДЕЛЕНИЯ

Наименование	2009 г.	2010 г	2011г	2012г
Оперировано больных	1074	1027	1073	1235
Число операций	1077	1133	1274	1495
Хирургическая активность	97,25	96,4	97,58	96,67



Как видно из таблицы 2, хирургическая активность почти не изменилась, что говорит о стабильности контингента

больных и дифференцированного подхода к их госпитализации.

	Экстренная группа больных				Плановая группа больных			
	2009 г.	2010 г.	2011г	2012г	2009 г.	2010 г.	2011г	2012г
Выписано	911	825	806	980	202	253	260	297
Умерло	-	-	-	-	-	-	1	-
Летальность	-	-	-	-	-	-	0,09	-
Оперировано	875	793	789	978	199	243	243	296
Число операций	877	893	1016	1171	200	243	258	324
Хирургическая активность (%)	96,0	96,1	97,58	96,3	98,5	92,6	98,8	99,1

Таблица 3 - СТРУКТУРА ЭКСТРЕННОЙ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ

Нозологические формы	Количество больных			
	2009 г.	2010 г.	2011г.	2012г.
Острые одонтогенные остеомиелиты	464	369	330	402
Одонтогенные флегмоны	14	18	14	4
Одонтогенные гнойные лимфадениты	33	26	30	32
Неодонтогенные аденофлегмоны	38	65	11	6
Неодонтогенные абсцессы	129	43	33	154
Раны мягких тканей	177	193	169	410
Нагноившиеся раны мягких тканей	42	60	27	47
Травмы зубов и альвеолярных отростков	4	7	6	50
Укушенные раны	38	33	66	54
Преломы челюстных костей	8	7	16	8



Количество больных с острыми одонтогенными остеомиелитами значительно увеличилось. Число случаев одонтогенных флегмон уменьшилось значительно, гнойных лимфаденитов практически не изменилось, так же, как и количество детей с абсцедировавшимися фурункулами, укушенными ранами. Количество травм зубов и альвеолярных отростков увеличилось, челюстных костей уменьшилось. Частота травм мягких тканей челюстно-лицевой области значительно возросла, нагноение их пропорционально не изменилось.

Это связано как с поздним обращением за специализированной медицинской помощью, так и неполноценным амбулаторным лечением таких детей. Причиной травм в большинстве случаев остается ДТП и уличные.

ПЛАНОВАЯ ГРУППА:

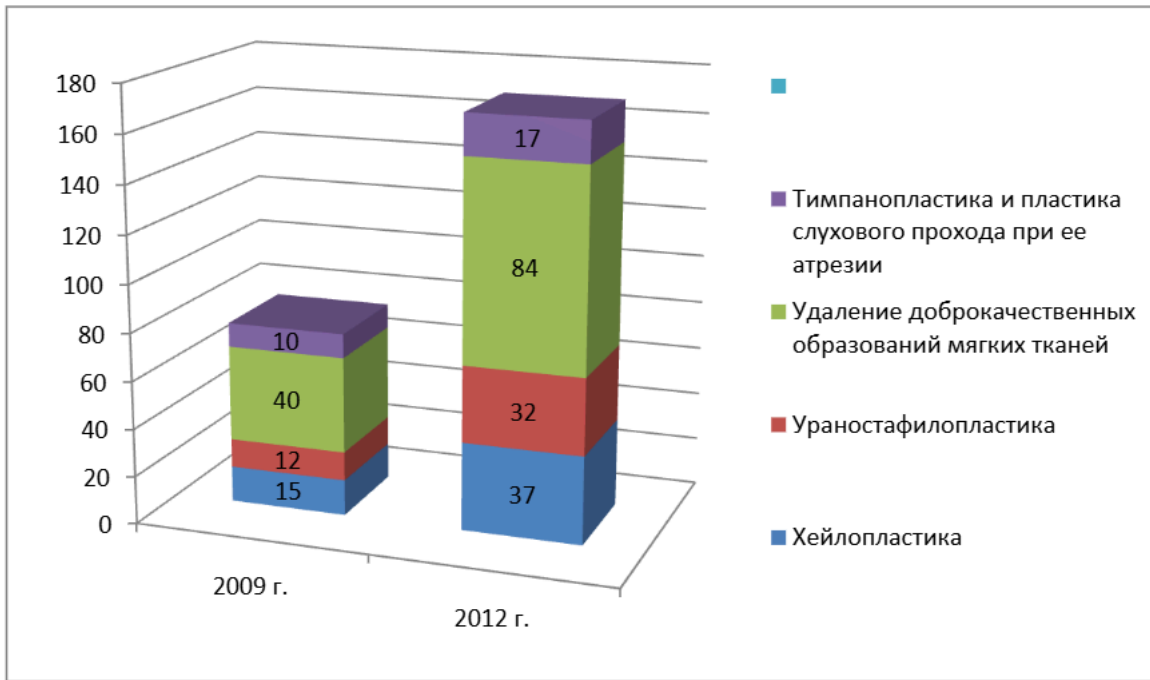
В 2010 в Республике внедрена единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ), основным принципом которой явилось право пациента выбрать лечебное учреждение.

Мы провели анализ группы плановых пациентов, госпитализированных по порталу в наше отделение.

В 2012 г. в плановом порядке поступило 297 больных, что составляет 23,25% от общего числа. Отделение остается ведущим специализированным центром детской челюстно-лицевой хирургии и оказывает лечебную и консультативную помощь детям всех регионов Республики, в т.ч. на базе хозрасчетного отделения. Увеличение количества плановых больных связано с доступностью клиники по ЕНСЗ (табл.3).

Наименование	2009 г.	2010 г.	2011г.	2012г.
Хейлопластика	15	31	29	37
Ураностафилопластика	12	26	29	32
Устранение остаточных дефектов и деформаций неба	4	10	5	5
Удаление доброкачественных образований мягких тканей	40	22	42	84
Удаление врожденных кист и свищей	18	32		
Удаление кист слюнных желез	2	14	23	4
Удаление кист челюстных костей	26	16	12	13
Операции при микрогензиях, анкилозах, прогении, микрогнатии	2	6	2	5
Пластика дефектов, деформаций лица	6	8	22	8
Удаление сверхкомплектных, ретинированных зубов, одонтом	29	16	18	39
Склерозирующая терапия сосудистых опухолей	3	-	1	4
Пластика уздечек языка, верхней губы, мелкого преддверия	14	18	9	22
Пластика ушных раковин	5	2	2	3
Тимпанопластика и пластика слухового прохода при ее атрезии	10	12	16	17
Реконструктивная ринохейлопластика	3	16	6	12
Остеосинтез	2	1	4	4
Удаление опухолей слюнных желез и лимфоузлов	2	1	1	2

Плановая группа



Как следует из диаграммы число больных, обратившихся в плановом порядке и оперированных по поводу врожденных аномалий и пороков развития, опухолей челюстно-лицевой области увеличилось в 2 и более разы.

Надо отметить, что дети с врожденными пороками развития лица составляют большую группу оперированных, как и прежде, и имеют тенденцию росту, что связано с увеличением соматической патологии у женщин детородного возраста, ухудшением экологической ситуации как в г. Алматы, так и в целом по Республике. Количество операций при расщелинах верхней губы и неба увеличилось в 2 раза, что связано с тем, что раньше дети из регионов оперировались в РДКБ «Аксай» по квоте.

На втором месте находятся дети с доброкачественными образованиями мягких тканей лица и полости рта. Их количество остается примерно на уровне прошлого года. За отчетный год нами продолжена работа по совершенствованию методики операции пластика слухового прохода и тимпаноластика при врожденной атрезии первого. Оперировано 17 детей.

Особую сложность представляет лечение детей с микрогенией. Нами в отчетном году продолжено внедрение компрессионно-дистракционного метода лечения таких детей. Оперировано 5 детей с односторонней микрогенией, с установкой КДУ, 2 детей оперированы по поводу анкилоза ВНЧС.

Отмечается увеличение количества реконструктивно-восстановительных операции верхней губы и носа (в 5 раз), что связано с возможностью госпитализации в клинику пациентов из регионов по коду.

Таблица 4 - ОПЕРАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ:

Ф.И.О., должность	Оперировал		Ассистировал		Хир. активность	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Шалабаева К.З., профессор	4	4	1	7	1,5%	1,2%
Нурмаганов С.Б., зав. отд.	140	171	14	12	53,23%	52,7%
Фазиров Ж.А., врач-ординатор	68	105	17	51	25,8%	32,4%
Ахмед Х.И. врач-ординатор		29		102		9%
Феодориди И.П., врач-ординатор		14		86		4,3%

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА:

На базе отделения проводилась научно-исследовательская работа по совершенствованию хирургического лечения врожденных атрезий слухового прохода. В частности, усовершенствованы способы тимпаноластики и формирования кожного лоскута собственн слухового прохода. В лаборатории аудиометрии проводится обследование до и после операции в динамике. За отчетный период уменьшилось количество повторных госпитализаций детей с одонтогенными воспалительными процессами. Немалую

роль в этом сыграла организация санации полости рта в каб. №40 и под общим обезболиванием в условиях операционной нашей больницы.

Нами накоплен большой опыт лечения детей с врожденными расщелинами неба, в настоящее время разрабатываются новые формы медико-социальной реабилитации таких детей. В частности, совместно с отделением кофоринохирургии, кафедрой ЛОР болезней АГИУВ, аудиологическим центром продолжена работа по изучению состояния органов слуха детей с врожденными расщелинами неба и их реабилитации. Для лечения

экссудативного отита у таких детей продолжено проведение мирингостоми

Достижения: Сотрудники отделения стали Лучшими врачами Медеуского района, г.Алматы и Республики Казахстан, награждены почетными грамотами акима Медеуского р-на, акима г. Алматы, министра Здравоохранения РК; профессор Шалабаева К.З., зав.отд. проф. Нурмаганов С.Б., Фазилов Ж.А. награждены нагрудными знаками отличника Здравоохранения, .

Публикации: Опубликовано сотрудниками 5 статей в медицинских журналах, 2 доклада на международных конференциях, выступление по телевидению 5, в периодической печати опубликовано 5 статей о деятельности сотрудников отделения.

Перспективный план развития отделения на 2013 – 2015 г.г.

1. организация отдела «Голова, шея» с подразделениями на отделения реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии и отделение травматологии и гнойной хирургии на базе существующих детских отделений с сохранением площадей и выделением отдельного приемного отделения

2. Освоить и развивать методы восстановительной хирургии «Головы, шеи» с использованием микрососудистой техники

3. дальнейшее совершенствование слухоулучшающих операций

4. внедрение хирургических методов лечения пороков развития гортани

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Медведовская Н.М. Реабилитация детей и подростков с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Мир медицины. - 2001. - № 1-2. - С. 22-24.
- 2 Abstracts 2nd World Cleft Congress of the International Cleft Lip and Palate Foundation. - Munich, 2002. - 268 p.
- 3 Бессонов С.Н. Первичная пластика врожденных двусторонних расщелин верхней губы: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. – Тверь: 1991. - 16 с.
- 4 Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба. — Кишинев: 1980. — 141 с.
- 5 Харьков Л.В. Хирургическое лечение несращений неба. — Киев: 1992. — 199 с
- 6 Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Под ред. Л.В. Харькова. Пер. с укр. – М.: Книга плюс, 2005. – 470с.
- 7 Шаргородский А.Г. Травмы мягких тканей полостей лица. - 2004.

Ж.А. ФАЗИЛОВ

АЛМАТЫ №5 ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ БАЛАЛАР БЕТ-ЖАҚ ХИРУРГИЯ БӨЛІМІНІҢ 2010-2012Ж АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ЖҰМЫС САРАПТАМАСЫ

Түйін: Осы мақалада Алматы қ. №5 қалалық клиникалық ауруханасының Балалар жақ-бет хирургия бөлімінің емдеу, диагностикалық, ғылыми-тәжірибелік жұмысына сараптама жасалынып, бөлімше дәрігерлерінің жетістіктері, мәселелері, жоспарлары талқыланды.

J.A. FAZILOV

ANALYSIS OF WORK FOR 2010-2012 OF PEDIATRIC MAXILLOFACIAL SURGERY CITY CLINICAL HOSPITAL №5

Resume: An analysis of pediatric oral surgery city clinical hospital № 5 in Almaty for the treatment, diagnosis, and scientific activities, achievements described doctors' offices, and plans for the future.

УДК 616.31-002:618.2-083

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, А.Ж. ЕСІМ, М.Н. ШАРИФКАНОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Л.С. РАМАНКУЛОВА

Модуль стоматологии детского возраста,
кафедра акушерства и гинекологии КазНМУ

СОСТОЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Проведено обследование беременных женщин, начиная с первого триместра. Выявлен у них уровень соматического и стоматологического здоровья. Определена интенсивность и распространенность кариозного процесса у обследованных. Проводились беседы о гигиене полости рта.

Ключевые слова: беременность, женщина, соматическое здоровье, стоматологическое здоровье, кариес, зубы, минеральный обмен

Актуальность. В последние годы наметилась устойчивая тенденция разрушения временных зубов у детей раннего возраста: едва успев прорезаться в 6-8 месяцев жизни ребенка через 2-3 месяца зубы начинают подвергаться кариозному процессу. Специалисты вынуждены были предложить термин «ясельный или бутылочный кариес». Неблагополучное состояние зубочелюстной системы у детей раннего возраста определяется уровнем здоровья беременной женщины – уровнем ее общего и стоматологического здоровья. Беременные женщины не проходят своевременную санацию полости рта. Состояние их стоматологического здоровья, напрямую связанное с общим здоровьем, определенно сказывается на здоровье будущего ребенка [1,2].

Беременность всегда сопровождается изменением обмена кальция. В норме у здоровой женщины эти изменения происходят незаметно. Ранние токсикозы, сопровождающиеся рвотой, постоянной тошнотой и отсутствием аппетита приводят к уменьшению поступления кальция в организм. На 6-7 месяце беременности начинается интенсивное обызвествление скелета будущего ребенка. Недостаток кальция в крови у матери приводит к активизации процесса рассасывания собственных костей. И первыми от этого процесса страдают верхняя и нижняя челюсти. Альвеолярные отростки, создающие для зуба лунку, теряют кальций, что в конечном итоге способствует пародонтиту [3,4,5].

Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения стоматологических заболеваний. Основными болезнями полости рта, с которыми сталкивается женщина, являются кариес и пародонтит. Одной из проблем беременности является состояние их зубов. Хотя беременность и представляет собой физиологический процесс, сопровождающийся своими особенностями, тем не менее изменение гормонального фона существенно влияет на обменные процессы в организме будущей мамы. Существенно меняется обмен

жиров, белков, углеводов и минералов, что связано со строительством нового организма.

Изменение минерального обмена связано с тем, что для строительства костей плода требуется большое количество кальция, который забирается из костной ткани будущей мамы. Изменение обмена кальция приводит к снижению реминерализующих свойств слюны. В норме укрепление эмали происходит за счет действия кальция и фосфатов, содержащихся в слюне. При беременности их количество снижается, снижается и pH слюны, что приводит к нарушению кислотно-щелочного баланса в полости рта и происходит интенсивное размножение микроорганизмов, вызывающих кариес. Как следствие такое изменение минерального обмена ослабляет плотность зубной ткани, и зубы становятся хрупкими, легко разрушаются [6].

Профилактику стоматологических заболеваний у детей раннего возраста следует начинать еще до рождения ребенка, акушеры-гинекологи должны знать о целесообразности и эффективности проведения антенатальной профилактики кариеса зубов [7,8,9].

В связи с вышесказанным, в настоящее время назрела необходимость скоординироваться врачам-стоматологам, акушерам-гинекологам, педиатрам и совместно вести широкомасштабную работу по укреплению здоровья женщин и детей.

Целью нашего исследования явилось выявление частоты стоматологических патологий среди беременных, на I этапе нами было обследовано 31 беременная наблюдавшаяся женской консультации при 17 поликлинике г.Алматы по записям индивидуальной карты беременных.

Материалы и методы исследований. В женской консультации при городской поликлинике №17 была взята на учет 31 беременная женщина в возрасте от 18 до 38 лет.

Таблица 1 – Распределение беременных женщин по возрастному составу

Возраст	Абсолютное количество	В %
18-23	7	22,6
23-28	11	35,6
28-33	8	25,8
33-38	5	16,1
всего	31	100

По паритету из 31 женщины 15 (48,4%) первобеременные, первородящие и 16 (51,6%) повторнородящие.

Все 31 беременные женщины прошли полное стоматологическое обследование: с целью выявления состояния полости рта проведен осмотр зубов и зубных рядов, из них 2 (6%) оказались здоровы, у 8 (26%)

отмечалась компенсированная форма кариеса, у 13 (42%) – субкомпенсированная форма кариеса, у 8 (26%) – декомпенсированная форма кариеса (рис.1, табл.1).

В условиях женской консультации при городской поликлинике №17 был проведен забор биоматериала (венозной крови) для лабораторного исследования минерального обмена, а именно трех параметров (Mg, P, Ca) у 31 беременных женщин, далее в условиях научно-образовательной лаборатории при КазНМУ проведено изучение минерального обмена в крови у беременных женщин. Пробоподготовка и проведение лабораторных исследований было проведено на следующих биохимических анализаторах Cobas Integra 400 plus – это анализатор образцов с произвольным и непрерывным доступом, разработанный с целью увеличения эффективности работы лаборатории и снижения ее эксплуатационных расходов. Система предназначена для работы в лабораториях с малой и средней рабочей нагрузкой.

Результаты исследований. Клиническая картина беременности женщин всех триместров. Как известно, беременность – естественный физиологический процесс, который не должен оказывать отрицательного влияния на организм. Но, к сожалению, в силу различных причин состояние зубов в этот период все-таки ухудшается. Тошнота, рвота, изменение пищевых пристрастий и ухудшение аппетита приводят к нехватке кальция, необходимого для плода, и будущий малыш начинает добывать его в ущерб здоровью зубов собственной мамы.

Изменение гормонального фона, перестройка всех видов обмена веществ, в том числе кальциевого, снижение защитных сил организма, изменение функции слюнных желез – эти факторы, сопровождающие любую беременность, одновременно являются факторами риска развития стоматологических заболеваний.

Существует две причины проявляющихся в период беременности проблем с зубами: во-первых, гормональная перестройка организма, во-вторых, сам процесс вынашивания, который требует от матери отдачи в виде важнейших микроэлементов (например,

кальций). Отсюда – развитие таких заболеваний, как гингивит (воспаление десен) и кариес. По статистике, у более 25% беременных женщин к 9-й неделе срока выявляется кариес, который может прогрессировать на протяжении всего периода беременности. Кроме того, при беременности наблюдается уменьшение реминерализующей способности слюны; это значит, что концентрация кальция и фосфатов в слюне снижается, а значит, снижается и способность слюны быстро приводить кислотно-щелочной баланс в ротовой полости в норму.

В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариесологии и периодонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма. При беременности повышается патогенность флоры полости рта за счет усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени.

Как известно из многочисленных работ, тяжелые и длительно протекающие хронические заболевания матери оказывают неблагоприятное влияние на антенатальное и постнатальное развития, являются серьезными факторами риска в возникновении молочных зубов у детей в возрасте до 3х лет. Так под влиянием этих факторов нарушается формирование всех тканей будущего зуба, а также обызвествления эмали и дентина.

По данным Лукиной Л.М. (2003г.) стоматологическое здоровье будущего ребенка зависит от уровня здоровья беременной женщины.

В первую очередь это болезни почек, частота которых при беременности увеличивается с 12% до 51%, сердечно-сосудистые – с 19% до 63%, а также железодефицитные анемии с 17% до 65%. В группе женщин молодого возраста до 25 лет сопутствующие соматические заболевания обостряются у 60-80% беременных.

Таблица 2 – Структура экстрагенитальной патологии

Нозология заболевания	Абсолютные числа	%
Анемия	9	29,0%
Хронический пиелонефрит	8	25,8%
Заболеванием щитовидной железы	5	16,1%
Заболевание сердечно-сосудистой системы	3	9,6%
Заболевания дыхательных путей	2	6,4%
Заболевания желудочно-кишечного тракта	2	6,4%

Как видно из табл.2, в наших случаях большой процент составляют беременные с анемией – 9-29%, и хронический пиелонефрит – 8-25,8%, затем с заболеванием щитовидной железы – 5-16,1%, заболевания сердечно-сосудистой системы встречались у

3-9,6% и по 2 случая (0,4%) – заболевания дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

Анализ индивидуальной карт беременных выявил, что первый осмотр стоматолога прошли 25 беременных (по записи), а второй 3 (по записи).

Из этого следует, что из 25 беременных в первый раз, у 22 (88%) женщин была выявлена патология со стороны полости рта и 3 (12%) оказались практически здоровы; по триместрам в I триместре – 9 (36%), во II – 16 (64%). Второй осмотр стоматолога (по записи) посетили трое. И у них выявлена патология и все в III-м триместре. Из 31 беременной у 3 (9,6%) произошли роды у одной преждевременные (вес ребенка 2750,0 рост 47см) и у двоих состоялись срочные (у одной вес ребенка 3730,0 рост 54см, у второй 4000,0 рост 47).

Стоматологический статус беременных женщин. Ранее поражение временных зубов почти сразу после их прорезывания у детей в возрасте 8 мес и старше создает большие трудности для их лечения. Психоземotionalное состояние детей 1 года и старше затрудняет лечение зубов в амбулаторных условиях. Зачастую родители таких детей избегают возможности лечения зубов в стоматологических поликлиниках и доводят их до полного разрушения, когда приходится полностью разрушенные кариесом зубы удалять.

Предлагаемые исследования ставили целью предупреждение кариеса временных зубов у детей раннего возраста путем проведения полной санации полости рта и дальнейшей профилактики стоматологических заболеваний у беременных женщин, таким образом предполагалось проводить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей.

Одной из проблем беременности является состояние зубов женщин. Хотя беременность и представляет собой физиологический процесс, сопровождающийся своими особенностями, тем не менее изменение гормонального фона существенно влияет на обменные процессы в организме будущей мамы. Существенно меняется обмен жиров, белков, углеводов и минералов, что связано со строительством нового организма.

Были осмотрены 31 беременные женщины, из них 2 (6%) оказались здоровы, у 8 (26%) отмечалась компенсированная форма кариеса, у 13 (42%) – субкомпенсированная форма кариеса, у 8 (26%) – декомпенсированная форма кариеса (рисунок 1, таблица 1)

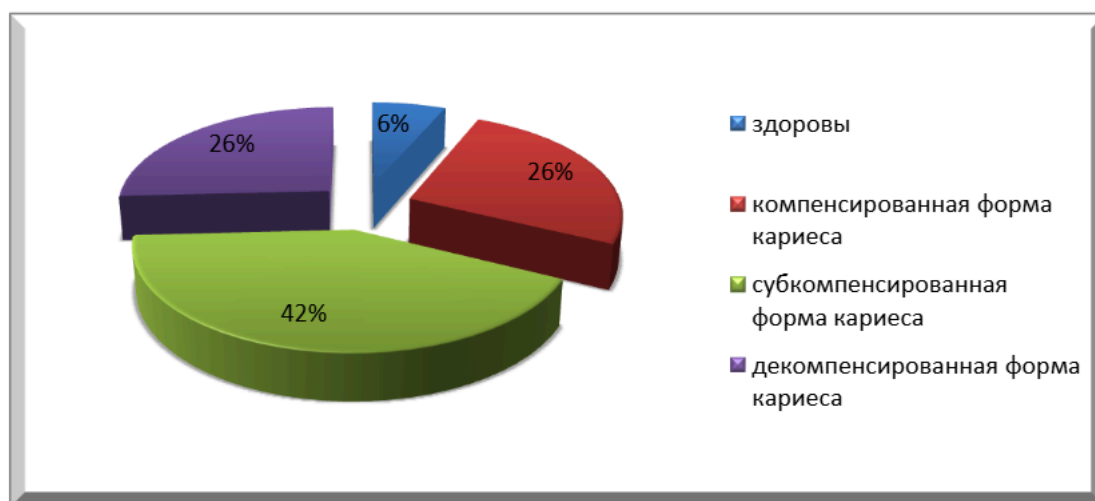


Рисунок 1 – Формы активности кариозного процесса у беременных женщин

В случаях субкомпенсированной и декомпенсированной форм активности кариозного процесса у беременных женщин зубы оказывались не лечеными: в 76% случаев

отмечался поверхностный, средний кариес, в 24% случаев у обследованных был

Таблица 3 - Интенсивность и распространенность кариеса у беременных женщин

№ п/п	Всего осмотрено	Интенсивность	Распространенность	Нуждаемость беременных женщин в стоматологическом лечении	
				хирургическая стоматологическая помощь	Ортопедическая стоматологическая помощь
1	31	2,2	90,3%	11	17

констатирован хронический периодонтит. В случаях с хроническим периодонтитом в 43% зубы оказывались

полностью разрушенными и подлежали удалению (рисунок 2).

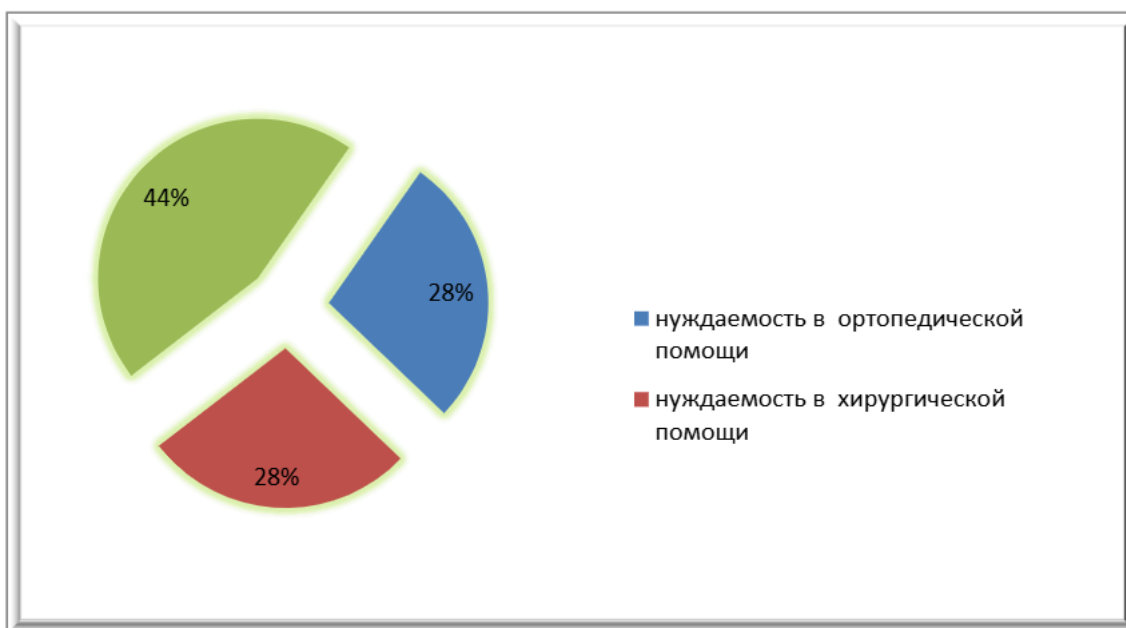


Рисунок 2 – Нуждаемость беременных женщин в различных видах стоматологической помощи

Состояние минерального обмена у беременных женщин. Изменение минерального обмена связано с тем, что для строительства костей плода требуется большое количество кальция, который забирается из костной ткани будущей мамы. Изменение обмена кальция приводит к снижению реминерализующих свойств слюны. В норме укрепление эмали происходит за счет действия кальция и фосфатов, содержащихся в слюне. При беременности их количество снижается, снижается и pH слюны, что приводит к нарушению кислотно-

щелочного баланса в полости рта и происходит интенсивное размножение микроорганизмов, вызывающих кариес. Как следствие такое изменение минерального обмена ослабляет плотность зубной ткани, и зубы становятся хрупкими, легко разрушаются. Был проведен забор биоматериала (венозной крови) для лабораторного исследования минерального обмена, а именно трех параметров (Mg, P, Ca) у 31 беременных женщин (таблица 2).

Таблица 4 - Результаты обследованных беременных женщин на микроэлементы (Mg, P, Ca)

Всего обследованных женщин	Кол-во беременных	Срок гестации	Ca	Mg	P
			Норма 2,2-2,6 ммоль/л	Норма 0,65-1,05 ммоль/л	Норма 0,87-1,45 ммоль/л
31	3	0-12 нед	Норма	Норма	Норма
	15	12-24 нед	Норма	↓ 0,61-0,63	Норма
	13	24-36 нед	Норма	Норма	↓ 0,79

Исследуемый материал. Исследуемым материалом служат сыворотка, плазма, моча, гемолизат, цельная кровь и цереброспинальная жидкость. Их отбор проводится в пробирки, снабженные штрих-кодом (табл.2). В условиях женской консультации при ГП №17 был дважды проведен забор биоматериала (венозной крови) для лабораторного исследования минерального обмена, а именно трех параметров (Mg, P, Ca), у 31 беременных женщин: в начале беременности и в третьем триместре. Протокол подготовки и проведение лабораторных исследований было проведено на следующих биохимических анализаторах.

У 28 женщин количественный анализ кальция выявил, что колебание наблюдается в пределах 2,5-2,6 ммоль/л, что соответствует нормальным показателям. Магний в крови у беременных женщин показал результаты, близкие норме: 0,95-1,0 ммоль/л. Количество фосфора в течение беременности не расходился с нормальными величинами – 1,1-1,25 ммоль/л.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В связи с тем, что стоматологическое здоровье будущего ребенка зависит от уровня здоровья

беременной женщины, акушер-гинекологами был проведен тщательный анализ состояния соматического здоровья, течения беременности у женщин.

Зачастую у беременных женщин наблюдается патология со стороны почек, частота которой при беременности увеличивается с 12% до 51%, нарушения сердечно-сосудистой системы – с 19% до 63%, а также железодефицитные анемии - с 17% до 65%. В группе женщин молодого возраста до 25 лет, которые являются, как правило, первородящими, сопутствующие соматические заболевания обостряются у 60-80% беременных.

Опыт показывает, что большинство семей не придает серьезного значения планированию деторождения, женщины не проходят полное оздоровление всего организма. Осмотр врачами-стоматологами более чем 30 женщин показал, что беременные женщины имеют низкий уровень стоматологического здоровья. Так, первый осмотр полости рта беременных женщин в начале беременности выявил, что 88% из них нуждается в санации полости рта. Более того у женщин отсутствует

мотивация к своевременному лечению зубов, и ко второму триместру вновь явились на осмотр с невылеченными зубами.

Из всех осмотренных нами на базе женской консультации при городской поликлинике №17 у 68% беременных женщин на момент повторного осмотра у

68% отмечались субкомпенсированная (26%) и декомпенсированная (42%) формы активности кариозного течения, интенсивность кариеса зубов в среднем составила 2,2, распространенность – 90,3%. Лишь 2 женщины из числа всех осмотренных оказались стоматологически здоровыми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермуханова Г.Т., Тажибаев А.А., Джабыкбаева Н.З., Такиметбекова Ф.Ж. Влияние патологии беременности на уровень стоматологического здоровья женщин и их будущих детей //Қазақұлттық медицина университетінің хабаршысы. – 2011.- №1.- С.55-59.
- 2 Есимов А.Ж. Результаты реминерализующей терапии зубов минеральной водой типа «Жанчивлин» / Материалы конференции врачей ЛПУ ГКЭС СССР в МНР. - Улан-Батор: 1987.
- 3 Есимов А.Ж., Головина А.Д. Клинико-петрографические данные активности кариозного процесса / Экспериментальные и клинические проблемы в стоматологии. - Алма-Ата: 1989.
- 4 Ермуханова Г.Т., Задорожный С.Н., Тажибаев А.А., Айтбаева Г.Т. Причины и последствия ранней потери временных зубов у детей // Проблемы стоматологии. - 2008 - №1. – С.26-28
- 5 Ермуханова Г.Т., Валиева Э.Г. Проблемы ранней потери временных зубов у детей // Газета «Стоматологический вестник». - Март 2009г. - № 3 (103).
- 6 Ермуханова Г.Т., Дугушева Г.А., Валиева Э.Г., Тулетаев А.А., Тажибаев А.А. Проблема кариеса временных зубов у детей ясельной группы // Қазақұлттық медицина университетінің хабаршысы. – 2011. - №1. - С.87-90.
- 7 Носова, В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам / В.Ф. Носова, С. А. Рабинович // Клиническая стоматология. - 2001. - №3. - С. 46-49.
- 8 Покровский, М.Ю. Уровень санитарно-гигиенических знаний по уходу за полостью рта у беременных женщин / М.Ю. Покровский // Нижегородский медицинский журнал. - 2002. - №1. - С. 144-147.
- 9 Alterations or separate indicators of endocrine status in pregnant women that reside in the regions contaminated by radionuclides / A. Milyutin // Womens health: Occupation, Cancer&Reproduction. - 1998. - May 14-16. – 89 p.

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, А.Ж. ЕСИМ, М.Н. ШАРИФКАНОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Л.С. РАМАНКУЛОВА ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ СОМАТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Бірінші триместрден бастап жүкті әйелдер толық зерттеуден өтті. Олардың соматикалық және стоматологиялық денсаулықтарының деңгейі анықталды. Ауыз қуысының гигиенасы туралы әңгіме өткізілді. Зерттелушілердің тісжегі үрдісінің қуаттылығы мен таралуы анықталды.

Түйінді сөздер: жүктілік, әйел, соматикалық денсаулық, стоматологиялық денсаулық, тісжегі, тістер, минералды зат-алмасу

G.T. YERMUKHANOVA, A.ZH. ESIM, M.N. SHARIFKANOVA, A.SH. ORADOVA, L.S. RAMANKULOVA THE SOMATIC AND STOMATOLOGICAL HEALTH CONDITION OF THE PREGNANT WOMEN

Resume: Examination of the pregnant women since the first trimester has conducted. Their level of the somatic and stomatological health has revealed. Discussions about hygiene of an oral cavity have led. Intensity and prevalence of the carious process of the surveyed have defined. In recent years there has been a steady destruction of deciduous teeth in young children: having barely erupt at 6-8 months of age 2-3 months carious teeth begin to undergo the process. Experts had to offer, the term "nursery or bottle tooth decay." The poor state of the dental system in young children is determined by the level of health of the pregnant woman - the level of its general and dental health. Pregnant women do not undergo timely rehabilitation of the oral cavity. The state of their oral health is directly related to general health, particularly affecting to the health of the unborn child.

Keywords: pregnancy, woman, somatic health, stomatologic health, caries, teeth

УДК 616.89 – 02.07

Е.А. КАРИБАЕВ, Е.В. ЕЛГИН, Я. ВАХИДИНОВ

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: СЕЛЕКТИВНАЯ АБЛЯЦИЯ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

В статье приводится описание нового интервенционного метода борьбы с резистентной артериальной гипертензией – абляции (симпатической денервации) почечных артерий. Подробно изложена техника процедуры, показания и противопоказания. Эффективность метода подтверждается результатами исследований Simplicity HTN-1 и Simplicity HTN-2. В качестве наглядного примера описан практический случай успешного снижения давления после абляции при резистентной гипертензии. В заключение приведены средние цифры снижения систолического и диастолического артериального давления после абляции.

Ключевые слова: резистентная артериальная гипертензия, абляция (симпатическая денервация) почечных артерий, результаты исследований Simplicity HTN-1, Simplicity HTN-2

Несмотря на то, что в данный момент существует несколько классов антигипертензивных препаратов с различными механизмами действия и их эффективные комбинации, проблема адекватного лечения артериальной гипертензии (АГ) остается одной из главных социально значимых и экономически важных задач в медицине. Несоблюдение лечебных предписаний, нарушение режима дня и назначенной диеты, несвоевременное и неадекватное антигипертензивное лечение, а также особенности, присущие каждой форме артериальной гипертензии являются факторами, способствующими недостаточному контролю артериальной гипертензии и развитию резистентной АГ и, как следствие, повышения риска сосудистой заболеваемости, смертности и инвалидизации.

Резистентная артериальная гипертензия (РАГ) является одной из форм АГ, которая влечет за собой высокий уровень заболеваемости и смертности, а также увеличение дополнительных расходов на диагностику и лечение. РАГ констатируют при повышении САД 140 мм рт. ст. и выше или ДАД 90 мм рт. ст. и выше на фоне оптимального приема максимально переносимых доз трех антигипертензивных препаратов, один из которых диуретик [1]. По оценкам, у больных гипертонической болезнью уровень распространения РАГ составляет 10% - 15% [2,3], а в некоторых подгруппах больных гипертонией, таких как пациенты с ожирением, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, частота случаев РАГ 2 раза выше по сравнению с общей популяцией [3,4].

В связи с вышеперечисленным ведется активный поиск экономически эффективных, безопасных и практически не сложных немедикаментозных методов, одним из которых является селективная симпатическая денервация почечных артерий. Данная методика основана на том, что симпатическая нервная система в значительной степени отвечает за развитие и сохранение АГ, и у пациентов с эссенциальной гипертонией ее активация играет одну из главных ролей в патогенезе заболевания [5, 10]. В результате активации, эфферентные симпатические нервы стимулируют выброс ренина, усиливают канальцевую реабсорбцию натрия и снижают почечный кровоток [6, 10]. Аfferентные сигналы из почек оказывают влияние на центральные эфферентные симпатические сигналы и таким образом непосредственно усиливают нейрогенную гипертонию [7-10].

Эндоваскулярная катетерная методика позволяет селективно денервировать почку за счет доставки в просвет почечной артерии энергии волн высокочастотного диапазона с доступом к почечным симпатическим нервам, находящимся в адвентиции почечных артерий. Техника выполнения данной процедуры не сложная: применяют трансфеморальную пункцию для доступа в почечные артерии, и производится ангиография данных артерий. Затем воздействуют на симпатическую иннервацию, путем аппликации радиочастотного тока электродом с циркулярным вращением по часовой стрелке от дистальной до устьевой зоны [10]. В заключительной стадии операции проводят контрольную ангиографию и закрывают место пункции бедренной артерии.

Хоть этот метод и является достаточно безопасным и относительно простым, но и у него есть ряд противопоказаний, требующих предварительной оценки анатомии почечных артерий, состояния пациента и риска осложнений после проведения данной процедуры. Манипуляция противопоказана в случае множественных почечных артерий, основной почечной артерии с диаметром <4 мм или длиной <20 мм и в случаях стеноза или предыдущих постановок стента. В довершение вышеперечисленных противопоказаний эта процедура не показана пациентам с верифицированной симптоматической АГ, с сахарным диабетом 1 типа и со скоростью клубочковой фильтрации <45мл/мин/1.73м [10,11]. Также существуют относительные ограничения для больных с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда или инсультом в течение последних 3-6 месяцев [10,12].

В качестве примера успешного применения селективной симпатической абляции почечных артерий хотелось бы привести следующий клинический случай. Мужчина, 59 лет, в анамнезе давняя гипертоническая болезнь, резистентная к мультимедикаментозной (7 различных гипотензивных препаратов) терапии, а также две транзиторные ишемические атаки и синдром апноэ во сне. Артериальное давление (АД) до проведения операции составляло 161/107 мм рт. ст. Денервация была применена к обеим почечным артериям без процедурных осложнений. В последующем не было замечено сосудистых осложнений, не выявлено значительных изменений в биохимических анализах крови и функция почек осталась неизменной. Отмечалось прогрессивное и устойчивое снижение системного АД после проведения процедуры до 141/90

мм рт. ст. в течение 30 дней и 127/81 мм рт. ст. в течение последующих 12 месяцев. Этот положительный эффект сопровождался снижением вдвое активности ренина (от 0,30 до 0,15 мкг/литр/час) и увеличением почечного кровотока плазмы от 719 до 1126 мл в минуту. Кроме этого МРТ сердца в начале исследования и после 12 месяцев показало снижение массы левого желудочка со 184 до 169 г. После 1 года наблюдений были отменены два антигипертензивных препарата

Эффективность применения этого метода в данном примере подтверждают результаты, полученные в клинических испытаниях Simplicity HTN-1 [13,14] и Simplicity HTN-2 [10]. Результаты Simplicity HTN-1, первого нерандомизированного клинического испытания, которое первоначально включало только 45 пациентов с рефрактерной гипертензией, показало среднее снижение систолического и диастолического АД на 25 мм рт. ст. и 12 мм рт. ст., соответственно, после 6 месяцев лечения [14]. В последующем размер выборки данного исследования был увеличен до 153 пациентов, среднее уменьшение систолического и диастолического АД достигло -32 мм рт. ст. и -14 мм рт. ст., соответственно, через 2 года наблюдений [14].

В такой же мере значимые результаты были получены в ходе следующего исследования Simplicity HTN-2. Это рандомизированное исследование, включавшее в себя 106 больных гипертонической болезнью, рефрактерной к лечению с 5 и более антигипертензивными препаратами в максимальных терапевтических дозах, в соотношении 1:1 (тест группа: контрольная группа)[10]. По сравнению с контрольной группой, которая существенно не отличается по своим цифрам АД, у пациентов, которые прошли денервацию, прогрессивное снижение кровяного давления по истечении 12 месяцев достигло в среднем для систолического и диастолического АД -32 мм рт. ст. и -12 мм рт. ст., соответственно[10]. После 6 месяцев у 39% обследованных пациентов систолическое АД уже достигло контролируемых значений (<140 мм рт. ст.), а 20% потребовалось снижение дозировок

гипотензивных препаратов в сравнении с 6% у контрольной группы. В свою очередь не было выявлено изменений функции почек вследствие денервации, и это предполагает, что само по себе вмешательство и сопутствующие гемодинамические изменения не оказывают неблагоприятного действия на почки. Тем не менее, 10% пациентов не получили существенной пользы от денервации, среднее снижение систолического АД у них составило меньше 10 мм рт. ст [10].

Заключение

Почечная симпатическая денервация приводит к снижению на 10 мм рт. ст. или больше или достижению значений ниже 140 мм рт. ст. у более 80% участников исследований, имевших резистентную артериальную гипертензию [10]. Безопасность процедуры, отсутствие каких-либо серьезных осложнений, а также незначительные изменения почечной функции позволяют надеяться на ее успешное использование у группы пациентов с РАГ и пациентов с небольшим и умеренным сниженным СКФ. Эффективность абляции почечных артерий подтверждает важную роль симпатических почечных нервов в генезе резистентной артериальной гипертензии [10,15]. Также существуют исследования, подтверждающие, что денервация улучшает чувствительность к инсулину и метаболизм глюкозы у пациентов [16].

Следует отметить, что симпатическая денервация почечных артерий не является панацеей в лечении РАГ и должна проводиться в комплексе с изменениями в образе жизни, соблюдением диеты и применением адекватной лекарственной комбинированной антигипертензивной терапии. Эффективное лечение АГ относится к приоритетным направлениям в медицине и данный метод позволит в будущем уменьшить уровень смертности и инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений и сократит затраты на лечение и диагностику

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment: A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research/A.C. David, J. Daniel, T. Stephen // Hypertension. – 2008, Apr. – P. 1403–1419.
- 2 Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RA. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee for the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation*. – 2008. -117. –P. 510-526
- 3 Alderman MH, Budner N, Cohen H, Lamport B, Ooi WL. Prevalence of drugs resistant hypertension. *Hypertension*. – 1988. -11 (Suppl II):71-5.
- 4 Erdine S, Arslan E, Coca A. Resistant Hypertension. *European Society Hypertension. Scientific Newsletter*. Updated on Hypertension management. – 2011. -12 (nº 15):27-8.
- 5 Esler M, Jennings G, Korner P, et al. Assessment of human sympathetic nervous system activity from measurements of norepinephrine turnover. *Hypertension*. – 1988. - 11: 3-20.
- 6 DiBona GF, Kopp UC. Neural control of renal function. *Physiol Rev* 1977. – 77. –P. 75-197.
- 7 Kopp UC, Cicha MZ, Smith LA, Mulder J, Hokfelt T. Renal sympathetic nerve activity modulates afferent renal nerve activity by PGE2-dependent activation of alpha1- and alpha2-adrenoceptors on renal sensory nerve fibers. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. – 2007. - 293: R1561-72.
- 8 Hausberg, Kosch M, Harmelink P, et al. Sympathetic nerve activity in end-stage renal disease. *Circulation* 2002; 106: 1974-79.
- 9 Stella A, Zanchetti A. Functional role of renal afferents. *Physiol Rev*. – 1991. - 71: 659-82.
- 10 Simplicity HTN-2 Investigators, Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RF, et al. Renal sympathetic denervation in patients with treatment resistant hypertension (The Simplicity THN-2 trial): a randomised control trial. *Lancet*. – 2010. - 376:1903-9.
- 11 Laves CM, Vander Hoorn H, Rodgers A. Global burden of blood pressure-related disease. - 2001. – *Lancet*. – 2008. - 371:1513-8.
- 12 Schmieder RE, Redon J, Grassi G, Kjeldsen S, Mancia G, Narkiewicz K, et al. ESH Position Paper: renal denervation – an interventional therapy of resistant hypertension. *J Hypertens*. – 2012. - 30(5):837-41.

- 13 Simplicity HTN-1 Investigators 2011. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: durability of blood pressure reduction out to 24 months. *Hypertension*. – 2011. - 57:911-7.
- 14 Krum H, Schlaid M, Whitbourn R, Sobotka PA, Sadowski J, Bartus K, et al. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: a multicenter safety and proof-of-principle cohort study. – *Lancet*. – 2009. - 373:1275-81.
- 15 Schlaich MP, Sobotka PA, Krum H, Lambert E, Esler MD. Renal sympathetic-nerve ablation for uncontrolled hypertension. *N Engl J Med*. – 2009. - 361: 932-34.
- 16 Mahfoud F, Ukena C, Cremers B, et al. Renal Denervation Improves Glucose Metabolism in Patients With Resistant Hypertension. *J Hypertension*. – 2010. - 28

Түйін: Мақалада қатерлі артериялық гипертензиямен күресудің жаңа интервенциялық әдісі - бүйрек артерияларының абляциясы (симпатикалық денервациясы) қарастырылған. Бұл үрдісті өткізу техникасы, көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері тиянақты сипатталған. Әдістің нәтижелігі Simplicity HTN-1 және Simplicity HTN-2 зерттеу нәтижелерімен расталған. Көрнекті мысал ретінде қатерлі гипертензиясы бар науқаста абляциядан кейін қан қысымының сәтті төмендеуі жайлы клиникалық жағдай келтірілген. Қорытынды ретінде абляциядан кейін систолалық және диастолалық қан қысымының орташа төмендеу деңгейі көрсетілген.

E.A. CARIBAYEV, E.V. ELGIN, J. VAHIDINOV

NEW METHODS IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION: SELECTIVE ABLATION OF
SYMPATHETIC NERVES OF RENAL ARTERY

Resume: The article describes the ablation (sympathetic nerve denervation) of renal arteries. This is the newest interventional method of management of resistant arterial hypertension. The technical aspects, indications and contraindications of the procedure are reported. Efficiency of this method is confirmed by results of researches Simplicity HTN-1 and Simplicity HTN-2. As a bright example the clinical case of successful pressure decrease after the ablation is described in a patient with resistant hypertension. Average figures of decrease in systolic and diastolic arterial pressure after the ablation are in summary brought.

УДК 618(075.8)ББК 57

А.К. АДильШИН, Ш.К. АДильШИНА, Г.Р. АДильЖАН, А.К. ИЖАНОВА,
Р. Ч. МАДИЕВА

Северо-Казахстанский облонкодиспансер,
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра пропедевтики внутренних болезней

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МЕЙГСА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье описан случай из клинической практики картины синдрома Мейгса, обсуждаются причины ошибок и трудностей диагностики данного состояния.

Ключевые слова: фиброма яичника, гидроторакс, асцит, ошибки диагностики

Meigs описал синдром (синонимы: Мейгса-Салмона, Демонса-Мейгса), характеризующийся образованием асцита и плеврального выпота у больных с доброкачественной солидной опухолью яичника [1,2]. В дальнейшем синдром Мейгса стали рассматривать как состояние асцита, гидроторакса и явлений общего истощения при доброкачественной опухоли яичника и матки. Данный синдром стали описывать у больных со злокачественной опухолью яичников, но без признаков метастазирования [3]. Р.У. Лайт расширил понятие этого синдрома, считая, что все случаи новообразований тазовой области, сопровождающиеся асцитом и плевральным выпотом, могут быть отнесены к синдрому Мейгса, если хирургическая экстирпация опухоли обеспечивает рассасывание асцита и плеврального выпота [4]. Вариант синдрома описывался и в случаях, когда клиника была похожа на синдром Мейгса-Салмона, но яичники подвергались дегенеративным изменениям без опухоли. Наиболее часто синдром Мейгса возникает у больных с фибромой яичников, составляющих около 4% всех опухолей яичников, на 2-ом месте – киста яичников и на 3 – лейомиома матки [5,6]. Клиническая картина чаще скудная. Жалобы на односторонние боли в нижней части живота неинтенсивного характера, зачастую описываемые как «дискомфорт в животе», сменяются жалобами на увеличение живота, нарастающую одышку, сердцебиение. Объективное обследование выявляет клиническую картину, иногда приводящую к ошибочному диагнозу, так как при перкуссии и аускультации легких выявляется «плеврит», чаще правосторонний. Образование плеврального трансудата или экссудата объясняется транспортом выпота из брюшной полости в плевральную через лимфатическую систему диафрагмы [7]. При исследовании органов брюшной полости - асцит. Гинекологическое обследование выявляет опухоль яичника. После хирургического удаления первичной опухоли наблюдается быстрое рассасывание асцита и плеврального выпота (как правило, через 2 недели) [6,8], а цитологическое исследование опухоли свидетельствует о доброкачественности процесса.

С синдромом Мейгса знакомы онкогинекологи, менее известен он гинекологам общей лечебной сети и совсем редко с ним имеют дело участковые терапевты и семейные врачи, так как с различными, редко встречающимися доброкачественными опухолями яичников, проявляющимися асцитом, они знакомы в меньшей степени. Все вышеуказанное и размышления о причинах диагностических ошибок явилось поводом для демонстрации нашего случая из практики.

Б-ая У.Б., 51 г. поступила в Северо-Казахстанский онкодиспансер с жалобами на дискомфорт в животе,

увеличение живота в объеме. Из анамнеза: считает себя больной с 03. 2012 г, при обращении к гинекологу диагностирована «миома матки», диагноз подтвержден при УЗИ. По поводу увеличения живота в 04. 2012 г. обратилась к терапевту, проводилась симптоматическая терапия.

В связи с отсутствием лечебного эффекта от назначенной терапии по собственной инициативе прошла повторное УЗИ, было дано заключение: гепатоз, гепатомегалия, асцит. Терапевтом она была направлена к гастроэнтерологу, проведенная им терапия улучшения не дала. В динамике на УЗИ органов брюшной полости 18.07. 2012 г. выставлен диагноз «гепатомегалия, цирроз печени, асцит». Далее лечение было продолжено у гастроэнтеролога другой поликлиники. Из-за неэффективности проводимой терапии в 09. 2012 г. направлена на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение Северо-Казахстанской областной больницы. УЗИ гениталий от 10.09.2012 г. выявило: миому матки, асцит, объемное образование, исходящее из малого таза. ФГДС от 10.09.2012 – без патологии. Р – графия легких от 04.09.2012- плеврит справа. Ирригоскопия от 12.09.2012- спастический колит. МРТ органов брюшной полости 11.09.2012 г. - 2-х сторонний гидроторакс, асцит, объемное образование малого таза солидного характера, распространяющееся в брюшную полость. Осмотрена торакальным хирургом, сделаны УЗИ плевральных полостей с торакоцентезом, исследованием жидкости на онкоцитологию. Цитологически без атипии, при осмотре онкогинекологом 13.09.2012 г. рекомендовано перевести в облонкодиспансер. Стационарное лечение в облонкодиспансере с 14.09.12г., после курса дезинтоксикационной, витаминно-, общестимулирующей терапии 14.09.2012г. сделан лапароцентез с последующим УЗИ плевральных полостей, проведены рентгенография легких, консультации торакального хирурга и терапевта. Маммография по скринингу от VII - 2010г. – без патологии

Данные лабораторного обследования – Общий анализ крови 26.09.2012 г. Гемоглобин-110 г/л, эрит- $4,2 \cdot 10^{12}$, Цв. пок-0,82, лейкоциты- $8,6 \cdot 10^9$ /л. Пал/я -5, сегм./я-74, моноциты- 5, лимфоциты -16, СОЭ-23 мм/час. Общий анализ мочи (24. 09. 2012) – количество -100 мл, цвет-желтый, прозрачность – полная, относительная плотность-1030, реакция - кислая, сахар-отр, белок-отр, микроскопия осадка – эпителий плоский - 0-2-4 в п/зр, лейк-14-16 в п/зр, эритро-0. Биохимическое исследование крови - 03.09.2012- общий белок-77 г/л, мочевины -6,6 ммоль/л, креатинин-0,077 ммоль/л, глюкоза- 5,84 ммоль/л, тимоловая проба-3,7 ед, холестерин- 4,1 ммоль/л, фибриноген-3,1 г/л, протр.индекс-87%,

билирубин-8,5 мкмоль/л, АЛТ-0,44 ед, АСТ-0,21 ед. Мазок на онко/цитологию от 13.09.2012- без атипии. HBsAg и HCV от 05.04.12-отр. RW от 28/08/12 г. № 106-отр, ВИЧ от 06.09.12 № 3564 - отр.

Больная была подготовлена к операции, 20.09.2012 г. произведена экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника, дренирование. В послеоперационном периоде проведен курс дезинтоксикационной, антибактериальной, гемостатической, антикоагулянтной терапий. Сделано контрольное УЗИ плевральных полостей 26.09.2012 г.- жидкости нет. Заживление – per grima. Морфологически - данные ИГХ. Картина клеточной фибромы яичника. Пациентка выписана из стационара с рекомендацией - наблюдение у гинеколога в Областном онкодиспансере. При повторном осмотре с инструментальным обследованием через 1 и 3 месяца после выписки самочувствие хорошее, признаков асцита и гидроторакса не обнаружено.

По нашему мнению, приведенная семиотика заболевания, последовательность образования выпотов (от брюшной полости к плевральной), результаты клинично-инструментальных методов обследования и их динамика, а также исход соответствуют клинической картине синдрома Мейгса.

Как нам кажется, стандартное мышление гинеколога о том, что у женщин старшей возрастной группы увеличение живота и не интенсивные боли в животе связаны чаще с миомой матки, привели к первичному диагнозу – «миома матки», хотя в дальнейших исследованиях о поражении матки патологическим процессом не упоминается вообще. Данная ошибка не была бы допущена, если бы врач достаточно умело владел техникой бимануального вагинального исследования, где четко различаются матка и ее придатки, определяются размеры, форма, консистенция и болезненность и т. д. и врач мог бы дифференцировать источник опухоли. Однако уже через месяц появляется более значительное увеличение живота за счет свободной жидкости в его полости, без указаний в анамнезе сердечной патологии и тогда мысль врача

склоняется в пользу диагноза «гепатоз, гепатомегалия, цирроз печени». Хотя следовало бы подумать о том, что правосторонний гидроторакс не свойственен гепатогенному асциту, а при сердечном гидротораксе – если он односторонний, то, как правило, жидкость определяется в левой плевральной полости, а затем он становится двусторонним, как в демонстрируемом случае.

Для цирроза печени у больной отсутствовали характерные «малые признаки», признаки портальной гипертензии (при асците четко выявляется симптом «голова медузы» в виде расширенных подкожных вен брюшной стенки на фоне истощения и гипо-, атрофии скелетной мускулатуры, желудочно-пищеводные и ректальные кровотечения). Кроме того, у нее не выявлено повышение активности печеночных трансаминаз, как показатель цитолиза, признаков гепатолиенального синдрома, что характерно для цирроза печени [9].

Все это: недостаточный сбор анамнеза, неполное клиническое обследование (не достаточно полное гинекологическое обследование, отсутствие бимануального влагалищно-прямокишечного исследования, динамического влагалищного обследования после лапароцентеза), гипероценка роли инструментальных исследований привело к врачебной ошибке – ошибочному диагнозу «миома матки», «цирроз печени».

В распознавании синдрома Мейгса большое значение имеет гинекологическое исследование после удаления асцитической жидкости, в котором цитологически нет опухолевых клеток, без морфологического исследования диагноз синдрома Мейгса только предположительный, т. к. асцит и плеврит в сочетании с опухолью яичника — в ряде случаев признаки рака данной локализации. Следовательно, установление дифференциального диагноза у больных с асцитными формами опухолей яичников, определение их доброкачественного или злокачественного характера, должно стать правилом для врача, планирующего лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Крутько В.С., Потейко П.И., Бызов В.В., Ходош Э.М. Синдром Мейгса как осложнение овуляционного стимулирования при экстракорпоральном оплодотворении// *Новости медицины и формирования.* – 2009. - №8-9. - С. 23-24.
- 2 Santangelo M, Battaglia M, Vescio G, Sammarco G, Gallelli G, Vetere A, Sommella L, Triggiani E. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment // *Ann Ital. Chir.* – 2000. - 71(1). – P. 115-9.
- 3 Morán-Mendoza A., Alvarado-Luna G., Calderillo-Ruiz G. et al. Elevated CA125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature // *Int. J. Gynecol. Cancer.* - 2006. - №16 - Suppl 1. - P. 315-318.
- 4 Лайт Р.У. Болезни плевры (перевод с английского). – М.: Медицина, 1986. - С. 267-269.
- 5 Селезнева Э., Железнов Б. Доброкачественные опухоли яичников. - М.:1982.
- 6 Lanitis S., Sivakumar S., Behranwala K. et al. A case of Meigs syndrome mimicking metastatic breast carcinoma // *World J. Surg. Oncol.* - 2009. - №7. – 10 p.
- 7 Meigs J.V. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax – Meigs' syndrome // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1994. - №67 (5). - P. 962-985.
- 8 Morán-Mendoza A., Alvarado-Luna G., Calderillo-Ruiz G. et al. Elevated CA125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature // *Int. J. Gynecol. Cancer.* - 2006. - №16 - Suppl 1. - P. 315-318.
- 9 Махаринская Е.С., Березняков Е.С. Диагностика и лечение асцита и его осложнений. // *Болезни и антибиотики.* - 2011.- 2(05).

А.К. ӘДІЛШИН, Ш.К. ӘДІЛШИНА, Г.Р. ӘДІЛЖАН, А.К. ИЖАНОВА, Р. Ч. МАДИЕВА
ТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ МЕЙГС СИНДРОМЫНЫҢ
ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ҚИЫНШЫЛЫҒЫ

Түйін: Мақалада Мейгс атты синдромның клиникалық көрінісі бейнеленген. Сонымен қатар осы жағдайды дұрыс анықтамау жағдайларының себептері талқыланады. Клиникалық тәжірибе бойынша жағдайлар көрсетіледі.

Түйін сөздер: аналық бездің фибромасы, асцит, гидроторакс, диагностика қателері.

A.K. ADILSHIN, S.K. ADILSHINA, G.R. ADILZHAN, A.K. IZHANOVA, R. CH. MADIEVA
DIFFICULTIES MEIGS SYNDROME DIAGNOSIS IN PRACTICE THERAPIST

Resume: The article demonstrates a case of clinical picture Meigs syndrome, discusses the causes of errors of diagnosis of this condition.

Meigs described the syndrome (synonyms: Meigs-Salmon, Demons-Meigs), characterized by the formation of ascites and pleural effusion in patients with benign solid tumor of the ovary. In the future, Meigs' syndrome was seen as a condition of ascites, hydrothorax and phenomena of exhaustion with benign ovarian tumors and cancer. This syndrome were described in patients with malignant ovarian tumor, but without evidence of metastatic disease. R.W.Light expanded the concept of the syndrome, believing that all cases of pelvic tumors, accompanied by ascites and pleural effusion, can be attributed to the syndrome Meigs, if surgical extirpation of the tumor provides the resolution of ascites and pleural effusion . Variant syndrome was described in the cases when the clinic was similar to the Salmon-Meigs' syndrome, but the ovaries were no degenerative changes of the tumor. Meigs' syndrome most often occurs in patients with ovarian fibroma, make up about 4% of all ovarian tumors, on the second place - ovarian cyst and 3 - leiomyoma of the uterus.

Keywords: fibroid tumor of ovarium, hydrothoraks,ascites, mistakes of diagnosis

УДК 616.8-005.6-09:569.931.8.6

М.А.НУРМАКОВА, А.Б.ӘЛИМҚОЖА, А.И.АМЕНОВ, Ж.А.СЕМБАЕВА
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Городской кардиологический центр

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРЕПАРАТОМ АРИФОНРЕТАРД

Частая распространенность ИСАГ у пожилых больных заставляет идти клиницистов на поиск эффективных и безопасных препаратов при лечении этого контингента больных.

В результате исследования доказано высокая эффективность, хорошая переносимость препарата Арифонретард по данным клиники, данным ЭхоКГ, СИАД и лабораторно-инструментальных методов исследования.

Выраженный антигипертензивный эффект, низкий риск электролитных и метаболических нарушений делает препаратом выбора Арифонретард при лечении АГ у пожилых больных.

Несмотря на большой фармацевтический рынок и увеличивающуюся доступность антигипертензивной терапии, большинство пациентов с АГ не получают достаточного контроля над АГ.

По данным Комитета ВОЗ (1992г) к 2015г 20% населения развитых стран будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше. Одним из основных факторов риска развития ИБС, ХСН, мозгового инсульта является АГ, которая в возрасте 65 лет и старше встречается у 50% населения, и с возрастом ее частота растет, поэтому всеми клиницистами поиск антигипертензивных препаратов которые могут быть применены у пожилого возраста с АГ, будучи при этом эффективны и безопасны при длительном применении.

Целью нашего исследования было доказать эффективность, хорошую переносимость препарата Арифонретард («Сервье» Франция) у пожилых больных в возрасте 60-79 лет.

Материал и методы

В исследование были включены 15 больных с ИСАГ 6 мужчин и 9 женщин в возрасте 60-79 лет.

По данным анамнеза и клинико-инструментальных исследований у всех пациентов исключался симптоматический уровень АГ, так же не были включены в исследование пациенты с нестабильной стенокардией и ХСН II-III (по NYHA)

Всем больным были проведены ОАК, Б/х крови: уровень холестерина, глюкоза крови и электролитов, а так же СМАД и ЭКГ

Таблица 1 - Клинико-демографическая характеристика исследуемых пациентов

Показатель	Больные с АГ
Возраст, лет	68.7 ± 6,7
Муж/жен	61,9
ИМТ кг/м ²	26,1± 3,1
Давность АГ- лет	16,8±4,2
Исходное САД мм.рт.ст	166,1±5,2
Исходное ДАД мм.рт.ст	82,3±4,4

Всем пациентам был назначен тиазидный диуретик Арифонретард. Через 8 недель, при анамнезе полученных данных было доказано, что препарат

эффективно снимает САД на 13.5% результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика показателей СМАД и ЭхоКГ при лечении пожилых больных препаратом Арифонретард

Показатель	Исходно	Лечение
САД сутмм.рт.ст	156,9±14,9	135,8±6,9
ДАД сутмм.рт.ст	84,3±11,9	82,1±5,5
Пульсовое АД	72,6±2,7	48,4±3,8
Фракция выброса ФВ	66,8±5,1	65,9±5,4

Показатели лабораторных исследований, в частности электролитов,

общего холестерина, креатинина и глюкозы крови выглядит следующим образом. Табл 3

Таблица 3 - Динамика б/х показателей крови при лечении препаратом Арифонретард

Показатель		Лечение
ОХС, ммл/л	6,6±0,5	6,4±0,4
Креатинин	109,9±7,1	95,1±6,1
Глюкоза крови, мм/л	4,6±0,4	4,2±0,3
К, мм/л	4,3±0,3	4,3±0,3

Выводы:

- 1 Арифонретард эффективно и безопасно у лиц с ИСАГ в пожилом возрасте
- 2 Арифонретард – оказывает положительное действие на сократимость ЛЖ и пульсовое давление
- 3 препарат не вызывает гипокалиемии у пожилых пациентов с АГ, оставаясь метаболически

нейтрально влияет положительно на липидный обмен и не влияет на уровень глюкозы крови

- 4 Арифонретард удобен в применении, хорошо переносится больными и является препаратом выбора при лечении ИСАГ у пожилых больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации ВНОК (третий пересмотр). //Приложение 2 к журналу Кардиоваск. тер. и проф. - 2008; 7: 31.
- 2 Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Виллевалде С.В. и др. от имени исследователей Российской научно-практической программы АРГУС-2. /Результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2: возможности улучшения контроля артериальной гипертензии путем рационального использования диуретиков. //Леч. дело. - 2007; 3: 60–8.
- 3 Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии. /Руководство по артериальной гипертензии под ред. акад. Е.И.Чазова, проф. И.Е.Чазовой. - М.: Медиа Медика, 2005; 79–95.
- 4 Шестакова М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия. //В кн.: Руководство по артериальной гипертензии. /Под ред. акад. Е.И.Чазова, проф. И.Е.Чазовой. - М.: Медиа Медика, 2005; 415–33.
- 5 Vague JP, Robitail S, Boyer L et al. A Meta-analytical approach to the efficacy of antihypertensive drugs in reducing blood pressure. Am J Cardiovasc Drugs 2005; 5: 131–40.
- 6 Недогода С.В. Побочные эффекты тиазидных диуретиков: фокус на гипокалиемию. //Consilium medicum. – 2007, 5, 77–81.
- 7 Akram J. Antihypertensive efficacy of indapamide sr in hypertensive patients uncontrolled with a background therapy: the NATIVE study. J Hypertens 2006; 24 (Suppl. 4): S93.
- 8 Gueyffier F, Vulpit C, Boissel JP et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 1999; 353: 793–6.
- 9 Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age and older. New Eng J Med 2008; 358: 1–12.
- 10 Недогода С.В. Влияние различных генериков индапамида на суррогатные точки при лечении артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста. //Кардиология. – 2005. - № 6. - 21–7.

Түйін: ШСАГ қарт адамдардың арасында жиі кездесетін болғандықтан дәрігерлерге әсері жоғары және қауіпсіз дәрілік зат таңдауға тура келеді. Клиникалық мәліметтердің, ЭхоКГ, СИАД және лабораториялық-аспаптық зерттеулердің нәтижесінде Арифон ретард әсері жоғары, жанама әсерлердің сирек кездесетіндігі дәлелденген. Қарт адамдарда АГ емдеуде Арифон ретард таңдау себебі: айқын антигипертензивтік әсер, электролиттік және метаболикалық бұзылыстардың сирек болуы болып табылады.

M.A.NURMAKOVA, A.B.ALIMKOZHA, A.I.AMENOV, ZH.A.SEMBAEVA

KazNMU, City Cardiological Center

EFFECTIVE TREATMENT OF HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENTS «ARIFONRETARD» DRUG

Resume The frequent incidence of isolated systolic hypertension in the elderly is forcing clinicians to go to the search for effective and safe drugs for the treatment of these patients.

The study demonstrated high efficacy, good tolerability Arifon retard according to the clinic, according to echocardiography, systolic blood pressure, and laboratory and imaging studies.

Antihypertensive effect, low risk of electrolyte and metabolic disorders makes Arifon retard drug of choice in the treatment of hypertension in elderly patients.

A.T. MUSAEV, K.M. TURLANOV,
 A. SADOVSKAYA, N. KEMELOV, ZH. ALIPBAEVA
 Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov
 (department of the emergency and health care)

EFFECTIVENESS OF MEMBRANE-STABILIZING THERAPY IN CHRONIC GASTRODUDENITIS

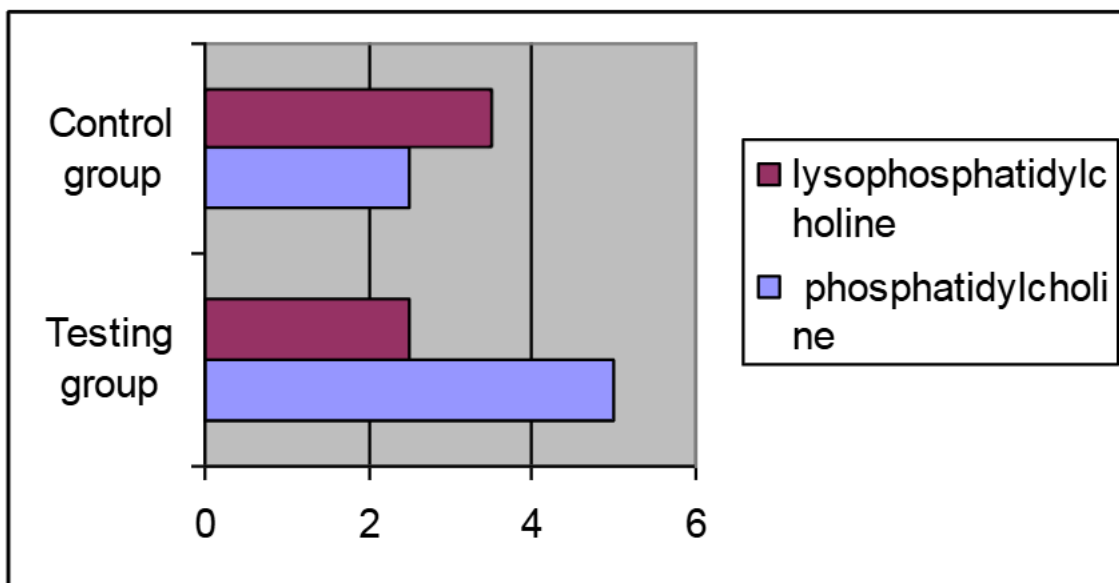
Relevance. One of the major problem associated with chronic gastroduodenitis is aspects of treatment and prevention of a relapses of a disease. There are terms, which are associated with chronic gastroduodenitis (etiology, clinical features), they have more significantly outstripped progress rather than the development of principles of therapy. This calls for further search and development of the principles of therapeutic correction manifestations of chronic gastroduodenitis. At the same time, there are areas of therapeutic strategy, which are based on modern concepts of pathology, the latest developments of Gastroenterology, the research of pathogenic provisions of chronic gastroduodenitis(2,5,7). According to the concepts of modern pathology the most pathological processes are based on the structural disruption of cell membranes of tissues and organs(1,2,3,6). The severity and the generalization of these processes depend on the severity of a disease and the degree of disruptions in organ or system of organs. The outcome of the disease (complete recovery, prolonged duration, chronicity of the pathological process) depends on the efficiency of repair processes of structural and functional organization of the cell membrane(8). The diseases of gastrointestinal tract follow these principles(5). The pathology of the cell membrane is associated with formation of acute and chronic diseases of the gastrointestinal tract. This provision determines the prospects of the development of the principles of treatment of diseases of the gastrointestinal tract with the use of drugs with membrane-stabilizing effect, especially in the chronic courses. Of among the drugs it is more preferred the natural biological complex and primarily vegetable oils(4,5).

Based on the above preconditions our purpose was to conduct research on the efficiency of food supplements in the form of soybean oil in the complex treatment of chronic gastroduodenitis.

Materials and methods. The basis of these studies was clinical and special surveys that monitor the therapeutic efficiency of supplementation of soybean oil in the diet of patients with chronic gastroduodenitis. A testing group of 28 patients presented with chronic gastroduodenitis with duration of disease over 2-3 years. All surveyed patients from the group were received the combined therapy in dietary supplements in the form of soybean oil, according to the endoscopy we have revealed surface and subatrophic gastroduodenitis. The control group consisted of 28 patients who did not receive the soybean oil in the complex treatment.

History data of the control group, the etiological factors in the formation of pathology, duration of the disease and clinical manifestations were identical provided a basis for valid statistical comparison of the results.

Analysis of spectrum of the leading classes of phosphatidyletanolamine, phosphatidylserine, phospholipids: easily oxidized phospholipid fraction \ hard oxidized phospholipid fraction. It was detected that phosphatidylserine and phosphatidyletanolamine belong to easily oxidized phospholipids factions and sphingomyelin and phosphatidylcholine belong to hard oxidized phospholipids. We analyzed the ratio phosphatidylcholine / lyzophotidilcholine.



Picture 1 - Chart shows indicators of the phospholipids spectrum in patients with chronic gastroduodenitis from testing and control groups

The soybean oil was received in dose of 20-30ml three times a day with the yogurt in testing group of patients. This

combination eliminates the subjective non-perception of the soybean oil. Usage in this form is well-accepted food

supplement without any subjectively disorders and disorders of the gastrointestinal tract. The course of treatment is 2 weeks. We made the chromatographic analysis of the spectrum of the main classes of lipids after the introduction of complex treatment of the soybean oil. In this case, we found the lipid composition of the soybean oil: phospholipids, phosphatidylethanolamine. Selecting the soybean oil as a dietary supplement had its advantage over other available vegetable oils, for example the sunflower or corn oils, for its adequate composition of lipids, largely approaching the spectrum of the various lipid complexes in the lipid bilayer of the cell membranes in healthy organism (on the model of the lipid bilayer of erythrocyte membranes). Structural and functional organization of the cell membrane confirms the effectiveness of nutritional supplements in the treatment of the chronic gastroduodenitis in the control group.

The study showed more optimal trend of stabilization of leading classes of phospholipids in testing of patients from

the group that received the combined therapy with dietary supplements in the form of the soybean oil. There was a similar trend in the control group, but less pronounced. Thus, at the end of treatment we revealed statistically significant differences in the spectrum of phospholipids: the damage sphingomyelin ($p < 0.05$), phosphatidylserine, phosphatidylethanolamine, ($p < 0.01$), and the phosphatidylcholine / lysophosphatidylcholine and easily oxidized phospholipids / hard oxidized phospholipids ($p < 0.001$).

In this case, statistically significant differences in the coefficient of the ratio of phosphatidylcholine / lysophosphatidylcholine is extremely high in testing groups, despite the lack of statistical significance we differentiate the partial values of lysophosphatidylcholine and phosphatidylcholine in this group (see chart).

Thus, the evidence strongly suggests about effective impact of membrane stabilizing nutritional supplements in the form of the soybean oil in patients with chronic gastroduodenitis.

REFERENCES

- 1 Escribá PV (2006) Membrane-lipid therapy: a new approach in molecular medicine. Trends Mol. Med. – 12. – P.34-43.
- 2 Geraldo H.U. Doucette erozivo-demorrádica story natural e management |Yurr.Tor.Petol. - 1990, Val.81. – 40p.
- 3 Török Z, Tsvetkova NM, Balogh G, Horvath I, Nagy E, Penzes Z, Hargitai J, Bensaude O, Csermely P, Crowe JH, Maresca B, Vigh L (2003) Heat shock protein coinducers with no effect on protein denaturation specifically modulate the membrane lipid phase. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 100. - P. 3131-3136.
- 4 WHO Technical Report Series. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.” Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation; Geneva: 2003. - Retrieved 2011. – P. 3-7
- 5 Гастроэнтерология. Национальное руководство/под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапиной. – М.: ГЭОСТАР – Медиа, 2012. – 180 с.
- 6 Николаев А.Я. Биологическая химия: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 568 с.: ил.
- 7 Саркисов Д.С, Пальцев М.А, Хитров Н.К. Общая патология человека Медицина,1997. - 607 с.
- 8 Шталь Э.Хроматография в тонких слоях: Пер. с англ. - М.: Мир, 1965. – 508 с.

Түйін: Созылмалы гастродуоденит кезіндегі мембрана тұрақтандырушы емнің тиімділігі

Бұл жұмыста асқазан-ішек жолдарында ауытқуы бар аурудың жасуша мембранасының фосфолипидті саласының көрсеткіштері зерттелген. Жасуша мембранасының фосфолипидті саласы метаболизмнің ауытқуы айқындалған. Анықталған ауытқуларды коррекциялау мембрананы тұрақтандырушы қасиеті бар соя майымен жүргізілді.

Түйінді сөздер: созылмалы гастродуоденит, клиника, жасуша, мембрана.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННО-СТАБИЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ

Резюме: Эффективность применения мембранно-стабилизирующей терапии при хроническом гастродуодените

В настоящей работе у больных желудочно-кишечной патологии исследованы показатели фосфолипидного спектра клеточных мембран. Выявлены нарушения метаболизма фосфолипидного спектра клеточных мембран. Коррекция выявленных нарушений проводилось соевым маслом, обладающий мембраностабилизирующим свойством.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, клиника, клетка, мембрана.

УДК 616.12-005.4+616.23./24-002.2]:616.13-004.6

Г.Т. КАНТУРЕЕВА, А.Б. АГЫБАЕВА, А.Д. АЛТЫНБЕКОВА, Б.Б. БЕККУЛОВА, А.Е. КУНАНБАЕВА
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, ГКП №3, кафедра
резидентуры и интернатуры по ОВП №1, г. Алматы

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ РАЗВИТИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА

Ниже представлено описание 26 клинических случаев облитерирующего эндартериита. Все исследуемые являются мужчинами. Так как, болезнь встречается большинство у мужчин, нежели у женщин (99:1). Выделены 3 клинические формы болезни: 1) облитерирующий эндартериит как следствие длительного курения -19 (73%); 2) облитерирующий эндартериит как болезнь длительного и частого переохлаждения ног - 5 (29%); 3) и последнее, развитие данной болезни у человека, злоупотребляющего алкоголем - 2 (8%). Во всех трех случаях диагноз подтвержден на основании анамнеза и данных клинико-лабораторных исследований. В данной работе (статье) обсуждается развитие и тактика лечения облитерирующего эндартериита у курящих лиц.

Ключевые слова: Облитерирующий эндартериит, Синдром Лериша, болезнь Винивартера, гангрена ног

Ежедневно в мире каждую секунду скуривается более 300 000 сигарет. Люди даже не подозревают, какой вред наносится в этот момент их организму. Последствия могут быть ужасающими: рак легких, туберкулез, эмфизема, закупорка и разрыв сосудов, снижение мозговой и телесной активности, снижение либидо и так можно продолжать список до бесконечности. Но сегодня Мы остановимся на не менее ужасающей реальности курения, о которой мало кому известно, но все же существенно и достойная внимания – облитерирующий эндартериит.

Из-за воспаления внутренний слой стенки артерии (эндотелий) утолщается. Просвет артерии начинает постепенно суживается, а затем может произойти облитерация (заращение) сосуда. Воспалительные и дистрофические процессы развиваются и в околососудистой жировой ткани, отчего она уплотняется и сдавливают сосуд извне, что еще больше нарушает кровоток в нем. В следствий чего, появляются такие симптомы как, перемежающаяся хромота, похолодание и постоянная боль тянущего характера в нижних конечностях, чувство онемения голеней и стоп (больше выражено слева), отёк нижней части голеней и стоп, возникающий после физической нагрузки[1].

До настоящего времени этиология ОЭ до конца не выяснена, но достоверно доказано, что курение является фактором риска при развитии данной болезни[2].

Цель работы: Выявить болезнь на ранних этапах, находить новый, быстрый, материально доступный и мобильный способ его диагностирования.

Задачами являются: Классифицировать болезнь по группе риска, по степени тяжести, научить людей грамотности путем описания клинических проявления и методов исследования ОЭ.

Материалы и методы исследования. На клинической базе ГКП№3 находились на обследований и лечений 26 человек с ОЭ I, II, III, IV степени в возрасте от 35 до 45 лет (заболевание большинство встречается у молодых мужчин[5]) за период 2002-2012 года. Диагностика ОЭ основывалась на изучений жалоб, анамнеза, клинико-лабораторных данных, функциональных исследованиях,

результатах артериальной ангиографии, реовазографий, капиллярографий и ультразвуковой доплерографий[1]. В исследуемой нами группе курящие лица с ОЭ составили 19-73%, лица с длительными и частыми переохлаждениями – 5-19 %, и лица злоупотребляющие алкоголем – 2-8 %.

По классификации Fontaine-Покровского[1] в зависимости от степени недостаточности артериального кровоснабжения пораженной конечности выделяют четыре стадии ишемии (нарушения кровообращения). В исследуемой группе был ОЭ I степени (функциональной компенсаций) – 9 (34,6%), II степени (стадия субкомпенсаций) – 11 (42,3%), III степени (стадия декомпенсаций) – 5 (19%) и IV степени (стадия деструктивных изменений) – 1 (3,8%).

Среди специалистов общепринято делить сосудистое русло нижних конечностей, в том числе по уровню поражения заболеванием, на 3 уровня (сегмента)[6]. В нашей группе исследуемых были:

На уровне аорто-подвздошного сегмента – 7 (26.9%)

На уровне бедренно-подколенного сегмента – 13 (50%)

На уровне подколенно-берцового сегмента (периферический) – 6 (23.1%)

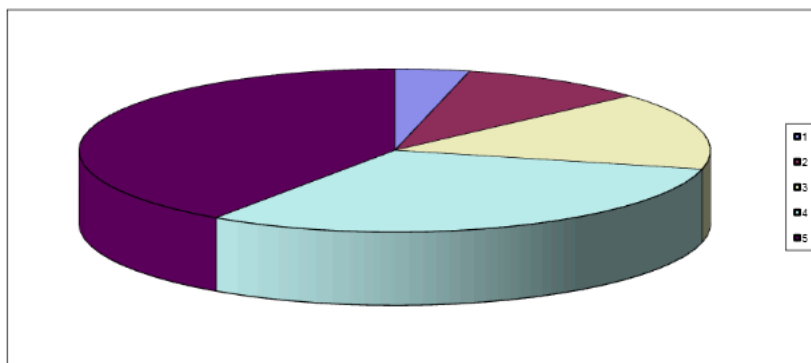
Мы также обозначили лиц:

- у которых было впервые выявлено данное заболевание – 21 (80,7%);

- направленно на диспансеризацию по данному заболеванию, со стационаров – 5 (19%), из них же ОЭ обнаружился случайно у 2 (7,6% - пациенты отмечали зябкость, онемение, ползание мурашек, тем не менее не обратились за медицинской помощью),

- самообращение 16 (61,5% - помимо онемения, зябкости и судорог, больных беспокоила перемежающаяся хромота, возникавшая при прохождении определенной дистанции; кожа на стопах и голенях была менее эластичной, сухой, шелушащейся; был нарушен рост волос на пораженной конечности, волосы выпавшие),

- и диспансерные 8 (30,7% - среди них больные в стадиях субкомпенсаций, компенсаций – 6 (23,1%) и деструктивных изменений – 2-7,7%).



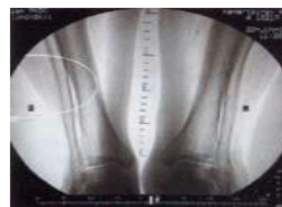
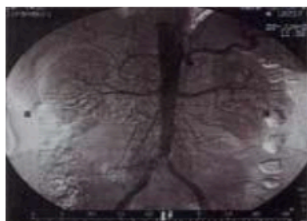
При изучении анамнеза исследуемых больных наследственность не была отягощена, но как мы уже не однократно описывали, у всех лиц были провоцирующие факторы для развития ОЭ.

Были проведены ниже представленные функциональные пробы[6]:

1. Симптом Опделя – положительный у 25 (96,1%), побледнение подошвы стопы пораженной конечности, поднятой вверх под углом 45° (при осмотре). Вследствие окклюзии или стеноза артерий нижних;
2. Симптом Гольдфлама – положительный у 24 (92,3%), в положении больного на спине с приподнятыми над кроватью ногами ему предлагают производить сгибания и разгибания в голеностопных суставах, через 10-20 движений больной испытывает утомление в ноге (при осмотре). Вследствие окклюзии или стеноза артерий нижних конечностей;

3. Симптом Панченко – положительный у 21 (80,7%) - в положении больного сидя; закинув больную ногу на колено здоровой больная вскоре начинает испытывать боль в икроножных мышцах, чувство онемения в стопе, ощущение ползания мурашек в кончиках пальцев пораженной конечности;

4. Проба на реактивную гиперемия Шамова – положительна у 22 (84,6%) – появление розовой окраски кожи на пальцах стопы или кисти после 5-минутного сдавления бедра или плеча пневматической манжеткой. В норме розовая окраска восстанавливается через 20—30 с после прекращения сдавления манжеткой, при поражении сосудов – позже. Инструментальная диагностика проведена с помощью артериальной ангиографий.



Ангиограмма

- а) стенозы на грани окклюзии левой общей подвздошной артерии
- б) стенозы правой общей подвздошной артерии
- в) окклюзия берцовых артерий слева

При капиллярографий выявлено нарушение микроциркуляторного русла – 26 (100%).

Ультразвуковая доплерография показала что скорость кровотока была снижена от 60 – 80 % у 26 (100%).

Проведенные исследования позволили не только обосновать диагноз, но и определить степень нарушения кровотока и сужения просвета сосудов, тем самым определить соответствующее лечение.

Лечение:

20 (76,9%) получили консервативное лечение, 6 (23,1%) направлены на хирургическое лечение.

Консервативное лечение.

Проведено комплексное консервативное лечение больным с I – 9(34,6%) и II степенью ОЭ - 11(42,3%):

1. устранен спазм кровеносных сосудов (антиспастические средства – 15(75%). новокаиновые блокады – 5(25%),

2. снятие болевого синдрома (трентал – 19(95%), никотиновая кислота – 16(80%), тиклид – 18(90%), аспирин – 19(95%), антикоагулянты непрямого действия – 18(90%), анальгетики – 18(90%),
3. больные получили средства для улучшения трофики тканей (витамины – 20(100%), АТФ – 15(75%), кокарбоксилаза – 17(85%), глютаминовая кислота – 16(80%),
4. десенсибилизирующая противовоспалительная терапия, средства, направленные на улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции (реополиглюкин – 11(55%), гепарин (в режиме малых доз) – 9(45%),
5. артериальное введение лекарственных веществ с целью стимуляции коллатерального кровообращения – 19(95%),

6. физиолечение (диатермия 13(65%), токи Бернара – 5(25%), “Пульс”-2(10%), ЛФК, санаторно-курортное лечение (сероуглекислые – 8(40%), сероводородные – 5(25%), радоновые ванны – 7-(35%).

У 14(70%) пациентов получивших консервативное лечение, удалось добиться улучшения и остановки дальнейшего прогрессирования заболевания, 6(30%) улучшения не значительны (больные не смогли отказаться от пагубной привычки).

Хирургическое лечение

Направлены в стационар – 6(23,1%).

1. (11%) пациентам проведена артериальная дилатация области стеноза посредством раздувания баллоновидного катетера, исход у всех благоприятный.. Удалось добиться стадий субкомпенсаций
2. остальным 3 (11%) пациентам была проведена Реконструктивная операция на магистральных сосудах, исход так же был благоприятен. Была

достигнута стадия функциональной компенсации и субкомпенсаций.

Выводы:

Облитерирующий эндартериит может развиваться остро, но чаще болезнь прогрессирует медленно. Периоды обострения сменяются периодами ремиссии. По этой причине люди не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью.

Клиника ОЭ (а именно перемежающаяся хромота – Синдром Лериша) схожа с защемленной грыжей поясничного отдела. Но в последнем случае у больных не бывает отеков, чувства онемения, сухости, и самое главное, в отличии от ОЭ, пульс на нижних конечностях не будет отсутствовать.

И последнее, с момента начала этой статьи в мире уже скурено более нескольких десятков миллиона сигарет. Цифры ужасающие, не так ли? По простой логике можно говорить, что у многих из них уже в разной степени развивается облитерирующий эндартериит.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 С.П. Нохрин, СВ.В. Сорока, К.А. Андрейчук, Ш.О. Ахунов. Новый подход к прогнозированию клинических исходов у больных с критической ишемией нижних конечностей // ТОМ 7, ХИРУРГИЯ. – АПРЕЛЬ, 2006
- 2 Лещенко В.М. Облитерирующий эндоартериит: современное состояние проблемы // Международный медицинский журнал, 1999. - т. 5. - №3. - С. 51–55.
- 3 Бойко С.Ю. Консервативное лечение облитерирующего эндоартериита. // Проблемы медицины, 1999. – 31. – 2 (5–6), с. 22–24.
- 4 Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Медицина, 2000 г.
- 5 д.м.н. В.М. Кошкин, «Облитерирующий эндартериит»//Журнал «Здоровье» №9, 1986 г.
- 6 Антонова Ю. В. Болезни сосудов. Эффективное лечение и профилактика. — СПб.: АСТ, Сова, 2007. - 160 с.

Г.Т. ҚАНТӨРЕЕВА, А.Б. АҒЫБАЕВА, А.Д. АЛТЫНБЕКОВА, Б.Б. БЕКҚҰЛОВА, А.Е. ҚҰНАНБАЕВА ОБЛИТЕРАЦИЯЛЫҚ ЭНДАРТЕРИИТ ДАМУЫНДАҒЫ ТЕМЕКІ ШЕГУ ҚАУІП-ҚАТЕР РЕТІНДЕ

Түйін: Мақалада 26 клиникалық жағдайдың сипаттамасы берілген. Барлық зерттелушілер ер адамдар. Себебі, бұл ауру әйелдерге карағанда көбіне ер адамдарда кездеседі (1:99). Аурудың 3 клиникалық түрі алынған: 1) ұзақ темекі шегудің әсерінен дамыған облитерациялық эндартериит - 19 (73%); 2) аяқтардың жиі және ұзақ тоңуынан дамыған ОЭ - 5 (29 %); 3) және соңғысы, берілген аурудың арақшұмар адамда дамуы - 2 (8 %). Барлық үш жағдайда да диагноз анамнез бен клиникалық-лабораторлы зерттеулер негізінде дәлелденген. Берілген мақалада облитерациялық эндартерииттің темекі шегетін адамдарда дамуы және емдеу тактикасы туралы баяндалған.

Түйінді сөздер: Облитерациялық эндартериит, Лериш синдромы, Винивартер ауруы, аяқ гангренысы

G.T. KANTUREEVA, A.B. AGYBAYEVA, A.D. ALTYNBEKOVA, B.B. BEKKULOVA, A.E. KUNANBAYEVA SMOKING AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF OBLITERATIVE ENDARTERITIS

Resume: Below is a description of 26 clinical cases of obliterative endarteritis. All tested are men. The disease occurs most in men than in women (99:1). Divided into 3 clinical forms of the disease: 1) occlusive disease as a consequence of prolonged smoking - 19 (73%), and 2) occlusive disease as a disease of long and frequent hypothermia feet - 5 (29%), 3) and finally, the development of this disease in humans who abuse alcohol - 2 (8%). In all three cases, the diagnosis was confirmed on the basis of history and data of clinical and laboratory studies. In this essay (paper) we discuss the development and tactics of treatment of obliterating endarteritis in smoking individuals.

Keywords: occlusive disease, Leriche syndrome, Vinivarters disease, gangrene of the feet

Т.А. ПАНИНА, О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА

Рудненская городская поликлиника

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОПАТИЯХ

В работе представлена эффективность эрадикационной терапии и профилактики гастропатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными препаратами, у больных с ревматоидными заболеваниями. Проведение эрадикационной терапии нецелесообразно. Такое лечение не может рассматриваться как метод профилактики рецидивов данной патологии у больных с ревматоидными заболеваниями, продолжающих прием нестероидных противовоспалительных препаратов.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori, нестероидные противовоспалительные препараты, эрадикация, ревматоидные заболевания*

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются второй после *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) важнейшей причиной развития пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1], множественных эрозий слизистой оболочки (СО) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2]. Пептические язвы у больных с ревматоидными заболеваниями (РЗ), вынужденных продолжать прием НПВП, имеют рецидивирующий характер, формируя своеобразную НПВП-ассоциированную язвенную болезнь [3]. Значение инфекции *H. pylori* в развитии язв и эрозий у больных РЗ является до настоящего времени предметом дискуссии. *H. pylori* обнаруживаются у большей части больных с НПВП-индуцированными гастропатиями, однако отрицательное влияние их и НПВП на СО желудка (СОЖ) не может рассматриваться как синергическое [4]. Патогенез НПВП-индуцированных гастропатий и *H. Pylori*-ассоциированной пептической язвы различен, поэтому взаимодействие этих двух факторов весьма сложное [5]. Вопрос о необходимости проведения эрадикационной терапии (ЭТ) у данных больных остается открытым.

Цель исследования - изучение эффективности эрадикационной терапии и профилактики НПВП-индуцированных гастропатий у больных с РЗ.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 66 больных с РЗ (58 женщин и 8 мужчин, средний возраст $53,6 \pm 12,6$ года): 48 – с ревматоидным артритом, 13 – с остеоартрозом, 3 – с системной красной волчанкой и по одному с анкилозирующим спондилоартритом и подагрическим артритом, регулярно получавших НПВП. Критерии включения в исследование служили выявление при плановой эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) язв или множественных (более 10) эрозий СОЖ либо ДПК и необходимость длительного приема НПВП. Критерии исключения: проведение комплексной ЭТ в анамнезе и прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) на момент проведения первой ЭФГДС. Все пациенты разделены на 2 группы: пациентам 1-й группы назначена комбинация антибактериальных препаратов (амоксциллин – по 1 г/сут и кларитромицин – по 0,5 г/сут в 2 приема в течение 10 дней) и пантопразол в дозе 40 мг/сут; 2-й группы – только пантопразол. В обеих группах преобладали женщины с РА, принимавшие диклофенак, около 50% больных - глюкокортикоиды. Язвы в анамнезе были у большей части больных 1-й группы, однако статистически различие было недостоверным ($p > 0,05$). Характер и локализация изменений, выявленных при ЭФГДС, в обеих группах оказались сходными (преобладали язвы желудка), за исключением отсутствия в 1-й группе больных с эрозиями. Патологические изменения в ЖКТ

протекали бессимптомно в обеих группах – 20% и 17,3%, предьявляли жалобы на гастралгии и диспепсические явления 28% и 33,3% больных соответственно. Наиболее часто при расспросе выявляли наличие болей в эпигастральной области, возникающих натощак (56 и 72,5% соответственно), и ощущения тяжести и переполнения в эпигастральной области после приема пищи (72 и 75% соответственно). Эффективность терапии оценивали по данным ЭФГДС, которую проводили через 2 и 4 нед после начала приема пантопразола. Терапия считалась эффективной: при рубцевании язвы или эпителизации эрозий, положительной динамики жалоб больных и значительном уменьшении, либо исчезновении основных симптомов патологии ЖКТ (по субъективным ощущениям больных). Профилактический эффект ЭТ оценивали через 6 мес после лечения по частоте рецидивов язв и эрозий СОЖ и/или ДПК.

Результаты исследования и их обсуждение.

Эффективность лечения в обеих группах была практически одинаковой. Язвы зарубцевались через 2 нед у 72% больных 1-й группы, рубцевание язв и эпителизация эрозий отмечены у 71,8% больных 2-й группы. Через 4 нед терапии язвы зарубцевались у 88 и 95% больных, но рубцевание язв ДПК отмечалось в обеих группах, а язв желудка – у 84 и 91,7% больных соответственно. Клинически терапия также оказалась эффективной и привела к купированию или значительному уменьшению основных жалоб у всех больных 1-й группы и 93,9% больных 2-й группы к 3–7-му дню от начала приема пантопразола (в среднем время достижения клинического эффекта составило $4,8 \pm 1,8$ и $4,8 \pm 1,6$ дня соответственно). Эрадикация *H. pylori* была достигнута у 88% больных 1-й группы. Частота нежелательных реакций в группах существенно различалась: в 1-й группе составила 32% (диарея, ощущение тяжести в эпигастральной области, гастралгии, эритематозные высыпания на коже); 2-й группе - 10% (диарея, ощущение тяжести в эпигастральной области, гастралгии, эритематозные высыпания на коже). Необходимости в прерывании приема пантопразола из-за нежелательных реакций не возникло.

Профилактический эффект эрадикации *H. pylori* оценивали через 6 мес по частоте рецидивов язв и эрозий у тех больных, у которых на первом этапе исследования терапия оказалась эффективна. Контрольное ЭФГДС удалось провести 18 больным 1-й группы и 29 больным 2-й группы. Значительный процент «выпадения» больных на 2-м этапе исследования (18,2 и 21,1% соответственно) определялся включением в исследование пациентов с выраженными нарушениями функции суставов. Это не позволило больным прибыть в

поликлинику для планового осмотра в определенные протоколом сроки. Следует подчеркнуть - не зафиксировано ни одного случая гастродуоденальных осложнений или госпитализации по причине рецидива язвы, которые явились бы причиной неявки больных.

Рецидивы язв отмечали у 50% больных 1-й группы и 48,3% больных 2-й группы. *H. pylori* обнаружены в минимальном количестве у 22% больных 1-й группы. Данное лечение оказалось более эффективным у больных с язвами ДПК, все случаи неэффективности - с язвами желудка. Небольшое число обследованных не позволяет оценить значимость подобного различия. Значительно большая частота нежелательных реакций у пациентов 1-й группы, очевидно, связана с применением антибиотиков. Переносимость собственно пантопразола (2-я группа) оценена как достаточно хорошая. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии существенного влияния терапии на эффективность лечения и профилактику рецидивов НПВП-индуцированных гастропатий. Прием комплекса антибактериальных препаратов на фоне лечения ИПП позволил добиться эрадикации *H. pylori* у большей части больных 1-й группы, однако это существенно не повлияло на частоту и темпы рубцевания язв, как желудка, так и ДПК.

Эффективная эрадикация была достигнута на первом этапе лечения. Это подтверждается отсутствием *H. pylori* у большинства больных 1-й группы через 6 мес

наблюдения. Рецидивы язв у больных 1-й группы возникали при отсутствии *H. pylori*, что позволяет сделать вывод, что *H. pylori* и хронический *H. pylori*-ассоциированный гастрит являются фоном, но не этиологическими факторами развития НПВП-индуцированных гастропатий. По-видимому, основной причиной развития воспалительных изменений СОЖ у больных с РЗ являлась, очевидно, инфекция *H. pylori*, а не влияние основного патологического процесса и терапии противоревматическими препаратами. При сохранении воздействия двух последних факторов на фоне эрадикации *H. pylori* эти воспалительные изменения значительно уменьшились, по крайней мере, в дистальных отделах желудка.

Таким образом, проведение эрадикационной терапии больным с эрозивно-язвенными изменениями СОЖ и ДПК, возникшими на фоне приема НПВП, нецелесообразно. Такое лечение не может рассматриваться как метод профилактики рецидивов данной патологии у больных с ревматоидными заболеваниями, продолжающих прием НПВП. Наиболее приемлемым для медицинской практики методом эффективной профилактики рецидивов НПВП-индуцированных гастропатий в настоящее время следует признать длительный (на весь курс лечения НПВП) прием ИПП в профилактической дозе (например, пантопразола по 40 мг/сут).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шептулин А.А. Современные возможности лечения и профилактики НПВП-индуцированной гастропатии // РЖГГК. - 2006. - Т. 16. - № 1. - С. 15-19.
- 2 Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Гастродуоденальные эрозивно-язвенные повреждения, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Клиническая медицина. - 2008. - Т. 86. - № 2. - С. 8-14
- 3 Карасёва Г.А. НПВП-индуцированная гастропатия: от понимания механизмов развития к разработке стратегии профилактики и лечения // Медицинские новости. - 2012. - № 8. - С. 21-26.
- 4 Егоров И.В., Цурко В.В., Семенов П.А., Плечуца А.З. Лечение НПВП-гастропатии у пациентов с ревматическими болезнями пожилого возраста // Клиническая геронтология. - 2010. - Т. 16. - № 3-4. - С. 40-44.
- 5 Vonkeman HE, Deleest H. et al. Assessment of Helicobacter pylori eradication in patients on NSAID treatment // BMC Gastroenterol. - 2012. - 24. - 12. - 133 p.

Т.А. ПАНИНА, О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА

ИТЕРМЕЛЕНГЕН СТЕРОИД ЕМЕС АУРУҒА ҚАРСЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ ГАСТРОПАТИЯ КЕЗІНДЕГІ
ЭРАДИКАЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Зерттеуде асқазанның эрозиялық-жаралы өзгерістерімен науқастың эрадикациялық терапиясын жүргізу анықталған, және ұлтабар ұшының орынсыз стероид емес ауруға қарсы дәрі-дәрмектерді қолдану тәсілімен пайда болған.

Түйінді сөздер: *Helicobacter pylori*, стероид емес ауруға қарсы дәрі-дәрмектер, эрадикация, ревматоидтық аурулар.

T.A. PANINA, O.B. DZHAMBKOVA, G.R. SORROKA

EFFICIENCY OF ERADICATION THERAPY AT THE GASTROPATHY INDUCED BY NONSTEROID
ANTI-INFLAMMATORY DRUGS

Resume: In research it is established that carrying out eradication therapy by the patient with erosive and ulcerative changes of a stomach and a duodenum, arisen against reception of nonsteroid antiinflammatory drugs, is inexpedient. As the most acceptable for effective prophylaxis of recurrence of the gastropathy caused by reception of nonsteroid antiinflammatory drugs, it is necessary to recognize long reception of inhibitors of proton pump in a preventive dose.

Keywords: *Helicobacter pylori*, nonsteroid antiinflammatory drugs, eradication, rheumatoid diseases

Б.Б. ДАУЛЕТБАЕВА, А. АЛЫБЕКОВА,
Л. АКМАМЕТОВА, Е. КОШАНОВ, А. КУВАНЫШЕВА

ПНЕВМОНИЯМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ

Пневмониядан кейінгі реконвалесцент реабилитациясының басты мақсаты бастапқы сатысының созылмалыға ауысуының алдын алу, тыныс алу ағзаларының максималды толық морфологиялық және функционалды реституциясын қамтамасыз ету, биологиялық сауығуының толық қамтылуы. Науқастың реабилитациясы барысында респираторлы және аспаптық физиотерапия, бальнеотерапия, емдік дене шынықтыру, массаж, физикалық жаттығулар, психотерапиялық емдеу әдістері және дәрілік емес заттар кең қолданылуы тиіс. Осылайша, пневмонияны басынан өткізген науқастарды 3 ай көлемінде бақылау нәтижесінде науқастардың динамикасы жақсарды: науқастардың өмір сапасы жақсарды, яғни олардың толық сауығуына әкелді.

Түйінді сөздер: пневмония, реабилитация, респираторлы физиотерапия, аппаратты физиотерапия, массаж, емдік денешынықтыру, психотерапия

Тәжірибелік денсаулық сақтау үшін де, медициналық ғылым үшін де пневмониямен күрес бірден бір негізгі мәселе болып табылады. Мәселенің мәні аурудың үлкен таралушылығы, оның ауырлық ағымы, өлім жағдайына әкелуі және көп еңбекке қабілеттілігінің жоғалуымен анықталады. Антибактериалды-этиотропты терапия жетістігіне қарамастан, пневмониямен ауырған науқастардың медициналық реабилитациясында пневмонияның патогенетикалық терапия мәселесі көптеген позицияда шешілмеген болып қалады.

Мәліметтер мен әдістер: №3 қалалық емхана жағдайында 3 ай көлемінде ауруханадан тыс пневмония диагнозымен 15 науқас бақылауда болды. Оның ішінде екіжақты пневмониямен - 3; оңжақты - 5; солжақты - 7. Барлық науқастар антибактериалды терапия, макролидтер, саңырауқұлаққа қарсы, бронхолитиктер, витаминотерапия қабылдады.

Пневмониямен ауырған науқастардың биологиялық кезеңінің сауығуы жедел кезеңінің аяқталуымен шектелмейді. Өкпе тінінің морфологиялық қалпына келуі, респираторлық жүйесінің функционалдық қалпына келуі, науқас ағзасының биологиялық реституциясы 6-12 айға созылады. Бұл кезең аралығында науқастың клиникалық және биологиялық сауығуына, жағымсыз салдар мен асқынудың туындауы жағдайының алдын алуға қол жеткізу керек. Аурудың салдарын жою, науқас ағзасын жалпы сауықтыру, адамның элеуметтік іс-әрекетке қабілеттілігін және еңбекке жарамдылығын қалпына келтіруге бағытталған реабилитацияның міндеті болып табылады.

Дәрігермен жүргізілген сауықтыру бағдарламасының бөлімі медициналық реабилитация деп аталады. Реабилитация мен емдеу бір-бірімен тығыз байланысқан, өзара бірін-бірі толықтырып отырады. Реабилитацияның әдістері аурудың немесе жарақаттардың ең ерте сатысынан бастап қолданылады, реабилитацияны емді аяқтау деп қабылдау қателік. МР-ның ажыратылмайтын бөлімі – емді қалпына келтіру. МР-ның басқа бөлімі екіншілік алдын алу іс-шарасының кешені болып табылады.

Жұмыстың мақсаты: пневмониядан кейінгі реконвалесцент реабилитациясының басты мақсаты бастапқы сатысының созылмалыға ауысуын алдын алу, тыныс алу ағзаларының максималды толық морфологиялық және функционалды реституциясын қамтамасыз ету, биологиялық сауығуының толық қамтылуы.

Соңғы жылдары МР-ның тәжірибесіне өкпе ауруларын емдеу кіреді. Пневмонияны емдеу толық шараға

қатысады. МР-ның негізі қалпына келтіріп емдеу патогенетикалық терапия әдісі болып саналады. Пневмония ағымының кезеңдігін түсіну үшін және емдік-реабилитациялық тәсілді ұтымды таңдау үшін К.Г.Никуллиннің аурудың ағымы кезеңіне қарай бөлінетін патогенетикалық жіктемесі неғұрлым қолайлы: 1-ші бактериалды агрессия, 2-ші – клиникалық тұрақтану, 3-ші – морфологиялық қалпына келу және 4-ші функционалдық қалпына келу.

Науқастың реабилитациясы барысында респираторлы және аспаптық физиотерапия, бальнеотерапия, емдік дене шынықтыру, массаж, физикалық жаттығулар, психотерапиялық емдеу әдістері және дәрілік емес заттар кең қолданылуы тиіс.

Реабилитациялық іс-шара кешеніне мыналар кіреді:

1. Темекі шегуді доғару.
2. Емдік тәртібі - қатаң төсектік тәртіптен жалпы және дене шынықтыруға дейін, оның қарқындылығы біртіндеп және бақылануда ұлғайту,
3. Ұтымды тамақтану - құрамы құнарлы баланстандырылған, дәруменге бай және қажет жағдайда жеңілдетілген.
4. Табиғи емдік фактор курортотерапияны қабылдау. Қабылдауға болатын курорттан тыс шаралар (климаттық емдік емшара, минералды сулар, емдік батпақтар),
5. Кинезотерапия (ЕД, массаж, физикалық дайындық).
6. Психотерапия.

Толығырақ тоқталып кетсек МР-ның кейбір құрамдасын талдау, негізгі бастапқы саногенетикалық тетігін, одан соң оның мүмкіндігін және орындауын белгілеу.

Негізгі саногенетикалық тетіктері:

1. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін жақсарту;
 2. Газалмасуды жақсарту;
 3. Иммунды қорғауды ынталандыру;
 4. Интоксикацияның төмендеуі;
 5. Аллергендер мен поллютанттар түсуінің шектелуі;
 6. Эндокринді және вегетативті қамтамасыз етудің адекватты қалпына келуі.
 7. Тыныс бұлшықеттерінің жұмысын оңтайландыру, ауру сезімталдығын төмендету, нейрореспираторлық драйвты қалыпқа келтіру арқылы тыныс биомеханикасын адекватты қалыптастыру;
 8. Репаративтік регенерацияны ынталандыру;
 9. Психоэмоционалдық реституция;
 10. Ілеспелі патологиясымен жағымсыз әсерінің шектелуі.
- Реабилитациялық кешеннің құрамына кіретін физикалық факторларда пневмония кезінде барлық саногенез механизміне өз бетінше әсер етеді. Оларды табиғи және жасанды деп бөледі. Табиғи физикалық факторларға

климато, бальнео және талассотерапия, ал жасандыға-физотерапия және бальнеотерапия жатады.

Респираторлы физиотерапия.

Өкпенің вентиляциясының көмекші әдісі ретінде бронхообструктивті синдроммен қосарланып жүрген пневмонияларда қолданады. Олар тыныс алу жолдарының ерте респираторлы жабылуының алдын алады, мукоциллиарлы клиренсті ынталандырады, коллатеральды вентиляцияны және вентиляционды-перфузионды қатынасты жақсартады. Пневмонияның бүкіл фазаларында қолдануға болады.

Аппаратты физиотерапия.

Пневмония кезінде кеуде торына көлденең гальванизация әдісімен электрлік тоқты қолдану жасуша мембраналарының өткізгіштігін жоғарлатады, осыған сәйкес дәрілік препараттардың склерозданған өкпе тінінің бөгеттерінен сорылуын жақсартады. Күнделікті тоқ күші 10-20мА ұзақтығы 15-50 мин 10-15 емшара қолданады.

Жүрек-қан тамыр патологиясы үйлескен, сонымен қатар плевропневмонияға ұласқан әлсіз науқастарға магнитті индукция 30-50 мТл қолданады, емшара ұзақтығы 10-20 мин, курс-күнделікті 5-10 емшара.

Массаж.

Пневмония кезінде кеуде торының әртүрлі массаждары қолданылады:

классикалық, интенсивті, нүктелік, вакуумды, діріл массажы, криомассаж. Жалпы массаждың барлық түрі вазоактивті болып көрінеді. Склероздануға қарсы және миорелаксиялық әсері, жергілікті иммунды реакцияларды және репаративті регенерацияны қабілетін ынталандырады.

Нүктелік массаждың пневмониямен ауыратын әлсіз науқастарға, жүрек-қан тамыр жүйелерінің патологияларында интенсивті әсерлігі бар. Оны 10-15 минутқа созылатын 6-10 күнделікті емшара рұқсат етіледі. Интенсивті массаж әлсіз ағымды процесте көрсетіледі.

Ал вакуумды массажды вакуумды аппаратпен және медициналық банкінің көмегімен өткізеді. Науқастың ауырлық жағдайына байланысты не тері гиперемиясына, не гематомаға дейін жетеді. Соңғы жағдайларда, ағзаның қорғаушы қабынулық реакциясын белсендіретін және пневмониялық ошақтың сорылуын жылдамдатытын альтернативті қабыну ошағы қалыптасады. Вакуумды массажды фебрилитет ликвидациясынан кейін береді, емшара күнара жүргізіледі. Бір курсы 3-5 емшара.

Емдік денешынықтыру.

Пневмония кезінде емдік денешынықтыру жалпы: респираторлы гимнастика, дренажды гимнастиканың қосылуы, тыныс алуды жаттықтыруды қолдану және арнайы тыныс алу бұлшықеттерін қабылдау, сонымен қатар физикалық жаттықтырудан тұрады.

Респираторлы гимнастикаға жатады:

*Адекватты ылғалдылықта мұрынмен демалуды қамтамасыз ету және демалатын ауаны жылыту

*Дұрыс тыныс алу стереотипін тұрақты формирленуі: тыныс алудың диафрагмальді түрі, өкпенің барлық бөлімінің толығымен қамтамасыз етілуі, форсирленгенсіз қоймалжың тыныс шығару

*Көмекші тыныс алу бұлшықеттерінің жұмысының төмендігі

*Экспекторацияның жеңілденуі

*Тыныс алу қорқынышымен күресу

Арудың бірінші күнінен-ақ әртүрлі респираторлы жаттығуларды қабылдау орынды және толығымен сауыққанға дейін.

Жаттығуды жалпы бекіту және физикалық жаттығуды реконваласцентті кезеңде береді, олар қаншалықты маңызды шара ретінде екіншілік алдын алу эффектісінде қамтамасыз етеді. Мүмкіндігінше физикалық жаттығуды мөлшерлеп 70-75 % субмаксимальді салмақ түсіреді. Салмақ түсіру тесті негізінде ЭКГ-ні, спирографияны және пульсоксиметрияны бақылай отырып жасайды.

Физикалық жаттығуға көбінесе рациональді әдіске жаяу жүру жатады.

Климатпен емдеу.

Климатпен емдеу емшарасы бірден – бір реабилитацияның жиынтық құрамы: реконваласцентті кезеңді пневмониямен ауырған науқастарға жүргізіліп, бейімделуі қабілетті. Реабилитацияның осылармен байланысын контрастсыз климаттық аймақта немесе уақыты 21 күннен кем емес құрғақ субтропикалық климатты курортқа, төмен таулы аймақ және орташа таулы аймақта немесе орман тәрізді жерлерге курортқа жіберіледі.

Пневмониямен ауыратын науқастарды гипоаллергиялық аймақта жүруі маңызды және климатпен емдеу емшарасының мөлшері күнге күйеу төмен болғаны шарт.

Климатпен емдеу әдісінде аэротерапияны қолданады: күндізгі және түнгі ауада ұйықтау (жылдың ыстық күндерінде), ауалы ванна, аз жүктемемен гелиотерапия.

Психотерапия.

Рациональді психотерапия психосоматикалық көз қарасты қалыптастырады, науқасты емдеу үрдісіне белсенді қатысуын, дұрыс тыныс алу стереотипін қалыптастыруға, реабилитациялық іс-шараларға қатысуын қамтамасыз етеді.

Амбулаторлы – поликлиникалық кезеңдегі медициналық реабилитация.

Пневмониядан кейінгі реконваласцентті реабилитацияның негізгі мақсаты, қазіргі кезде оның сақталуының ескертуінен тұрады, мақсимальді толық морфологиялық қамтамасыз етілуі және функциональді тыныс мүшелерінің биологиялық толық сауығуынан тұрады.

Амбулаторлы – поликлиникалық кезеңдегі реконваласцентті реабилитацияның жүргізілуі:

*Толық клиникалық сауығу кезінде және биологиялық сауығумен шынығуды қамтамасыз ету, шылым шегуді тоқтату керек.

*Қалып қалған қабыну өзгерістері кезінде респираторлы және аппаратты қабынуға қарсы физиотерапия қолданылады.

*Сақталып қалған обструкция кезінде ЕДШ, бронхтардың ингаляциялық муколитиктері, галотерапия, аэроионизациясы қолданылады.

*Астено-вегетативті бұзылыстар кезінде науқастарды емдеу жалпы және сегментті гальванизация, электросон, ЕДШ, галотерапия, аэроионизация, психотерапия жатады.

Реконваласценттерді пневмониямен ауырғаннан кейін, емханалық терапевтерде 6 айға дейін динамикалық диспансерде бақылауда тұрады, ал асқынған жағдайда 1 жыл немесе оданда көп уақыт тұрады. Олар шынығуға және шылым шегуді тоқтатуға мәжбүрлі. Терапевтер кеуде торын рентгенологиялық зерттеуді және анализді жылына 2 рет тексереді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Щегольков А.М. Оптимизация этапной медицинской реабилитации больных пневмонией. Автореф. дис. ... д-ра мед наук. - М.;2000-49с.
- 2 Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. - М.:2009. -1. – С. 55-59.
- 3 Клячкин Л.М. Принципы реабилитации больных бронхолегочными заболеваниями. Клини.мед. – 1992. – 2. – С. 105-109.
- 4 Малявин А.Г. Реабилитация больных с поражением бронхолегочной системы //Медицинская реабилитация (руководство) под ред. В.М. Боголюбова.- М.: 2007. - С.217-278

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

Резюме: Главная цель реабилитации реконвалесцентов после пневмонии на данном этапе состоит в предупреждении ее хронизации, обеспечении максимально полной морфологической и функциональной реституции органов дыхания, полноты биологического выздоровления. В ходе реабилитации больного, наряду с применением медикаментов, должны широко использоваться нелекарственные средства и методы лечения, в т.ч. респираторная и аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия, лечебная физкультура, массаж, физические тренировки и психотерапия. Таким образом, наблюдение больных в течение 3х месяцев перенесенной пневмонии выявлено положительная динамика: наступило полное выздоровление больных, что способствовало улучшению качества жизни.

Ключевое слово: пневмония, реабилитация, респираторная физиотерапия, аппаратная физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, психотерапия.

MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PNEUMONIA

Resume: The main purpose of rehabilitation of convalescents from pneumonia at this stage is to prevent its perpetuation, providing the most complete morphological and functional restitution respiratory complete biological recovery. During the rehabilitation of the patient, along with the use of drugs should be widely used non-pharmaceutical products and treatments, including and respiratory physiotherapy, physiotherapy, massage, physical therapy and exercise. Therefore, the observation of patients within 3 months of pneumonia showed a positive trend: was complete recovery of patients, improving quality of life.

Keyword: pneumonia, rehabilitation, including physiotherapy, respiratory physiotherapy, massage, physical therapy

УДК:616.24-002.155

**Д.К. САЙЛАНОВА, Г. БАЙДИШЕВА, Ф. ЕСЕНКАБЫЛОВА, А. КУМАР, А. ПУЛАТБАЕВА,
К. ХАМЗАЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА**

*Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова
Городская клиническая больница № 1*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОЙ С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ

Летальность при внебольничной пневмонии тяжелого течения у лиц молодого и среднего возраста остается высокой. Одним из грозных осложнений пневмонии является инфекционно-токсический шок. Воздействие инфекционных эндотоксинов на клеточные мембраны и компоненты свертывания крови приводит к полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: пневмония, инфекционно-токсический шок, микробные эндотоксины, гипоксия, гиперкапния

Летальность при внебольничной пневмонии оказывается наименьшей (1-3%) у лиц молодого и среднего возраста в случаях тяжелого течения пневмонии (1). Согласно классическим представлениям, инфекционно-токсический шок (ИТШ) является результатом воздействия микробных эндотоксинов (отсюда синоним эндотоксиновый шок) на клеточные мембраны, компоненты свертывания крови и комплемент (2).

Около трети больных, попадающих в отделения реанимационного профиля, составляют пациенты с ИТШ (1).

Описание клинического случая:

Больная Н. 1985 г/р, доставлена в приемный покой 1 ГКБ 07.02.13 г. 04.33 бригадой скорой помощи с диагнозом: Инфекционно-токсический шок. В приемном покое жалобы и анамнез собраны со слов мужа, так как больная находилась в бессознательном состоянии. Со слов мужа у больной было повышение температуры тела до 38,2, покраснение и высыпания на всем теле, затрудненное дыхание, одышка, чувство нехватки

воздуха, сильные боли в нижней конечности, потливость, общая слабость. Со слов мужа заболевание началось остро, когда повысилась температура тела до 38 градусов, 04.02.13 г вызвали участкового врача которой был выставлен диагноз: Трахеобронхит. Назначено лечение: кетотоп, даниган, обильное щелочное питье, парацетамол и лечение у невропатолога. 05.02.13 г., в 17.39 была вызвана бригада скорой помощи, которой был поставлен диагноз: Острый бронхит и больная оставлена дома с рекомендациями. В 06.02.13г, обратилась в мед.центр и сделано ОГК. После осмотра врача-невропатолога выставлен диагноз: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Грыжа дисков L4 – L5 – S1 справа? Корешковый компрессионный синдром. Назначено: мидокалм, мовалис, демотон, кетонал, теплое растирание, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Также осмотрена врачом терапевтом, и направила на госпитализацию с диагнозом: 2-х сторонняя пневмония. Больная отказалась от госпитализации. В тот же день больной доставлена в БСМП, где повторно сделана

рентгенография ОГК. Заключение: Пневмония 2-х сторонняя. Терапевтом было назначено амбулаторное лечение: цефазолин и амбро а также была направлена на консультацию к фтизиатру, который назначил анализ мокроты на БК, больной была сдана одна порция, результат отрицательный. 06.02.13 г. дома сделана инъекция цефазолина, в 02 часа повторная инъекция цефазолина, после которой состояние больной резко ухудшилось, вызвана скорая помощь. 07.02.13 г. в 03 часа 05 минут бригадой скорой помощи констатировано, что АД не определяется, ЧСС 120 в минуту, ЧД 20 в мин. Была вызвана БИТ, затем реанимационная бригада, которыми была оказана помощь: преднизолон 120 мг+60 мг+120 мг+60 мг, адреналин, дофамин, рефортан, стабизол, оксигенотерапия и больная была доставлена в приемный покой ГКБ № 1 на каталке в сопровождении реанимационной бригады скорой помощи. Больная осмотрена реаниматологом и госпитализирована в ОРИТ ГКБ №1. Состояние при поступлении в отд. реанимации крайне тяжелое за счет дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности. Больная без сознания, зрачки ОД=0,8, фотореакция вялая. Кожные покровы резко цианотичные, трофические изменения, нарушения микроциркуляции по всему телу. Дыхание поверхностное, частое, тахипное 30-32 в мин. В легких ослабленное дыхание, влажные хрипы с обеих сторон, сатурация кислорода 70-75 % с подачей кислорода, PO₂ 40,2мм.рт.ст.

На периферии АД, пульс не определяется. Язык цианотичный, сухой. Живот мягкий, вздут. Установлен мочевого катетер, моча насыщенная. Продолжена интенсивная терапия, больная переведена на ИВЛ. Проведена рентгенография ОГК. Заключение: 2-х сторонняя полисегментарная пневмония с отеком легких. 07.02.13 г. на фоне проводимой терапии дофамин, адреналин, преднизолон, кислородотерапия, и ИВЛ у больной произошла остановка сердца. Проведены реанимационные мероприятия, дефибриляция, без эффекта. В 06 час. 30 мин 07.02.13 г. констатирована биологическая смерть. Лабораторно-инструментальные данные: Общий анализ крови: умеренная лейкоцитоз, выраженная тромбоцитопения, ускоренная СОЭ (34мм/ч). Коагулограмма: признаки гиперкоагуляции (ПТИ 58%, ФБ 1,2г/л), положительные коагуляционные тесты (нафтоловый +++).

Биохимический анализ крови: гипопропротеинемия, азотемия, гиперферментемия, гипербилирубинемия), повышение активности КФК (6900М/Е). Анализ мочи: протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия. ОГК: Заключение: Двухсторонняя полисегментарная пневмония, с отеком легких.

Клинический диагноз: Внебольничная полисегментарная пневмония двухсторонняя, тяжелое течение осложненная экссудативным плевритом. ДНЗст. Отек легких. Инфекционно-токсический шок.

Патологоанатомический диагноз: Вирусно-бактериальная инфекция: катарально-десквамативный серозный трахеобронхит. Двухсторонняя тотальная сливная серозно-гнойно-геморрагическая пневмония с образованием абсцессов. Двухсторонний фибринозно-гнойный плеврит. Лимфаденит бифуркационных лимфатических узлов. Катарально-десквамативный гастроэнтероколит. Инфекционно-токсический шок: шоковое легкое, шоковая почка, венозное полнокровие внутренних органов, фокусы некоронарогенного повреждения миокарда, очаговые и диапедзные кровоизлияния в паренхиме внутренних органов, под слизистые и серозные оболочки. Представленный клинический случай характеризуется следующими особенностями:

1. При прогрессировании ИТШ нарастает снижение АД (ниже 60-мм.рт.ст) и увеличивается тахикардия.
2. Прекращается почечная фильтрация и существенно нарастает гипоксия почек. Уменьшается диурез, становится ниже 20 мл/ч. Признаком почечной недостаточности является увеличение содержания в крови мочевины и креатинина.
3. Резкое снижение РаО₂ (ниже 50 мм рт. ст.) обуславливает возникновение гипоксии/гиперкапнии.
4. В периферических сосудах развиваются последовательно сгущение крови, сладж-феномен и внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром). Вследствие прогрессирования ДВС-синдрома может появиться различная, чаще всего геморрагическая сыпь.(пятна)
5. Сладж и микротромбообразование еще больше ухудшают перфузию периферических органов и постепенно приводят к развитию ПОН (полиорганная недостаточность).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Цибилов Н.Н. Инфекционно-токсический шок: этиология, патогенез, диагностика, лечение. - ЧГМА, 2001.
2. Сильвестров В.П. Пневмония. - М.: «Медицина», 1987. - С. 95-111.

**Д.К. САЙЛАНОВА, Г. БАЙДИШЕВА, Ф. ЕСЕНҚАБЫЛОВА, А. ҚҰМАР, А. ПУЛАТБАЕВА,
К. ХАМЗАЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА**

ЖҰҚПАЛЫ-УЛЫ ШОКПЕН АСҚЫНҒАН ПНЕВМОНИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Ауруханадан тыс пневмонияның ауыр ағымы жастарда және орта жастағы адамдарда өлімге алып келер көрсеткіші жоғары. Пневмонияның ең қауіпті асқынуы болып жұқпалы-улы шок болып табылады. Инфекциялық эндотоксиндердің жасушалық мембраналар мен қанның ұюына қатысатын компоненттеріне өсер етуімен полиорганды жетіспеушілікке алып келеді.

Түйінді сөздер: пневмония, жұқпалы-улы шок, инфекциялық эндотоксиндер, гипоксия, гиперкапния

**D.K. SAYLANOVA, G. BAYDISHEVA, F. ESENKABYLOVA, A. KUMAR, A. PULATBAEVA,
K. KHAMZAYEV, N. KUDOBAYEVA**

**CASE PATIENTS WITH PNEUMONIA, COMPLICATIONS OF
INFECTIOUS-TOXIC SHOCK**

Resume: Mortality in severe community-acquired pneumonia in young and middle age is high. One of the serious complications of pneumonia is toxic shock. Exposure to infectious endotoxin on cell membranes and components of blood clotting leads to multiple organ failure.

Keywords: pneumonia, toxic shock, microbial endotoxins, hypoxia, hypercapnia.

М.А. НУРМАКОВА, А.Б. ӘЛИМҚОЖА, А.И. АМЕНОВ, Ж.А. СЕМБАЕВА
 Казахский национальный медицинский университет
 им. С.Д. Асфендиярова, Городской кардиологический центр

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

В настоящее время определяется рост частоты встречаемости сочетания артериальной гипертензии (АГ) с ХОБЛ. Сочетание этих нозологий способствуют их взаимному тяготению. При выборе антигипертензивных препаратов предпочтение необходимо отдавать препаратам, которые помимо стойкого антигипертензивного эффекта уменьшают обструкцию. Характер суточного профиля АД у 38 пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ имеет своеобразные особенности, заключающиеся в более высоких показателях нагрузки давлением, недостаточной степени ночного снижения АД по сравнению с больными из группы сравнения. 8-недельная терапия препаратом Лерканидипин позволила снизить системное АД. Результаты проведенного исследования доказывают эффективность и безопасность препарата Лерканидипин при лечении пожилых больных АГ в сочетании с ХОБЛ.

Артериальная гипертензия представляет собой наиболее распространенное заболевание в экономически развитых странах. В настоящее время определяется рост частоты встречаемости сочетания артериальной гипертензии (АГ) с ХОБЛ. При определении основных направлений антигипертензивной терапии больных АГ в сочетании с ХОБЛ необходим выбор лекарственного препарата, способного не только эффективно снижать АД, но и быть безопасным в отношении состояния функции внешнего дыхания. Большой интерес представляет изучение клинической эффективности антагонистов кальция, как препаратов, оказывающих надежное гипотензивное действие, способных улучшать бронхиальную проходимость и легочную гемодинамику, что особенно важно для больных пожилого и старческого возраста.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей суточного профиля АД у пациентов с АГ I-II степени, сочетающейся с ХОБЛ, а также оценка клинической эффективности препарата Лерканидипин.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 38 больных (26 мужчин и 12 женщин) АГ I-II степени в сочетании с ХОБЛ в фазе ремиссии. Средний возраст обследованных составил $67,3 \pm 5,1$ года. В группу сравнения включили 20 пациентов с АГ I-II ст., сопоставимых с больными основной группы по возрасту

(средний возраст $59,5 \pm 4,11$ лет) и не имеющие клинически значимой сопутствующей патологии.

За 2 недели до включения в исследование у всех больных прекращалась плановая гипотензивная терапия. СМАД осуществляли с помощью аппарата (BPLab, Нижний Новгород, Россия). Во время мониторинга соблюдались следующие интервалы: 15 минут – в дневное время суток (6 7.30-21.30), 30 минут – в ночное время суток (2.30-6.00). При анализе суточного профиля АД изучались показатели среднесуточного, дневного, ночного уровня систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) (мм рт. ст.): САДд – среднее САД за день; ДАДд – среднее ДАД за день; САДн – среднее САД за ночь; ДАДн – среднее ДАД за ночь. Вариабельность САД и ДАД (ВСАД и ВДАД) в указанные периоды мониторинга оценивалась по величине стандартного отклонения АД. В качестве показателя СМАД, характеризующего нагрузку давлением за сутки использовался индекс времени (ИВ) гипертензии, представляющий собой процент измерений систолического (ИВСАД) и/или диастолического (ИВДАД) АД, превышающих 140/90 мм рт. ст. днем и 120/80 мм рт. ст. ночью. Степень ночного снижения АД оценивали по величине показателя суточного индекса (СИ) АД – расчетного параметра СМАД, позволяющего оценить выраженность двухфазного ритма АД ("день/ночь"). СИ САД и СИ ДАД рассчитывали по формуле:

$$СИ\ САД = (САДд - САДн) \cdot 100\% / САДд; СИ\ ДАД = (ДАДд - ДАДн) \cdot 100\% / ДАДд.$$

Оценка антигипертензивной эффективности препарата Лерканидипин у лиц с АГ в сочетании с ХОБЛ заключалась в изучении влияния препарата Лерканидипин на показатели СМАД у этих пациентов. СМАД проводили дважды - за сутки до назначения первой дозы и в последние сутки лечения. Лерканидипин назначался в режиме монотерапии утром в дозе 10 мг однократно в течение 8 недель.

Результаты исследования.

Показатели СМАД у больных АГ в сочетании с ХОБЛ представлены в таблице 1. Среднесуточные уровни САД и ДАД у больных с АГ в сочетании с патологией органов дыхания не имели достоверных различий по сравнению с таковыми у лиц с АГ без наличия сопутствующих заболеваний. Показатели нагрузки давлением, определяемые по значениям индекса времени, оказались достоверно выше у пациентов с АГ и ХОБЛ.

Таблица 1 - Среднесуточные показатели СМАД у больных АГ в сочетании с ХОБЛ и пациентов с изолированной АГ

Показатели	Изолированная АГ	АГ с ХОБЛ
САД, мм рт. ст.	$152 \pm 7,24$	$156 \pm 7,13$
ДАД мм рт ст	$88,2 \pm 4,16$	$93,0 \pm 5,10$
ИВ САД, %	$56,3 \pm 3,42$	$80,1 \pm 5,88$ ***
ИВ ДАД, %	$40,5 \pm 3,20$	$62,3 \pm 4,35$ ***
ВСАД, мм рт. ст.	$13,3 \pm 1,01$	$15,2 \pm 1,08$
ВДАД, мм рт. ст.	$10,5 \pm 0,88$	$12,0 \pm 1,01$
СИ САД, %	$13,2 \pm 1,13$	$9,03 \pm 0,96$ *
СИ ДАД, %	$14,2 \pm 1,14$	$12,7 \pm 1,04$

Среднесуточные показатели ИВ САД и ИВ ДАД, у больных АГ в сочетании с ХОБЛ значительно превосходили таковые у лиц с изолированной АГ. У больных АГ в сочетании с бронхолегочной патологией наблюдалось уменьшение среднесуточного САД на 9,6 % и ДАД на 10,1 %, а у больных с изолированной АГ ИВ САД и ИВ ДАД уменьшились на 22,2 % и 22,9 %, соответственно.

В процессе терапии было отмечено снижение дневных величин САД на 11,6% ДАД на 10,4 %, Результаты исследования позволили установить, что для пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ характерен стабильный гипертензионный синдром.

Таблица 2 - Динамика среднесуточных и дневных показателей СМАД у больных АГ в сочетании с ХОБЛ при лечении препаратом Лерканидипин

Показатели СМАД	Исходные величины	Величины показателей через 8 недель лечения
Среднесуточные величины		
САД, мм рт. ст.	156 ± 7,13	141 ± 6,88
ДАД мм рт ст	93,0 ± 5,10	84,5 ± 4,67
ИВ САД, %	80,1 ± 5,88	62,4 ± 3,34 *
ИВ ДАД, %	62,3 ± 4,35	48,2 ± 3,13 *
ВСАД, мм рт. ст.	15,2 ± 1,08	14,3 ± 1,10
ВДАД, мм рт. ст.	12,0 ± 1,01	13,2 ± 1,01
СИ САД, %	9,03 ± 0,96	11,5 ± 0,92
СИ ДАД, %	12,7 ± 1,04	13,6 ± 1,04
Дневные величины		
САД, мм рт. ст.	164 ± 7,65	145 ± 6,35 *
ДАД мм рт ст	98,4 ± 4,78	86,0 ± 3,92 *
ИВ САД, %	88,2 ± 4,02	64,2 ± 3,56 **
ИВ ДАД, %	67,4 ± 3,76	48,4 ± 3,25 **
ВСАД, мм рт. ст.	14,8 ± 1,07	15,1 ± 1,10
ВДАД, мм рт. ст.	12,6 ± 1,01	13,5 ± 1,03

При СМАД, по нашим данным в течение 2-х месяцев лечения целевых цифр АД удалось достичь у 62% больных АГ в сочетании с ХОБЛ.

Заключение. В результате проведенного исследования выяснено, что характер суточного профиля АД у пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ имеет своеобразные особенности, заключающиеся в более высоких показателях нагрузки

давлением, недостаточной степенью ночного снижения АД по сравнению с больными из группы сравнения. 8-недельная терапия препаратом Лерканидипин позволила снизить системное АД, не ухудшая функцию внешнего дыхания. Результаты проведенного исследования доказывают эффективность и безопасность препарата Лерканидипин при лечении пожилых больных АГ в сочетании с ХОБЛ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Барсуков А.В. Роль суточного мониторирования артериального давления в клиническом профилировании пациентов с артериальной гипертензией // Мат. Пятой научно-практической конференции "Диагностика и лечение нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы". - М.: 2003. - С.146-150.
- 2 Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия (ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики и лечения). - М.: Б.И., 2001. – 208 с.
- 3 Федосеев Г.Б., Ровкина Е.И., Рудинский К.А., Филиппов А.А. Коррекция повышенного артериального давления антагонистами кальция у пациентов с бронхиальной астмой и хроническим бронхитом // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2002. - Т.4, №4. - С.35-37.
- 4 Шустов С.Б., Барсуков А.В. Артериальная гипертензия в таблицах и схемах. Диагностика и лечение. – СПб.: "Элби-СПб", 2002. – 96 с.
- 5 Барсуков А.В. Роль суточного мониторирования артериального давления в клиническом профилировании пациентов с артериальной гипертензией // Мат. Пятой научно-практической конференции "Диагностика и лечение нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы". - М.: 2003. - С.146-150.
- 6 Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия (ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики и лечения). - М.: Б.И., 2001. – 208 с.
- 7 Федосеев Г.Б., Ровкина Е.И., Рудинский К.А., Филиппов А.А. Коррекция повышенного артериального давления антагонистами кальция у пациентов с бронхиальной астмой и хроническим бронхитом // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2002. - Т.4, №4. - С.35-37.
- 8 Шустов С.Б., Барсуков А.В. Артериальная гипертензия в таблицах и схемах. Диагностика и лечение. – СПб.: "Элби-СПб", 2002. – 96 с.

Түйін: Қазіргі таңда артериялық гипертензияның (АГ) СӨА кездесу жиілігі жоғарылаған. Осы екі нозологияның бірігіп кездесуі бір-біріне кері әсерлерін тигізеді. Антигипертензивті дәрілік заттарды таңдағанда тек тұрақты артериялық қысымды ұстап тұруына ғана емес, сонымен қатар обструкцияны да басатын дәрілік заттарды таңдауымыз қажет. АГ мен СӨА қосарланған науқастарға тәуліктік монитор жасағанда 38 науқаста ерекше өзгерістер табылған. Салыстырмалы топтағы науқастарға қарағанда осы науқастардың АҚҚ түнгі уақытта жоғары болған. Лерканидипин препаратымен 8 апталық терапия жүргізу барысында АҚҚ жүйелі түрде төмендеуіне алып келді. Жүргізілген зерттеулердің нәтижесі Лерканидипин АГ мен СӨА қосарланған жүруі кезінде тиімді және қауіпсіз екендігіне көз жеткізеді.

M.A. NURMAKOV, A.B. ALIMKOZHA, A.I. AMENOV, J.A. SEMBAYEVA
S.J. Asfendiyarov Kazakh National Medical University
City Cardiologic Center

CIRCADIAN BLOOD PRESSURE PROFILE IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Resume: Now growth of frequency of occurrence of a combination of an arterial hypertension with chronic obstructively illness of lungs is defined. A combination of these diseases promote their mutual burdening. At a choice antihypertensive preparations the preference is necessary for giving preparations which besides proof hypotensive effect reduce obstruction. Character of a daily structure of arterial pressure at 36 patients with arterial hypertension in a combination to chronic obstructive illness of lungs has the original features consisting higher parameters of loading by pressure, an insufficient degree of night decrease arterial pressure in comparison from patients from group of comparison. 8-week therapy by preparation Nifecard XL has allowed to lower system arterial pressure. Results of carried out research prove efficiency and safety of preparation Nifecard XL at treatment of elderly patients with an arterial hypertension in a combination to chronic obstructive illness of lungs.

УДК: 615.03:616-008.6

Г.Р. СОРОКА, Т.А. ПАНИНА, Н.В. ДОЛГЕНКО

Рудненская городская поликлиника

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭЗОФАГИТА У ПОЖИЛЫХ

*В статье проведена сравнительная эффективность и переносимость трех ингибиторов протонной помпы, стандартно используемых в краткосрочной терапии эзофагитов у 101 пожилого пациента. Установлено, что пантопразол и рабепразол значительно более эффективны у пожилых пациентов, чем омепразол, в заживлении эзофагита и лучше и быстрее купируют симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Инфицирование *H. pylori* не оказывает влияния на коэффициент заживления эзофагита по результатам краткосрочного курса терапии ингибиторами протонной помпы.*

Ключевые слова: *пожилой возраст, эзофагит, ингибитор протонной помпы*

Пожилый возраст является значимым фактором риска развития серьезных эзофагитов [1], имеющих хроническое течение и сопровождающихся многочисленными жалобами. Клинические проявления эзофагита у пожилых пациентов существенно отличаются от таковых в молодом и зрелом возрасте. Действительно, пожилых пациентов значительно реже беспокоят классические симптомы, такие как изжога, отрыжка кислым и/или боль в эпигастрии. С возрастом гораздо чаще встречаются такие неспецифические симптомы, как отсутствие аппетита, снижение массы тела, анемия и/или рвота [2]. Вследствие этого диагноз рефлюкс-эзофагита может быть пропущен у пожилых людей, также у значительного числа пациентов заболевание может протекать субклинически.

Лечение эзофагита основано на подавлении продукции соляной кислоты с помощью антисекреторных препаратов. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются широко используемой группой препаратов, и их эффективность и безопасность продемонстрирована у пациентов пожилого возраста в разных исследованиях [3]. На современном рынке представлены 5 ИПП: омепразол, лансопразол, рабепразол, пантопразол и эзомепразол. В доступной литературе имеются публикации, оценивающие различия фармакокинетики и фармакодинамики этих препаратов в зависимости от возраста пациентов [4]. Однако неизвестно, связаны ли эти особенности с клиническим (т.е. заживляющим) эффектом и/или лишь купированием симптомов, особенно в силу описанных выше причин это трудно выявить у пожилых пациентов.

Цель исследования - сравнение клинической эффективности и переносимости трех ИПП при краткосрочном курсе терапии эзофагита у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось как открытое многоцентровое рандомизированное, включающее пожилых пациентов, которым для верификации диагноза проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Исследование выполнено согласно Хельсинской декларации и стандартам GSP (хорошей клинической практике). Критерии включения в исследование: возраст старше 65 лет; эндоскопически верифицированный диагноз эзофагита согласно классификации Савари-Миллера [1]. Критерии исключения: наличие синдрома Золлингера-Эллисона в анамнезе; пилорический стеноз; наличие в анамнезе оперативных вмешательств на пищеводе и/или в желудочно-кишечном тракте - ЖКТ (исключая аппендэктомию и холецистэктомию); наличие злокачественных новообразований ЖКТ. Также в исследование не включали пациентов, получающих антациды, сукральфат, прокинетики, H₂-блокаторы гистамина и/или ИПП более чем 7 дней в течение 4 нед перед началом исследования.

Во время 1-го визита фиксировались демографические показатели, собирался анамнез, выяснялись клинические симптомы, применение нестероидных

противовоспалительных (НПВП) и антисекреторных препаратов. Если данные пациента соответствовали условиям исследования, то пациенту выполнялась ЭГДС для диагностики острого эзофагита (основной критерий включения в исследование). После 2-месячного лечения проводилась повторная ЭГДС для оценки заживления эзофагита и эффективности терапии. Во время проведения курса лечения у всех пациентов фиксировались побочные эффекты. Побочные эффекты были градированы исследователем как «несвязанные», «вряд ли связанные», «возможно связанные», или «вероятно связанные» с лечением.

Рефлюкс-эзофагит был эндоскопически верифицирован при наличии эпителиального дефекта согласно классификации Савари-Миллера [1], включающей в себя 4 степени: не сливающиеся эрозии; сливающиеся эрозии; повреждение, распространяющееся на всю окружность нижней трети пищевода; глубокая язва или эзофагит с осложнениями (стеноз и/или кровотечение).

Во время эндоскопического исследования у пациентов были взяты 6 биоптатов: 3 из антрального отдела и 3 из тела желудка. Два антральных биоптата и 2 желудочных были использованы для гистологического анализа. Для гистологического исследования биоптаты немедленно фиксировали в буферизованном нейтральном формалине и помещали в парафин. Для диагностики *H. pylori* препараты окрашивали гематоксилином и эозином и модифицировали по Гимзе. Уровень инфицированности был оценен согласно Сиднейской классификации [5]. Пациентов считали не инфицированными *H. pylori*, если данные гистологии были отрицательными; пациенты считались инфицированными *H. pylori*, если гистология была положительной [5].

Симптомы были оценены во время структурированного интервью. У пациентов были выяснены основные симптомы, т.е. наличие отрыжки кислым, изжоги, и другие признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), включая и патогномичные для пациентов пожилого возраста: боль в эпигастрии, дисфагию, рвоту и анемию (потеря ≥ 3 г гемоглобина за последние 3 мес). Симптомы отмечались как отсутствующий/существующий.

Пациенты, включенные в исследование, были разделены на 3 группы в зависимости от ИПП, принимаемого в течение 2 мес: омепразол (20 мг/сут), пантопразол (Контролок) 40 мг/сут и рабепразол (Париед) 20 мг/сут. Все ИПП принимались утром натощак перед завтраком. Пациентам, инфицированным *H. pylori*, были назначены ИПП и 2 антибиотика: амоксициллин 1 г 2 раза в день и кларитромицин 250 мг 2 раза в день или метронидазол 250 мг 4 раза в день ежедневно в течение 7 дней [2].

Статистический анализ был выполнен посредством «SPSS. 13». Результаты оценивали с использованием обоих видов анализа - «per protocol» (PP) и «intention-to-treat» (ITT), а также 95% доверительных интервалов (95% CI). ITT-сообщество определяли как всех первоначально

зарегистрированных пациентов, получивших в ходе исследования одну дозу препарата. Статистический анализ выполняли с использованием точного теста (связь коэффициента заживления с инфицированием *H. pylori* и наличием симптоматики). Статистически достоверное значение определено как $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследование были включены 101 пациент пожилого возраста (45 мужчин, 56 женщин) от 65 до 93 лет (средний возраст $77,4 \pm 7,9$ года) с эндоскопически верифицированным диагнозом «острый эзофагит» I–IV степени согласно классификации Савари–Миллера. Из всех пациентов, закончивших исследование, у 71 эзофагит был полностью излечен, и только у 30 пациентов не было зафиксировано заживления эзофагита. Общий РР- и ИТТ-коэффициенты заживления эзофагита составили 90% (95% CI 86,6–93,4) и 84,7% (95% CI 80,7–88,6) соответственно.

В зависимости от применяемого ИПП, РР- и ИТТ-коэффициенты заживления эзофагита были следующими: омепразол 81 и 75%, пантопризол 93,5% ($p=0,04$ по сравнению с омепразолом) и 90% ($p=0,02$ по сравнению с омепразолом), рабепразол 94,6% ($p=0,02$ по сравнению с омепразолом) и 88,8% ($p=0,04$ по сравнению с омепразолом) соответственно.

В зависимости от степени эзофагита значительно более низкий коэффициент заживления наблюдался у пациентов с I степенью эзофагита в группе омепразола по сравнению с пациентами, получившими пантопризол или рабепразол (коэффициент заживления 81,8% против 100% и 100% соответственно; $p=0,012$).

Омепразол был менее эффективен по сравнению с остальными 2 ИПП также у пациентов со II степенью эзофагита (коэффициент заживления 81,8% против 96,5, 90 и 95,8% соответственно), чем пантопризол и рабепразол при III–IV степени эзофагита (коэффициент заживления 78,9% против 94,1 и 84,6% соответственно; возможно, учитывая небольшое количество пациентов с III–IV степенью эзофагита, данные могут быть статистически недостоверны).

Согласно данным исследования 66 (65,3%) из 101 пациента были инфицированы *H. pylori*. Следует отметить, что различий в коэффициенте заживления между *H. pylori*-позитивными и *H. pylori*-негативными пациентами не выявлено (90,4% по сравнению с 89%). Через 2 мес 79,2% пациентов, получивших в течение 7 дней тройную терапию с целью эрадикации, оказались *H. pylori*-негативными, тогда как 20,7% пациентов остались инфицированными. Достоверных различий в коэффициенте заживления эзофагита между пациентами с успешной и неудачной эрадикацией не выявлено (пациенты с успешно проведенной эрадикацией *H. pylori* по сравнению с инфицированными после эрадикации составили 89,9% против 92,3%).

Через 2 мес терапии ИПП выявлена значительная редукция симптоматики эзофагита по сравнению с первоначальными данными, причем эта тенденция отмечалась как у излеченных пациентов, согласно данным эндоскопии, так и неизлеченных. Исчезновение изжоги отмечали существенно больше излеченных пациентов (индекс исчезновения изжоги 96,7% по сравнению с 80%, $p=0,001$), остальные симптомы были купированы одинаково у излеченных и неизлеченных пациентов. Рейтинг исчезновения симптомов в 3-х исследовательских группах (омепразол, пантопризол и рабепразол) был следующим: 86,9, 100 и 100% для изжоги; 100, 92,9 и 90,1% для кислотной регургитации; 95,9, 92,2 и 100% для боли в пищеводе соответственно. Сравнение между 3 ИПП демонстрирует, что пантопризол и рабепразол были более эффективны, чем омепразол (100% против 86,9% и 100% против 86,9% соответственно; $p < 0,05$) в купировании изжоги.

Все 3 ИПП, используемые в исследовании, характеризовались хорошей переносимостью. Побочные эффекты зарегистрированы только у 1 (1,3%) пациента: уртикарная сыпь, глоссит, тошнота и головная боль. 1 пациент вынужден был прервать курс лечения из-за возникших нежелательных эффектов. Не зарегистрировано статистически значимых различий в возникновении побочных эффектов среди пациентов, получавших разные ИПП. Это исследование продемонстрировало, что применение ИПП в течение 2 мес является достаточно эффективным для лечения острых эзофагитов у пациентов старше 65 лет.

Общий ИТТ- и РР-коэффициент заживления составили 84,7 и 90% соответственно. Эти данные сопоставимы с результатами предыдущих двойных слепых исследований, выполненных у пациентов, не рандомизированных по возрасту, получавших омепразол 20 мг ежедневно [6], пантопризол 40 мг ежедневно [7] или рабепразол 20 мг ежедневно в течение 8 нед [8].

В настоящем исследовании у пожилых пациентов пантопризол и рабепразол оказались значительно более эффективными в заживлении эзофагитов, чем омепразол. Кроме того, пантопризол и рабепразол полноценнее, чем омепразол, купировали изжогу и такие симптомы, как кислотная регургитация и эпигастральная боль.

Ранее проведенные исследования были сосредоточены на потенциальных несоответствиях в эффективности разных ИПП, используемых для лечения рефлюкс-эзофагита. Имеются сообщения о том, что различия кислотно-ингибирующего эффекта 3 ИПП основаны на различиях эквивалентной молекулярной дозы.

Тем не менее, клинических исследований, способных подтвердить или опровергнуть разную эффективность разных классов ИПП в заживлении эзофагитов и/или купировании симптомов, явно недостаточно. Метаанализ 38 исследований, оценивающий терапию острых эзофагитов, свидетельствовал о том, что ИПП превосходили ранитидин и плацебо в заживлении эрозивных эзофагитов без значимых различий в эффективности между омепразолом 20 мг ежедневно, или пантопризолом 40 мг ежедневно, или рабепразолом 20 мг ежедневно [9]. В другом исследовании, включавшем метаанализ, также нет данных о различиях в коэффициенте заживления между стандартными дозами пантопризола, рабепразола и омепразола [10]. Метаанализ, объединивший 11 исследований с 23 терапевтическими схемами 2-месячной терапии, проведенный сравнительно недавно, показал, что нет существенного различия в коэффициенте заживления эзофагита между омепразолом 20 мг ежедневно ($n=3137$ пациентов, общий коэффициент заживления 84,5%) и другими ИПП, включая пантопризол, рабепразол и эзомепразол в стандартных дозах ($n=3397$ пациентов, общий коэффициент заживления 89,4%) [10].

Следует отметить, что ни одно из исследований, входивших в эти метаанализы, не было выполнено избирательно у пожилых пациентов. Почему пантопризол и рабепразол показали себя более эффективными, чем омепразол, в заживлении эзофагитов и в купировании симптомов ГЭРБ у пожилых пациентов до конца не ясно. Имеется предположение о том, что у омепразола есть больший потенциал для взаимодействий с другими препаратами, так как он имеет высокую аффинность к цитохрому CYP2C19 и низкую аффинность к цитохрому CYP3A4, в то время как пантопризол и, возможно, рабепразол имеют гораздо более низкий потенциал для взаимодействий с другими препаратами [9].

Данные исследования не могут подтвердить эту гипотезу, так как в ходе исследования не было собрано соответствующей информации о взаимодействии препаратов, за исключением НПВП и аспирина. В этом плане

интересны результаты многоцентрового исследования, выполненного у 164 пожилых пациентов с эзофагитом, которое продемонстрировало высокую эффективность пантопризола в дозе 40 мг/сут при 2-месячном курсе лечения в заживлении рефлюкс-эзофагитов (81,1 и 93,7% ПТ-и РР-анализа соответственно), несмотря на то, что большинство (76,2%) пациентов получали другие препараты для терапии сопутствующих заболеваний [10].

Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований у пациентов с рефлюкс-эзофагитом показал, что эзомепразол продемонстрировал более высокий коэффициент заживления при проведении краткосрочных курсов терапии по сравнению с другими ИПП в стандартных дозах [2, 5].

В доступной литературе не встретили сообщений о сравнении рабепразола 20 мг с эзомепразолом 40 мг. В то же время имеются два исследования, включенные в метаанализ, в которых сравнивали пантопризол 40 мг ежедневно с эзомепразолом 40 мг ежедневно. Эти исследования не выявили различий в коэффициенте заживления при сравнении этих схем лечения, оба исследования проводились у пациентов с умеренно выраженными эзофагитами (степень В и С по Лос-Анджелесской классификации; данные недостоверны, коэффициент заживления у пантопризола 83,2% против 80,7% у эзомепразола) [2] и в подгруппе из 550 пациентов в

возрасте 65 лет и старше, включенных в большое многоцентровое исследование EXPO (коэффициент заживления у пантопризола 87,4% против 90,4% у эзомепразола) [3]. Изучение эзомепразола в рамках данного исследования не проводили.

По данным данного исследования, инфекция *H. pylori* не оказывала влияния на эффект краткосрочного курса терапии ИПП. В этом данные совпадают с результатами предыдущих исследований, проведенных у пожилых пациентов, показывающими, что инфекция *H. pylori* не играет отрицательной роли в заживлении эзофагита и при этом не усугубляет симптомы ГЭРБ при 2-месячном наблюдении [4]. Также из результатов исследования становится очевидным, что эрадикация *H. pylori* не влияет на эффективность лечения эзофагита в течение 2 мес терапии ИПП. Это соответствует данным проведенного недавно многоцентрового рандомизированного исследования с участием пожилых пациентов [5].

В заключение хочется отметить, что ИПП являются эффективными и хорошо переносимыми препаратами при лечении ГЭРБ у пожилых пациентов. Пантопризол и рабепразол значительно более эффективны, чем омепразол, в заживлении эзофагита и купировании симптомов ГЭРБ. Наличие или отсутствие инфекции *H. pylori* не оказывает влияние на заживлении эзофагита при краткосрочном курсе терапии ИПП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Pilotto A, Franceschi M, Leandro G. et al. Comparison of four proton pump inhibitors for the short-term treatment of esophagitis in elderly patients // *World J Gastroenterol.* - 2007 Sep. – 7. - 13(33). – P. 4467-72.
- 2 Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Васнев О.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* - 2010. - № 12. - С. 10-16.
- 3 Бушнева И.Г. Об особенностях лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // *Клиническая геронтология.* - 2010. - Т.16. - №9-10. - С. 14а-15.
- 4 Буриков М.А., Шульгин О.В. Особенности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пожилых пациентов // *Успехи геронтологии.* - 2013. - Т. 26. - № 1. - С. 172-175.
- 5 Звенигородская Л.А., Чурикова А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых больных // *Фарматека.* - 2012. - № 10. - С. 23-25.
- 6 Маев И.В., Гончаренко А.Ю., Кучерявый Ю.А. Эффективность монотерапии омепразолом и рабепразолом у больных эрозивным рефлюкс-эзофагитом в пожилом возрасте // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* - 2007. - № 2. - С. 31-36.
- 7 Бордин Д.С. Безопасность лечения как критерий выбора ингибитора протонной помпы больному гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // *Медицинские новости.* - 2011. - № 4. - С. 28а-32.
- 8 Poh CH, Navarro-Rodríguez T. Review: treatment of gastroesophageal reflux disease in the elderly // *Am J Med.* - 2010 Jun. - 123(6). – P. 496-501.
- 9 Ramirez FC. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in the elderly // *Cleve Clin J Med.* – 2000 Oct. - 67(10). – P. 755-66.
- 10 Lindam A, Jansson C, Nordenstedt H, Pedersen NL, Lagergren J. A population-based study of gastroesophageal reflux disease and sleep problems in elderly twins // *PLoS One.* – 2012. - 7(10). - e48602.

ЕГДЕ АДАМДАРДЫҢ ЭЗОФАГИТІН ЕМДЕУДЕГІ ПРОТОН ПОМПАСЫНЫҢ ИНГИБИТОРЛАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІНЕ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Түйін: Мақалада протон помпасының үш ингибиторларының салыстырмалы тиімділігі мен төзімділігі жүргізілген, ол өдетте 101 егде жастағы науқаста эзофагиттерді қысқа мерзімде емдеуде қолданылған. Пантопризол мен рабепразолдың егде адамдарда эзофагитті емдеудегі омепразолға қарағанда едәуір тиімді екендігі анықталды. Өсі ол гастроэзофагеальді рефлюкс ауруының симптомын жылдам ырақ тоқтатады.

Түйінді сөздер: егде жас, өңештің қабынуы, протон помпасының ингибиторы

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF INHIBITORS OF THE PROTON PUMP IN ESOPHAGITIS TREATMENT AT THE ELDERLY

Resume: In article comparative efficiency and an acceptability of three inhibitors of the proton pump which is standard used in short-term therapy of esophagitis at 101 elderly patients is carried out. It is established that pantoprazole and rabeprazole are much more effective at elderly patients, than omeprazole, in an esophagitis adhesion better and quicker stop symptoms of gastroesophageal reflux disease. The becoming infected of *H. pylori* has no impact on coefficient of an adhesion of an esophagitis by results of a short-term course of therapy of inhibitors of proton pump.

Keywords: advanced age, esophagitis, inhibitor of a proton pump

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ЛОЗАРТАНА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ДИУРЕТИКОМ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Проведена оценка длительной терапии лозартаном (одним и в комбинации с гидрохлортиазидом) и амлодипином в лечении артериальной гипертензии. При сопоставимом антигипертензивном эффекте терапия лозартаном и его комбинацией с гидрохлортиазидом превосходит амлодипин в отношении регресса гипертрофии, улучшении геометрии и диастолической функции левого желудочка, что подтверждает наличие у лозартана дополнительных кардиопротективных свойств.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, блокаторы рецепторов к ангиотензину.

Современные требования к антигипертензивной терапии включают в себя не только нормализацию АД, но и обеспечение органопротективного действия [1]. В последних Европейских рекомендациях по АГ [2] указано, что иАПФ и антагонисты АТ1 рецепторов ангиотензина II (АРА), возможно, более эффективны в отношении регресса гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) [3], в том числе за счет воздействия на развитие миокардиального фиброза [4]. Для дигидропиридиновых АК в последних рекомендациях сохранились все показания (изолированная систолическая АГ, пожилой возраст, стенокардия, атеросклероз периферических артерий, беременность) и добавилось новое - ГЛЖ. При наличии у больного ГЛЖ врач с равным основанием может выбрать и назначить иАПФ, АРА и дигидропиридиновые антагонисты кальция [5]. Однако в настоящее время нет данных сравнительных исследований о влиянии АРА и АК на регресс ГЛЖ.

Цель исследования - изучить влияние длительной терапии лозартаном и его комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТ) в лечении больных АГ.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 52 больных АГ I-II ст. с ГЛЖ по данным ЭХО-КГ (25 женщин и 27 мужчин, средний возраст 52,7±1,2 года). Критерии исключения: вторичные формы АГ, острое нарушение мозгового кровообращения, ИБС, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, заболевания почек, нарушение функции печени, ангионевротический отек в анамнезе. Больные распределены в две группы: группа лозартана - 34 больных, 17 из которых из-за недостаточной эффективности монотерапии лозартаном в дозе 50 или 100 мг/сут в течение 4-х нед были переведены на прием комбинированного препарата, содержащего 50 мг лозартана и 12,5 мг ГХТ; группу амлодипина - 18 больных, 10 из которых через 4 нед терапии из-за недостаточного антигипертензивного эффекта доза амлодипина была увеличена с 5 до 10 мг. Исследуемые препараты пациенты принимали утром в одно и тоже время. Группы больных были сопоставимы по большинству исходных показателей.

Оценка структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ проводилась методом эхокардиографии (Эхо-КГ) с определением размеров полостей, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки (ТЗС) ЛЖ. Массу миокарда ЛЖ рассчитывали по формуле и индексировали к площади поверхности тела (ИММЛЖ, г/м²). За ГЛЖ принимались ИММЛЖ > 100 г/м² у женщин и > 120 г/м² у мужчин. Ремоделирование ЛЖ оценивали по относительной толщине стенок (ОТС) ЛЖ - отношению суммы ТМЖП и ТЗС к конечно-диастолическому размеру (КДР) ЛЖ. За норму считали показатель ОТС < 0,45. Выделяли следующие виды ремоделирования:

концентрическое ремоделирование: нормальный индекс ИММЛЖ и ОТС > 0,45; концентрическая гипертрофия: увеличение ИММЛЖ и ОТС > 0,45; эксцентрическая гипертрофия: увеличение ИММЛЖ при нормальной ОТС. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета компьютерных программ Statistica 5.5 for Windows. При проведении параметрического анализа использовались t-критерий Стьюдента. Результаты представлены в виде М±т, различия считались достоверными при p < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе влияния монотерапии лозартаном в дозе 50 мг/сут на уровень АД выявлено статистически значимое снижение САД на 15,1±2,4 мм рт.ст. (p < 0,001), ДАД на 8,9±1,7 мм рт.ст. (p < 0,001). Нормализация АД произошла у 50% больных. При недостаточном снижении АД на фоне монотерапии лозартаном эффект последнего усиливался при добавлении ГХТ, что увеличило число больных, достигших нормализации АД с 50 до 75%. Анализ влияния монотерапии амлодипином (средняя доза 8 мг/сут) у 15 больных выявил снижение АД на 24,1 ± 3,6/15,2 ± 2,3 мм рт.ст., (p < 0,01) и его нормализацию у 9 из 15 больных (60%). Таким образом, под действием монотерапии лозартаном, его комбинации с ГХТ и монотерапии амлодипином произошло существенное снижение САД и ДАД, что показала сходную антигипертензивную эффективность двух типов терапии. Монотерапия лозартаном и его комбинацией с ГХТ привела к достоверному уменьшению ИММЛЖ, ТМЖП и ТЗС ЛЖ, КДР ЛЖ, что сопровождалось уменьшением ОТС ЛЖ и улучшением его геометрии. Снижение ИММЛЖ происходило за счёт уменьшения толщины как ЗС ЛЖ (p < 0,01), так и МЖП (p < 0,05). Таким образом, терапия лозартаном и его комбинацией с ГХТ привела к регрессу ГЛЖ у всех больных, нормализации геометрии ЛЖ - у 33% больных. Из 24 больных с концентрической ГЛЖ у 25% больных произошла нормализация ИММЛЖ и геометрии ЛЖ, у 17% больных ГЛЖ стала эксцентрической, у 4% - перешла в концентрическое ремоделирование, у 54% - осталась без изменений. Из 9 больных с исходной эксцентрической ГЛЖ у 56% больных произошла нормализация ИММЛЖ и геометрии ЛЖ, у 11% - перешла в концентрическое ремоделирование, у 33% - осталась без изменений. Не выявлено зависимости между уменьшением ИММЛЖ и снижением АД.

Терапия амлодипином привела к достоверному уменьшению ТЗС и ИММЛЖ. Уменьшение ИММЛЖ произошло у 13 больных (86,7%), из них у 26,7% - более чем на 10% (преимущественно за счёт уменьшения КДР). Уменьшение ОТС выявлено у 10 больных, увеличение - у 5 больных, нормализация ИММЛЖ и геометрии ЛЖ - у 3. При корреляционном анализе динамики ИММЛЖ на

фоне терапии амлодипином выявлена её связь с уменьшением КДР ($p < 0,0001$). Таким образом, терапия амлодипином привела к регрессу ГЛЖ преимущественно за счёт уменьшения КДР, что не сопровождалось нормализацией геометрии ЛЖ.

При сравнительном анализе структурно-функциональных изменений миокарда ЛЖ на фоне различных типов терапии было выявлено, что терапия лозартаном и его комбинация с ГХТ в большей степени уменьшали ИММЛЖ (12,0% против 6,7%; $p < 0,01$), относительную толщину стенок, чем терапия амлодипином. Таким образом, терапия лозартаном оказывала более выраженный кардиопротективный эффект, чем терапия амлодипином.

Единственный побочный эффект, потребовавший отмены препарата, состоял в появлении выраженных отёков голеней и кожного зуда на 8-й день приёма 5 мг амлодипина. У другого больного отмечалось появление слабости, чувства жара и головной боли через 2 ч после

приёма амлодипина в течение 3-х недель, которые постепенно уменьшались и не требовали прекращения терапии. На фоне приёма лозартана и комбинации лозартана с ГХТ побочных эффектов не наблюдалось.

Отсутствие корреляционной зависимости между регрессом ГЛЖ и динамикой АД в данном исследовании позволяет сделать вывод, что лозартан специфически воздействует на факторы, участвующие в развитии ремоделирования сердца при АГ, в том числе на его нейрогуморальное звено.

Таким образом, при сопоставимом антигипертензивном эффекте терапия лозартаном и его комбинацией с ГХТ превосходит амлодипин в отношении регресса гипертрофии, улучшения геометрии и диастолической функции ЛЖ, что подтверждает наличие у лозартана дополнительных кардиопротективных свойств за счет блокады активности ренин - ангиотензиновой системы и, возможно, других эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Карпов Ю.А. Пересмотр Европейских рекомендаций по артериальной гипертензии 2009 г.: предпочтительные комбинации антигипертензивных препаратов // Русский медицинский журнал, 2010. - Т. 18. - № 6. - С. 325-331.
- 2 Фомин В.В. Перспективы применения блокаторов рецепторов ангиотензина II // Системные гипертензии, 2009. - № 2. - С. 38-43.
- 3 Ершова Е.К. Блокаторы АТ1-ангиотензиновых рецепторов в лечении артериальной гипертензии: в фокусе – лозартан // РМЖ, 2010. - Т.18. - №3. - С.149-152
- 4 Селиванова Г.Б., Жалсараев Т.Ж. Антигипертензивная терапия на основе антагонистов рецепторов ангиотензина. история и перспективы // Артериальная гипертензия, 2011. - Т. 17. - № 1. - С. 5-9.
- 5 Greve AM, Olsen MH, Bella JN, Lønbakken MT. et al. Contrasting hemodynamic mechanisms of losartan- vs. atenolol-based antihypertensive treatment: a LIFE study // Am J Hypertens, 2012 Sep. - 25(9). – P. 1017-1023.

Г.Р. СОРОКА

РЕЦЕПТОРЛАР БЛОКАТОРЫ АНГИОТЕНЗИН II ЛОЗАРТАНДЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ КОМБИНАЦИЯСЫН ДИУРЕТИКПЕН АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТОНИАНЫ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ

Түйін: Артериялық гипертонияны емдеуде лозартанмен (жеке және гидрохлортиазидпен араластырып) және амлодипинмен ұзақ емдеудің бағасы беріліп отыр. Салыстырылып отырған антигипертензивтік әсер кезінде лозартанмен және оның гидрохлортиазидпен комбинациясымен емдеу гипертрофия регресі, сол жақ қарыншаның геометриясының және диастоалалық қызметінің жақсаруы жағынан амлодипиннен де тиімді болады, бұл лозортанда қосымша кардиопротективті қасиеттердің бар екенін растайды.

Түйінді сөздер: артериялық гипертония, сол қарыншаның гипертрофиясы, ангиотензинге рецепторларының блокаторы.

G.R. SORROKA

APPLICATION OF A BLOCKER OF RECEPTORS OF ANGIOTENSIN II LOSARTAN AND ITS COMBINATIONS WITH A DIURETIC IN TREATMENT OF AN ARTERIAL HYPERTENSION

Resume: In research it is established that at comparable anti-hypertensive effect therapy losartan and its combination with hydrochlorothiazide surpasses amlodipine concerning retrogress of a hypertrophy, improvement of geometry of a left ventricle that confirms existence at losartan additional cardio protective properties at the expense of activity blockade a renin-angiotensin system and, probably, other effects. Losartan specifically influences the factors participating in development of remodeling of heart at arterial hypertension, including its neurohumoral link.

Keywords: arterial hypertension, hypertrophy of a left ventricle, blockers of receptors to an angiotensin.

УДК: 616.12 - 008.331.1:577.121:615.222:615.015.154

Э.Р. ЕРЕНЧИНА, Е. САХАБУТДИНОВА, Г. БАШИРОВА, А. СЕРЕКБАЙ, М. ИЕМБЕРДЫ,
О. ЛЕВТЕРОВА, С. ШАЖИРОВА, А. МУРАТБЕКОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Асфендиярова, №16 ГП, г. Алматы

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

На аппарате «Астрокард» в ГКП № 16 было обследовано 12 человек. АГ I степени было выявлено у 8,3 % пациентов, АГ II степени – у 33,3 %, АГ III степени – у 58,3%. Оптимальная ЧСС в дневное время была зарегистрирована у 58,2% обследованных, тахикардия отмечалась у 25% обследованных, брадикардия отмечалась у 16,6%. С помощью методики СМАД была уточнена степень АГ и назначена адекватная терапия обследуемым, что является профилактикой возможных осложнений АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, СМАД методика

За последние десять лет метод суточного мониторинга артериального давления (СМАД) получил существенное развитие. Амбулаторное суточное мониторирование артериального давления (АД) является одним из крупнейших достижений в кардиологии и в настоящее время все шире применяется в практическом здравоохранении.

В ряде продолжительных исследований было показано, что данные СМАД являются более чувствительными предикторами сердечно-сосудистых исходов при артериальной гипертензии (АГ), чем данные традиционных измерений. Данные этих исследований стали основным аргументом в пользу включения СМАД в обязательное обследование больных АГ.

Цель работы:

1. Овладение методикой проведения суточного мониторирования артериального давления и анализ полученных данных.

Задачи работы:

1. Диагностика у пациентов гипертонических состояний (не диагностированных);
2. Уточнение стадии АГ у диспансерных больных;
3. Статистическая обработка некоторых показателей СМАД;

Материалы и методы:

Исследование проводилось на аппарате СМАД - Астрокард (Россия). Было обследовано 12 пациентов в городской клинической поликлинике (ГКП) № 16, из них 10 женщин (83,3 %), 2 мужчин (16,6 %).

По возрасту пациенты распределились следующим образом:

- от 30 до 50 лет - 16,6%;
- от 51 до 70 лет - 49,9%;
- старше 71 года - 33,3 %.

Индивидуальное аппаратное измерение длилось в среднем 24 часа и составляло 27 + 2 измерений/сутки. Датчики аппарата накладывались и снимались в условиях 16 ГКП.

Пациентам была разъяснена суть методики СМАД, правила поведения в течение суток, в том числе пациенты вели "дневник событий", где указывали точное время: приемов пищи, периодов сна и покоя, приема лекарственных препаратов, периодов физической активности. В случаях субъективного ухудшения самочувствия или при наличии стрессовой ситуации пациенты так же фиксировали характер ощущений с указанием даты и времени.

У обследованных пациентов было выявлено:

- артериальная гипертензия I степени - 8,3 %;
- артериальная гипертензия II степени - 33,3 %;

- артериальная гипертензия III степени - 58,3 %.

Оптимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) в дневное время была зарегистрирована у 58,2% обследованных (41,6% составили женщин и 16,6% - мужчины).

Тахикардия в дневное время отмечалась у 25% обследованных (у женщин);

Брадикардия в дневное время отмечалась у 16,6% обследованных (у женщин).

В ночное время отмечались уже другие показатели:

60-80 уд/мин в ночное время отмечалось у 41,6% обследованных (у женщин);

свыше 80 уд/мин в ночное время не отмечалось ни у одного из обследуемых;

менее 60 уд/мин в ночное время отмечалось у 58,2 % обследованных (41,6% составили женщин и 16,6% - мужчины).

В физиологических условиях у большинства здоровых людей в ночное время происходит снижение артериального давления на 10-20% по сравнению с дневными показателями. Для оценки суточного ритма АД используют показатель степени ночного снижения АД (СНСАД). Он отражает разницу между средними значениями АД в дневное и ночное время.

Пациентов с суточным индексом 10-20% называют дипперами (dippers). У них регистрируется профиль артериального давления с углублением в ночные часы, имеющим вид ковша. В нашем исследовании они составили 75 % (из них - 66,6% женщины, 8,3% - мужчины).

Реже встречаются больные, у которых артериальное давление ночью снижается меньше или не снижается совсем. Они относятся к категории «нон-дипперов» (non-dippers). Суточный индекс при этом менее 10% и внешняя форма профиля без ночного углубления. В нашем исследовании данная группа представлена 25% (16,6% женщины, 8,3% мужчины).

Выводы: Таким образом, в нашем исследовании была продемонстрирована возможность более точной (по сравнению с традиционной методикой измерения АД тонометром в домашних условиях и в амбулатории) диагностики степени артериальной гипертензии, что позволило адекватно откорректировать гипотензивную терапию у данных пациентов. Изучение ЧСС в каждом конкретном случае позволило оценить необходимость применения у пациентов бета-блокаторов. В одном из случаев, учитывая за период мониторинга АД повышение только систолического давления, можно сделать предположение об изолированной систолической артериальной гипертензии.

Исследование (СМАД), своевременно проведенное у пациентов групп риска по АГ, особенно при наличии сопутствующей патологии, позволит посредством

правильной терапии и других профилактических мероприятий предотвратить или значительно снизить риск тяжелых (а иногда и фатальных) осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Рогоза А.Н., Ощепкова Е.В., Цагарейшвили Е.В., Гориева Ш.Б. Современные неинвазивные методы измерения артериального давления для диагностики артериальной гипертонии и оценки эффективности антигипертензивной терапии. Пособие для врачей. — М.: МЕДИКА. — 2007.
- 2 С. Ю. Ахунова, И.П. Кирилюк, С.Н. Прокопьева, Казанская государственная медицинская академия, Межрегиональный клинико-диагностический центр, "Практические аспекты метода суточного мониторирования артериального давления", Казань, сентябрь 13, 2011. (<http://pmarchive.ru/prakticheskie-aspekty-metoda-sutochnogo-monitorirovaniya-arterialnogo-davleniya/>)
- 3 Маколкин В.И., Подзолков В.И., Гиляров М.Ю. Возможности суточного мониторирования артериального давления в дифференциальной диагностике нейроциркуляторной дистонии и гипертонической болезни // Кардиология. — 1997. — № 6. — С. 96-104.
- 4 Perloff D, Sokolow M, Coman K. The prognostic value of ambulatory blood pressure monitoring in treated hypertensive patients. J Hypertens. — 1991. - 9 (suppl. 1). — P. 33-44.
- 5 Parati G, Pompidossi O, Albini E et al. Relationship of 24-hour blood pressure mean and variability and severity of target-organ damage in hypertension. J Hypertens. — 1987. — 5. — P. 93-8.
- 6 Prisant LM, Carrawith AA. Ambulatory blood pressure monitoring and echocardiographic ventricular wall thickness and mass. Amer J Hypertens. — 1990. — 3. —P. 81-9.
- 7 Sihm I, Schroeder P, Aelkjaer C et al. The relation between peripheral vascular structure, left ventricular hypertrophy, and ambulatory blood pressure in essential hypertension. Amer J Hypertens. — 1995. — 8. — P. 987-96.

**Э.Р. ЕРЕНЧИНА, Е. САХАБУТДИНОВА, Г. БАШИРОВА, А. СЕРЕКБАЙ, М. ИЕМБЕРДЫ,
О. ЛЕВТЕРОВА, С. ШАЖИРОВА, А. МҰРАТБЕКОВА**

**ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ АРТЕРИАЛДЫ
ҚАН ҚЫСЫМЫН ТӘУЛЕКТІК БАҚЫЛАУ**

Түйін: №16 ҚКЕ «Астрокард» құралымен 12 науқас тексерілді. 8,3 % науқаста АГ I дәрежесі, АГ II дәрежесі – 33,3 %, АГ III дәрежесі – 58,3 % науқаста анықталды. Зерттелгендердің ішінде 58,2% науқаста оптимальді ЖСЖ, 25% тахикардия, 16,6% брадикардия тіркелді. СМАД методикасы бойынша АГ дәрежесі анықталып және сол науқастарға АГ асқынуларының алдын алуы мақсатымен адекватты терапия тағайындалды.

Түйінді сөздер: артериялық гипертензия, СМАД әдістемесі

**E.R. ERENCHINA, Y. SAKHABUTDINOVA, A. SEREKBAY, G. BASHIROVA, M. IEMBERDY,
O.LEVTEROVA, S. SHAJIROVA, A. MURATBEKOVA**

**DAILY MONITORING OF BLOOD PRESSURE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION
IN THE CONDITIONS OF POLICLINIC**

Resume: At the urban policlinic №16 were explored 12 people by "Astrocard" aparate (maschine).

Arterial hypertension (AH) of I stage was identified at 8,3 % of surveyeds, II stage AH - at 33,3 % and III stage AH - at 58,3%.

The optimum heart rate at the day time was established at 58,2 %, tachycardia identified at 25 %, bradycardia was at 16,6 %.

With "Daily Monitoring of the blood pressure" method has assigned patients adequate treatment, that is the way of prevention of possible AH complications.

Keywords: arterial hypertension, daily monitoring of blood pressure

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ведение пациента с асцитом – непростая задача, с которой сталкивается терапевт в своей ежедневной практике и требует от него особого внимания, профессионального чутья на малейшее изменение в состоянии проводимой диуретической терапии.

Ключевые слова: отечно-асцитический синдром, пациент, диуретическая терапия

Отечно-асцитический синдром – это одно из клинических проявлений ряда заболеваний. Встречается при: циррозе печени; остром алкогольном гепатите; циррозе-раке; злокачественных опухолях; застойной сердечной недостаточности; туберкулезном перитоните. Более редко – при нефротическом синдроме, остром панкреатите.

Среди всех перечисленных заболеваний актуальным является цирроз печени. Он занимает первое место среди причин инвалидности и смертности от болезней органов пищеварения. Тяжесть и прогноз цирроза зависит от объема сохранившейся функционирующей массы паренхимы печени, выраженности портальной гипертензии, и активности основного заболевания, приведшего к нарушению функции печени [1].

1. Алгоритм диагностики отечно-асцитического синдрома. Осмотр пациента. Если кожа живота напряженная, блестящая, отмечается вздутие пупка, при пальпации отмечается диффузная болезненность – это признаки быстрого накопления жидкости в брюшной полости, а появление пупочной грыжи – признак повышения внутри брюшного давления. При вертикальном положении пациента конфигурация живота отвисшая, напоминает форму живота «лягушки».

2. Лабораторное обследование. Общий анализ крови: тромбоцитопения – признак гиперспленизма; повышение СОЭ – проявление иммуно-воспалительного синдрома; биохимическое исследование крови.

3. Инструментальные исследования. УЗИ органов брюшной полости. Увеличение селезенки, расширение сосудов воротной системы и видимые коллатерали, свидетельствуют о наличии портальной гипертензии; ФЭГДС – уточняет степень варикозного расширения вен пищевода; Доплерография выносящих сосудов печени для верификации диагноза, так как при обструктивных нарушениях в системе печеночной вены, в том числе синдром Бадда-Киари, типичны гепатосиеномегалия, боли в животе, асцит, желтуха, диспепсические явления.

Базисная терапия больных с отечно-асцитическим синдромом в амбулаторных условиях. При компенсированном циррозе физические нагрузки умеренной интенсивности не противопоказаны; при каждом визите к врачу необходимо взвешивать больного, измерять окружность живота, т.е. проводить мониторинг нутритивного статуса.

Лекарственная терапия. Применяют спиронолактон (верошпирон) в средней дозе 100-200 мг\сутки. В случае не эффективности назначают комбинированную схему приема диуретиков.

Данная информация актуальна для специалистов ПМСП, так как такие осложнения как спонтанный бактериальный перитонит встречается не часто. Клинический случай из моей практики: ко мне обратились родственники пациентки, по поводу резкого ухудшения состояния здоровья сестры. На момент осмотра выраженные симптомы интоксикации – лихорадка пятый день, ознобы, боли в животе, одышка, выраженная слабость, головная боль, вынужденное положение тела, температура 39,9⁰.

Больная инвалид II группы, наблюдалась по поводу цирроза печени вирусной этиологии (В) с синдромом портальной гипертензии, отечно-асцитический синдром. В виду рефрактерного асцита, и появления признаков дыхательной недостаточности обратилась в поликлинику, где была сделана обзорная R-графия органов грудной клетки, выявлен экссудативный плеврит справа, в крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ – 72 мм/г. Участковым врачом была направлена к торакальному хирургу, кем была проведена пункция плевральной полости и удалена жидкость в объеме 2,5 л., материал был взят на бак посев, назначена противовоспалительная терапия, в анамнезе – за последние две недели дважды проведен лапароцентез - удалено 3,5 л жидкости.

С учетом неоднократного удаления большого количества асцитической жидкости, признаков портальной гипертензии, и выраженных симптомов интоксикации, больная мною была доставлена в областную больницу с диагнозом: «Спонтанный бактериальный перитонит, цирроз печени вирусной этиологии, прогрессирующее течение, синдром портальной гипертензии, отечно-асцитический синдром, декомпенсация. Плевральный выпот справа, DH II-III». Диагноз – Спонтанный бактериальный перитонит был подтвержден в стационаре.

Типичная ошибка врача терапевта – недооценка значимости вторичной бактериальной инфекции, а появление выпота в плевральной полости, как вторичное проявление асцита послужило несвоевременной госпитализацией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 «Руководство по первичной медико-санитарной помощи», академик РАМН Баранов А.А., академик РАМН Денисов И.Н., академик РАМН Чучалин А.Г. – ГЭОТАР - Медиа, 2006.

А.К.ТӨЛЕГЕНОВ

ІСІКТІК-АСЦИТТІК СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Терапевт дәрігердің күнделікті тәжірибесінде кездесіп отыратын асциті бар науқастарды емдеу – оңай міндеттердің бірі емес және де диуретикалық терапияны жүргізу де кәсіби біліктілікті, ерекше көңіл бөлуді талап етеді.

Түйінді сөздер: ісіктік-асциттік синдром, емделуші, диуретикалық терапия.

A.K.TOLEGENOV

FEATURES OF PATIENTS WITH EDEMATOUS-ASCITIC SYNDROME

Resume: Conducting the patient with an ascites – an uneasy problem which the therapist in the daily practice faces and demands from it special attention, a professional sent to the slightest change in a condition spent therapy.

Edematous-ascitic syndrome - is one of the clinical manifestations of diseases. Found at: cirrhosis of the liver, acute alcoholic hepatitis, cirrhosis, cancer, cancers, congestive heart failure, tuberculous peritonitis. More rarely - in the nephrotic syndrome, acute pancreatitis.

Among all these diseases the most common is cirrhosis of the liver. It ranks first among the causes of disability and death from diseases of the digestive system. The severity and prognosis of cirrhosis depends on the amount of preserved functioning mass of the liver parenchyma, the severity of portal hypertension, and the activity of the underlying disease that led to the disruption of liver function

Keywords: edematous-ascitic syndrome, patient, diuretic therapy, cirrhosis

УДК: 616-072.7

С.Ж. ШАТЕКОВА

Центральная клиническая больница МЦ УД РК (1 кардиологическое отделение), г.Алматы

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА**

Длительная системная артериальная гипертензия у больных пожилого и старческого возраста независимо от клинической формы в целом, сопровождается изменениями центральной гемодинамики, различные типы гемодинамики характерны не только для людей молодого и среднего возраста, но и для больных АГ преклонного возраста.

Ключевые слова: гиперкинетический и гипокINETический тип кровообращения, эхокардиографические признаки, конечно-диастолический и конечно-систолический объем, снижением фракции выброса.

У больных пожилого и старшего возраста не отмечается столь высокого диастолического давления, как это протекает у больных молодого и среднего возраста. Объясняют это тем, что с возрастом происходит увеличение объема крупных артериальных сосудов, происходит увеличение толщины стенок левого желудочка и сопровождается расширением полости ЛЖ. Кроме того, с возрастом увеличивается количество остаточной крови в полостях сердца и содержание крови в сердце увеличивается. Аорта и крупные сосуды теряют свои упруго-эластические свойства и играют роль гемодинамического резервуара для остаточной крови [1,2]. Однако увеличение объема не идет параллельно снижению эластичности, в связи, с чем функция эластического резервуара значительно нарушается. В результате больший процент энергии расходуется на преодоление давления создавшегося в полостях [3]. И даже в условиях покоя старческое сердце использует свои резервы для развития гиперфункции, в частности как резерв сердечного выброса [4].

По нашим данным, из особенностей течения каждой из форм артериальной гипертензии (АГ) обращает внимание следующее: в 54,0% больных гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии указывали на начало болезни со среднего возраста, 28,0% отмечали начало заболевания с молодого возраста. У 26,0% больных отмечена наследственная отягощенность по гипертонии. Характерными проявлениями гипертонической болезни явились, головная боль в затылочной области - 36,0%, шум в ушах - 31,0%, кардиалгия - 41,0%, сердцебиение во время повышения АД-31,0%. У 7 больных этой группы отмечалось сочетание ГБ II ст. и ИБС.

У больных с симптоматической почечной гипертензией в анамнезе прослеживались указания на частые инфекции мочевыводящих путей, сопровождавшиеся дизурическими явлениями, кратковременными ознобами, тупыми болями в пояснице. В 19,0% наблюдений течение болезни осложнялось почечной коликой, а в 57,0% случаев присоединением аденомы предстательной железы в преклонном возрасте. В 42,0% случаев заболевание начиналось в среднем возрасте и только у 29,0% в молодом возрасте. Наследственная отягощенность в данной группе не установлена. В 52,0% случаях при ультразвуковом обследовании почек и мочевого пузыря было выявлено наличие песка мочевыводящих путей.

В третьей группе, преобладали клинические проявления сахарного диабета: избыточная масса тела, жажда, сухость кожи, частые поражения кожи пиодермией (панариции, фурункулез), кожный зуд, полифагия. В последующем с развитием артериальной гипертензии присоединялись признаки ухудшения мозгового кровотока, а у 2-х больных течение заболевания осложнялось появлением ангинозных болей во время физической нагрузки, так и в периоды резкого подъема АД. По объективным данным, гиперемия щек, подбородка (диабетический рубец) выявлены у 1 больного, смещение левой границы сердца установлено у 8 больных, систолический шум на верхушке обнаружен у 5 (63,0%), пальпация нижних конечностей и стоп вызывала нерезкую болезненность. Пульсация артерий стоп в 38,0% наблюдений было сниженным.

Таблица 1 - Показатели центральной гемодинамики нормотоников и больных АГ старшего возраста

Показатели	Контрольная группа n=15	Больные АГ n=64	P
САД мм.рт.ст	125,5±5,31	190±3,21	<0,001
ДАД мм.рт.ст	75±4,25	104±1,71	<0,001
ЧСС уд. в мин.	72±1,13	79±1,86	<0,01
УО мл	72±1,21	81,54±3,34	<0,01
УИ мл/м ²	42±1,33	48±2,29	<0,05
ДП усл.ед	94,35±1,68	157,22±6,54	<0,001
ОПСС дин·с·см ⁻⁵	1473±39,28	1829±88,09	<0,001

ФВ %	67,4±1,07	60±1,32	<0,05
СИ л/м ²	2,92±0,98	3,70±0,18	>0,05
КДО мл	125,4±8,94	145,0±5,47	<0,05
КСО мл	43±1,5	52,94±3,07	<0,05
ТЗСЛЖ см	0,8±0,02	1,12±0,03	<0,001
ТМЖП см	0,9±0,02	1,12±0,03	<0,001
ММ г.	174,99±6,76	293,14±16,82	<0,001

Длительная и стабильная АГ у больных пожилого и старческого возраста независимо от клинической формы в целом, характеризовалась высокими цифрами САД – 190±3,21 мм. рт. ст., ДАД – 104± 1,83 мм. рт. ст., ЧСС составило – 79±1,86 уд. в мин. Общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) составило в среднем 1829,0±88,09 дин·с·см⁻⁵, что статистически достоверно превышает на 24,0% показатель контрольной группы (1473,0±39,28 дин·с·см⁻⁵).

Как видно, повышенное АД и значительное увеличение периферического сопротивления сосудов сопровождалось, клиническими и эхокардиографическими признаками гипертрофии миокарда левого желудочка (таблица 1). Об этом свидетельствовали увеличение толщины межжелудочковой перегородки (тМЖП) до 1,1±0,03 см.; задней стенки левого желудочка (тЗСЛЖ) до 1,12±0,02 см, умеренным, но достоверным увеличением конечно-

диастолического объема (КДО) – 145±5,47 мл., конечно-систолического объема (КСО) – 51,0±3,07 мл по сравнению с контрольной группой (P<0,05). По данным ЭхоКГ установлено снижение фракции выброса (ФВ) на 10,0% против 67,4±1,07% контроля (P<0,05). Больные всех трех групп в зависимости от типа гемодинамики были разделены на 3-подгруппы: в первую подгруппу включили 17 (21,25%) больных с гиперкинетическим типом кровообращения, ко 2-ой подгруппе отнесли 19 (23,75%) больных с гипокинетическим типом гемодинамики, остальные больные характеризовались эукинетическим типом кровообращения. У больных с гиперкинетическим типом гемодинамики, прослеживалось повышение минутного объема сердца в среднем на 22,30% (P<0,001), УО на 27,0% (P<0,05), тогда как показатели периферического сопротивления сосудов незначительно превышали данные нормотоников преклонного возраста на 6,99% (P>0,05).

Таблица 2 - Показатели центральной гемодинамики обследованных лиц в зависимости от типа кровообращения

Показатели	Контрольная Группа	Группа с гиперкинетическим типом	Группа с гипокинетическим типом	р
САД мм.рт.ст.	125±2,31	195±4,07	180,23±5,06	<0,05
ДАД мм.рт.ст.	75±4,25	105,31±3,04	102,92±1,24	>0,05
ОПСС дин·с·см ⁻⁵	1473±39,28	1576,6±43,07	1866,14±49,67**	<0,01
УО мл	72±1,21	91,56±3,91*	82±2,76	<0,05
МО л/м	5,19±0,097	6,35±0,214**	4,94±0,206	<0,01
СИ л/м ²	2,22±0,98	3,46±0,22	2,95±0,14	<0,05

Где, P- различия между подгруппами с гипо и гиперкинетич.типами.

Достоверность отличий от контроля *- P<0,05; **- P<0,001.

Больные с гипокинетическим типом гемодинамики отличались от б-х гиперкинетическим типом снижением МО на 22,20% (P<0,01), СИ на 17,0% (P<0,05), УО на 11,0% (P>0,05). И характеризовались значительным и достоверным повышением периферического сопротивления сосудов (ОПСС) на 18,36%, и на 27,0% (P<0,001) превосходили данные нормотоников преклонного возраста. В тоже время СИ достоверно не отличался от показателя нормотоников преклонного возраста (таблица 2).

Таким образом, результаты наших исследований показали, что различные типы гемодинамики характерны не только для людей молодого и среднего возраста, но и для больных АГ преклонного возраста.

У больных гиперкинетическим типом кровообращения отмечалось достоверное повышение минутного объема

сердца и сердечного индекса на фоне несущественных изменений периферического сопротивления сосудов. Подгруппа с гипокинетическим типом характеризовалась низкими значениями минутного объема сердца, но резким повышением ОПСС.

Независимо от типа гемодинамики длительная, системная АГ приводит к перегрузке сердца, что подтверждается эхокардиографическими признаками умеренной гипертрофии миокарда левого желудочка, увеличением толщины межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка и нарастанием конечно-диастолического и конечно-систолического объемов и снижением фракции выброса во всех группах наблюдения. Что указывает на общность гемодинамических механизмов в развитии АГ,

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Коркушко О.В. Сердечно-сосудистая система и возраст. – М.: Медицина, 1983. – С.29-31.
- 2 Токарь А.В. Атеросклеротическая систолическая гипертензия // Кардиология. – 1976. - №7. – С.57-64.
- 3 Токарь А.В., Ена Л.М., Рудая Э.С. Механизмы развития артериальной гипертензии в старости // Вестник АМН СССР.- 1980.- № 3. - С.37-44.

С.Ж. ШАТЕКОВА

ЕРЕСЕК ЖАСТАҒЫ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Егде және кәрі жастағы науқастардағы ұзақ жүйелі артериялық гипертензия тұтасымен алғанда клиникалық қалыбына тәуелсіз орталық гемодинамика өзгерістерімен қатар жүреді, гемодинамиканың алуан түрлері тек жас және орта жастағы адамдарға ғана емес, егде жастағы АГ бар науқастарға да тән.

Түйінді сөздер: қан айналымның гиперкинезиялық және гипокинезиялық түрлері, эхокардиографиялық белгілер, диастола соңындағы және систола соңындағы көлем, фракция шығарымының төмендеуі.

S.J. SHATEKOVA

CLINICAL AND HEMODYNAMIC FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY AGE

Resume: It is estimated that about 65 percent of people older than the age of 65 (the elderly) have hypertension. Increasing age is associated with changes in the structure of walls of the blood vessels that make them less likely to give. These changes produce loss of vascular compliance, and it affects the size and volume of the lining of the arteries and ultimately results in hypertension. These biologic changes in the arterial caliber (diameter of the blood vessels) translate into overall cardiac dysfunction and to heart failure. Long-term systemic hypertension in elderly and senile patients, regardless of the clinical form in general, accompanied by changes in the central hemodynamics, different types of hemodynamic characteristic not only of young and middle age, but also for elderly patients with hypertension. Diagnosing arterial hypertension in the elderly, especially very old ones, may be accompanied with problems. In approximately 2% to 5% of elderly persons with rigid, calcified arteries, it is impossible to ensure the collapse of the brachial artery, which gives false high values of the arterial blood pressure.

This phenomenon is called pseudohypertension. Pseudohypertension is suspected in persons with minimal vascular damage of the retina in spite of the high measured values of arterial blood pressure, and in those who show postural symptoms after discontinuation of therapy. Arterial hypertension in the elderly is characterized by significant oscillations in the values of arterial pressure which can be proved by 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. In one of our researches we found that variations of systolic pressure values in hypertensive subjects older than 60 years correlated with their age and they were the most frequent in patients older than 80 years of age. We also determined that reduction of systolic blood pressure during night inversely correlated with age. The purpose of treating arterial hypertension in elderly

persons is identical to the purpose of treating it in young and middle-aged populations – its reduction to values below 140/90 mmHg, ie reduction to values below 130/80 mmHg in the high-risk patients with clinical damage (after acute myocardial infarction, due to renal failure, after cerebrovascular insult) and those suffering from diabetes mellitus. Like in the case with hypertensive patients in younger age, reduction of body weight, restriction of salt intake according to DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), increased physical activity and moderate alcohol intake (one serving per day for women and two servings for men) is advised for the elderly regardless of the type of arterial hypertension.

According to our data, the characteristics of the course of each of the forms of arterial hypertension (AH) drew attention to the following: in 54.0% of patients with essential hypertension (EH) II stage indicated the onset of middle age, 28.0% had onset of the disease from a young age. In 26.0% patients had a family history of hypertension.

Keywords: hypertension; systole; aged; risk factors; drug therapy

УДК: 616.155.194-06:616-002.3-07

Ж.С. ШЕРИЯЗДАН, Э.З. ҒАББАСОВА, Д.Б. ЕСЕНАЛИЕВА, С. Б. АДРАНОВА, М.М. АЛЬМАХАНОВА,
Д.М. АНДАСБАЕВА, К.К. ЖАГИПАРОВА, А. Г. ЕРМЕКОВА, Г. М.САПАРБАЕВА

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Интернатура және резидентурадағы терапия №3 кафедрасы*

ІРІНДІ-ҚАБЫНУ ҮДЕРІСІ НЕГІЗІНДЕГІ АНЕМИЯ (КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ)

Клиникалық тәжірибеде анықталған анемияны, нақты бір анемиялардың қатарына жатқызу қиындық туғызатын кездер болады. Бұл жағдайлардағы диагностикалық ізденісте анемияны жеке ауру ретінде сипаттайтын клиникалық немесе аспапты-лабораторлық симптомдар анықталмайды. Бұл мысалда созылмалы остеомиелитпен, ол кейін сепсиспен асқынған науқастағы күрделі генезді анемия қарастырылған. Сонымен қатар біздің клиникалық бақылауымыз ірінді-қабыну үдерісі негізінде дамыған анемия ауру болжамын нашарлатынын дәлелдейді.

Түйінді сөздер: анемия, созылмалы остеомиелит, сепсис, темірдің тапшылығы, эритропоэтин.

Екіншілік анемиялардың патогенезі күрделі: жиі анемияға әкелетін бірнеше факторлардың қабаттасуы орын алады. Созылмалы аурулар кезінде темірдің сіңірілуінің үдерістері бұзылады. Мысалы қызба кезінде темірдің сіңірілуі төмендейді, сонымен қатар темірдің ретикулоэритроциталды жасушалардан кемік эритробластарына өтуі бөгеледі, эритроидты емес жасушалар және бактериялармен липидтердің асқын тотығуының (ЛАТ) белсенуінде темірдің көп жұмсалуды артады [1,2].

Созылмалы аурулар кезіндегі анемиялардың патогенезінде эритропоэтин ингибиторларының: ісік некрозының факторы (ИФ), ортамолекулярлы токсиндердің белсенуінің орны бөлек. Бұл өз кезегінде эритропоэздің тежелуіне әкеледі. Ретикулогистиоцитарлы жүйенің жасушаларының белсенуі эритроциттердің өмір сүру ұзақтығын қысқартып гемолитикалық сипаттағы анемияның дамуына әкеледі [3].

Сіздердің назарларыңызға біздің тәжірибеміздегі осындай күрделі генезді анемиямен науқасты мысал ретінде ұсынамыз.

Науқас П., 69 жаста ауруханаға жедел жәрдем көмегімен айқын әлсіздікке, енгіруге шағымданып түсті. Қабылдау бөліміндегі тексеруден соң, клиникасында қан кету белгілері жоқ, электрокардиограммада жедел коронарлы патология, кеуде клеткасының рентгенограммасында қабыну белгілері болмағаннан соң, ал қанның анализінде гипохромды, нормоцитарлы ауыр дәрежелі анемия анықталып, белгісіз генезді анемия диагнозымен гематология бөліміне жатқызылады. Гематология бөлімінде қарау кезінде науқастың оң аяғындағы таңылған дәкені шешкенде жіліншіктен шыққан жыланкөз анықталған. Анамнезін толықтырғанда 4 жыл бұрын болған жарақаттан соң қалған жыланкөз екені дәлелденген, сол себепті кезеңді түрде ем қабылдап тұрған, бірақ соңғы жылы дәрігерге мүлдем қаралмаған. Сұрастыра келе кіші дәретке баруының да соңғы екі-үш айда қиындағаны анықталған. Науқасқа бөлімде келесі зерттеулер жүргізілді. Қанның кеңейтілген анализі алынды, мұнда: Эритр.- $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв.- 63 г/л, МСН – 22 pg, MCV – 88fl, лейкоц.- $6,1 \times 10^9/л$, т/я – 4%, с/я – 63%, э- 3%, м – 6%, лц. – 24%б, тромб.- $324 \times 10^9/л$, ЭТЖ – 63 мм/сағ. ҚБА: жалпы белок – 58 г/л, жалпы билирубин – 26 мкмоль/л, АЛТ –

23Б, АсАТ – 24Б, креатинин – 166 мкмоль/л. Сарысулық темір – 6,2 ммоль/л, СТБҚ – 32 ммоль/л. Катетермен лайлы зәр алынды, анализінде – айқын лейкоцитурия, гематурия анықталды. Коагулограммада – шекті гипокоагуляция және шекті тромбинемия анықталды. Зәр және қан себіндіге алынды. Құрсақ қуысының ультрадыбыстық зерттеуінде – бауырдың, ұйқы безінің диффузды өзгерістері, шекті спленомегалия, екі жақты пиелонефрит белгілері анықталды. Кіші астаудың ультрадыбыстық зерттеуінде қуық асты безінде түзілім, қуықтың артқы қабырғасының қалыңдауы, гомогенді кою сұйықтықтың деңгейі анықталып, ол қуықтың ісігі немесе ірінді қабынуының көрінісі деп бағаланды. Эзофагогастродуоденоскопияда – асқазанның шырышты қабатының жұқаруы, бозаруы, денесінде бірен сараң эрозиялар анықталды. Оң аяқтың жіліншік сүйектерінің рентгенограммасында – остеомиелит жыланкөздік түрі дәлелденді. Хирург қарауынан соң өңдеу ұсынылды. Уролог кеңесінен соң, науқастың кіші астауындағы өзгеріс «Қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы. Созылмалы цистит, өршуі» деп бағаланып, антибактериалды емді жалғастыру ұсынылды. Жоғарыда аталған зерттеулер нәтижесінде науқасқа келесі диагноз қойылды: «Сепсис, созылмалы ағымды жарақаттан кейінгі жыланкөзді формалы оң жіліншіктің созылмалы остеомиелиті негізінде дамыған. Спленомегалия. Қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы. Ірінді цистит. Екіншілік созылмалы ірінді қабыну үдерісі негізінде дамыған анемия». Науқасқа массивті антибактериалды, дезинтоксикациялық, микроциркуляцияны жақсартушы ем, ферротерапия жүргізілді, бір рет эритроцитарлық масса құйылды, сонымен қатар қуықты жуу және жараны өңдеу өткізілді. Бірақ жүргізген емге қармастан науқас екінші тәулікте қайтыс болды. Клиникалық диагнозбен патологоанатомиялық диагноз сәйкес келді.

Жоғарыда көрсетілген анализ қорытындыларын ескерсек, науқас көпәғзалық жетіспеушілік белгісімен терминалды сатыда дәрігерге кеш қаралған. Ал сарысулық темірдің төмендеуіне қарамастан, сарысудың темір байланыстырушы қабілетінің қалыпты болуы қабыну үдерісі негізіндегі темірдің қайта таралған тапшылығын көрсетеді. Науқаста қызбаның, қан анализінде лейкоцитоздың болмауы ұзаққа созылған ірінді үдеріс негізіндегі ареактивтілікпен түсіндіріледі.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Е.Н. Охотникова. Анемия при хронических заболеваниях. Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. Здоровье Украины 2012.-№5/6. – С.-15-20
2. Бухарин О.В., Усвяцов Б.Я., Щуплова Е.А. Антигемоглобиновая активность бактерии при взаимодействии с эритроцитами и ее роль в патогенезе анемии при инфекции. Гематология и трансфузиология. 2011.-№1-С.3-6.
3. Долгов В.В., Луговская С.А. и др. Лабораторная диагностика анемий. -Москва, 2009. 148 с.

**Ж.С. ШЕРИЯЗДАН, Э.З. ГАББАСОВА, Д.Б. ЕСЕНАЛИЕВА, С. Б. АДРАНОВА, М.М. АЛЬМАХАНОВА,
Д.М. АНДАСБАЕВА, К.К. ЖАГИПАРОВА, А. Г. ЕРМЕКОВА, Г. М.САПАРБАЕВА**
АНЕМИЯ НА ФОНЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Резюме: В клинической практике встречаются случаи, когда выявленную анемию трудно отнести к одному из вариантов анемии. Диагностический поиск не выявляет у них клинических или инструментально-лабораторных симптомов, которые могли бы характеризовать эту анемию как самостоятельный вид. В данном примере рассматривается случай анемии на фоне хронического остеомиелита, осложненного в последующем сепсисом. В нашем наблюдении показано, что развитие анемии при гнойно-воспалительных заболеваниях ухудшает прогноз.

Ключевые слова: анемия, хронический остеомиелит, сепсис, дефицит железа, эритропоэтин.

**ZH.S. SHERIYAZDAN, E.Z. GABBASSOVA, D.B. ESENALIEVA, S.B. ADRANOVA, M.M. ALMAHANOVA,
D.M. ANDASBAEVA, K.K. ZHAGIPAROVA, A.G. ERMEKOVA, G.M. SAPARBAEVA**
ANEMIA OF PURULENT INFLAMMATION

Resume: In clinical practice, it is sometimes difficult to detect anemia attributed to a variant of anemia. Diagnostic search does not reveal their clinical or instrumental and laboratory symptoms that might characterize this anemia as a separate species. In this example, consider the case of anemia of chronic osteomyelitis complicated by subsequent sepsis. Our observations have shown that the development of anemia of chronic inflammatory disease worsens the prognosis.

Keywords: anemia, chronic osteomyelitis, sepsis, iron deficiency, erythropoietin.

УДК: 616.155.194.8-074

**Ж.С. ШЕРИЯЗДАН, А.К. КОСАНОВА, А.Б. БАҚДАУЛЕТ, У.К. ЕРМАХАНОВА,
Ж.Б. БАЙМЕНОВА, Т.А. ОРАЗБЕКОВА, Л.Т. СУЛЕЙМЕНОВА, Ж.Ж. ТАЖМАҒАМБЕТОВА**
*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Интернатура және резидентурадағы терапия №3 кафедрасы*

ВИТАМИН В₁₂-ТАПШЫ АНЕМИЯНЫҢ ДАМУ СЕБЕПТЕРІНІҢ ЖАСҚА БАЙЛАНЫСТЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бұл мақалада витамин В₁₂-тапшы анемияның тек қарт адамдарда ғана емес орта, тіпті жас адамдарда да кездесуі мүмкін екені көрсетілген. Егер қарт адамдарда негізгі себеп атрофиялы гастрит болса, орта жастағы адамдарда сыртқы секреторлы жетіспеушілікпен созылмалы панкреатит және асқазанның субтоталды резекциясы басты себеп болған, ал жас адамдарда тиреотоксикоз негізінде В₁₂-витаминінің артық қолдануы басым жағдайда орын алған.

Түйінді сөздер: анемия, витамин В₁₂, атрофиялық гастрит, панкреатит, диффузды уытты жемсау, тиреотоксикоз.

Витамин В₁₂-тапшы анемия – бұл В₁₂-витаминінің жеткіліксіздігі салдарынан дезоксирибонуклеин қышқылының синтезінің бұзылып, кемікте эритроидты жасушалардың ыдырауына байланысты тиімсіз эритропоэз, яғни мегалобласты қан түзілумен сипатталатын анемия [1].

Витамин В₁₂-тапшы анемия негізінен егде және қарт жастағы адамдарда кездесіп, негізгі себебі атрофиялы гастрит болып табылады. Соған қарамастан, бұл анемияның басқа да бірқатар себептері бар және олар орта, тіпті жас адамдар тобында да кездеседі. Сондықтан тәжірибелік дәрігерлерге көмек мақсатында, біз витамин В₁₂-тапшы анемияның этиологиясы мәселесі бойынша өз бақылауымызды ұсынуды жөн көріп отырмыз.

Біздің бақылауымызда 23 – 81 жас арлығындағы витамин В₁₂-тапшы анемиямен 27 науқас болды. Жасы

және жынысына байланысты сипаттамасы бойынша: жас адамдар – 3 (11,1%), орта жастағылар – 6 (22,2%), егде жастағылар – 11 (40,8%), қарт адамдар – 7 (25,9%); әйелдер -16 (59,2%) және ер адамдар – 11 (40,8%) құрады. Жас бойынша градация БДҰ жіктелуіне негізделген. Яғни жас адамдар – 44 жасқа дейінгілер, орта жас – 45–59, егде – 60–74 және қарт адамдар 75 жастан үлкендер.

Витамин В₁₂-тапшы анемия диагнозы клиникалық көрінісіне, қанның жалпы анализіне, ретикулоциттер санына, бауырдың функционалды сынамаларына, амилаза деңгейіне, сүйек кемігінің анализіне (миелограмма) сүйеніп қойылды. Миелограмма 16 науқасқа жасалды, себебі қалған 11 науқас бізге қаралғанға дейін В₁₂-витаминімен емді бастап қойған. Оларда диагноз ем басталуынан кейінгі 5-7 күні

ретикулоциттер санының бірден жоғарылауына, яғни ретикулоцитралық кризге негізделді. Ал витамин В₁₂-тапшы анемиясының себебін анықтау мақсатында эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), құрсақ қуысының ультрадыбыстық зерттеуі (УДЗ), қажет болған жағдайда қалқанша безінің УДЗ, компьютерлік томография жасалып, нәжіс анализі, тиреоидты гормондар және тиреоглобулинмен тиреопероксидазаға қарсы антиденелер зерттелді. Бұл зерттеулер әдебиеттегі ұсынылған скринингтік зерттеу әдістеріне сай [2,3,4]. Жүргізілген зерттеу нәтижелерін талдағанда, келесі қорытындыға келдік. Циркуляторлы-гипоксия синдромы – науқастардың барлығында (100%), неврологиялық синдром 10 (37%) науқаста және негізінен егде және қарт адамдар топтарында кездесті, көкбауырдың үлкені 9 (33,3%) науқаста, сарғаю синдромы да осы шамада 8 (29,6%) науқаста байқалды. Соңғы екі белгінің айқындылығы шекті дәрежеде. Қанның жалпы анализінде барлық науқастарда макроцитарлы, гиперхромды анемия және ретикулоцитопения анықталды, лейкопения 33,3%, соның ішінде 5 науқаста (18,5%) жағынды да көп сегменттелген нейтрофильдер

болды, тромбоцитопения 22,2%(6) жағдайда кездесті. Лейко- және тромбоцитопения айқын емес дәрежеде көрінді.

Ал витамин В₁₂-тапшы анемияның себебін анықтағанда: атрофиялы гастрит 17(63%) науқаста, 2(7,4%) науқаста асқазанның қатерлі ісігі, 3 (11,1%) науқаста – асқазанның ойық жарасына байланысты субтоталды резекциясы, 3(11,1%) науқаста сыртқы секреторлы жетіспеушілікпен созылмалы панкреатит (оның 1 өт-тас ауруы негізінде, 2-де – алкогольді этиологиялы) және 2 (7,4%) науқаста босанғаннан кейін дамыған диффузды ұытты жемсау. Егер бұл себептерді жас катеогриясына байланысты қарастырсақ, егде және қарт жастағы жастағы адамдарда негізінен атрофиялы гастрит 16(88,9%) науқаста және 2(11,1%) науқаста асқазанның қатерлі ісігі кездессе, орта жастағы адамдарда басым жағдайда 3 (50%) созылмалы панкреатит анемия себебі болған, 2 (33,3%) науқаста асқазанның субтоталды резекциясы орын алса, тек 1 науқаста ғана атрофиялы гастрит анықталды. Ал бақылауда болған 3 жас адамның 2-де (66,7%) диффузды ұытты жемсаудан соң анемия дамыса, 1 жағдайда – асқазанның резекциясы орын алған.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Мегалобластные анемии. – М.: 2001. - 502с. - С.51- 78.
- 2 Комолова Е.Н., Егорова М.О., Моисеева Н.С. Параметры скринингового обследования для выявления В₁₂-дефицитной анемии.
- 3 Гематология и трансфузиология. - 2011. - №3. - С.14-18.
- 4 Егорова М.О., Цветаева Н.В., Сухачева Е.А. Практические рекомендации по скрининговой лабораторной диагностике анемии Гематология и трансфузиология. - 2011. - №5. - С.24-36.
- 5 Долгов В.В., Луговская С.А. и др. Лабораторная диагностика анемий. – М.: 2009. - 148 с.

Ж.С. ШЕРИЯЗДАН, А.К. КОСАНОВА, А.Б. БАҚДАУЛЕТ, У.К. ЕРМАХАНОВА, Ж.Б. БАЙМЕНОВА, Т.А. ОРАЗБЕКОВА, Л.Т. СУЛЕЙМЕНОВА, Ж.Ж. ТАЖМАҒАМБЕТОВА ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ВИТАМИН В₁₂-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Резюме: В данной статье показано, что витамин В₁₂-дефицитная анемия встречается не только у лиц пожилого возраста, но и у людей средней, даже молодой возрастной категории. Если у пожилых людей основной причиной витамин В₁₂-дефицитной анемии является атрофический гастрит, то у лиц среднего возраста - хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью и субтотальная резекция желудка, а у молодых – повышенный расход витамина В₁₂ на фоне тиреотоксикоза.

Ключевые слова: анемия, витамин В₁₂, атрофический гастрит, панкреатит, диффузно-токсический зоб, тиреотоксикоз.

ZH.S. SHERIYAZDAN, A.K. KOSSANOVA, A.B. BAKDAULET, U.K. ERMAHANOVA, ZH.B. BAIMENOVA, T. A. ORAZBEKOVA, L.T. SULEIMENOVA, ZH.ZH. TAZHMAGAMBETOVA AGE FEATURES OF B12 DEFICIENCY ANEMIA

Resume: This article shows that vitamin B12 deficiency anemia is found not only in the elderly, but also in middle, even the youngest age category. If the main reason older people vitamin B12-deficiency anemia is atrophic gastritis, then in middle age - chronic pancreatitis with exocrine insufficiency and subtotal gastrectomy, and young - increased consumption of vitamin B12 in thyrotoxicosis.

Keywords: anemia, vitamin B12, atrophic gastritis, pancreatitis, toxic goiter, thyrotoxicosis.

УДК -617.54-001.5-07-089

Т.А. МЕДЕТБЕКОВ

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СВЕРНУВШИМСЯ ГЕМОТОРАКСОМ

В работе приведены результаты операций у 86 больных с травмой груди, осложненной свернувшимся гемотораксом. Проводится сравнительная оценка результатов операций с применением раствора повидон-йода и без его использования. Делается вывод о преимуществах торакоскопических вмешательств с применением раствора повидон-йода в сравнении с традиционными эндоскопическими и открытыми операциями.

Сегодня проблема травмы грудной клетки остается одной из самых актуальных в современной хирургии и травматологии. Интенсивность современной жизни, насыщенность ее техникой и высокими скоростями, сложная криминогенная обстановка обуславливают особенности травматизма в наши дни. В последние годы ведется разработка методик видеоторакоскопических операций при открытых повреждениях органов груди. Появление в последние годы эндоскопической техники нового поколения, включающей видеомониторы, мощные источники света, эндоскопические видеокамеры, эндоскопические сшивающие аппараты, обусловило создание нового направления в эндоскопической хирургии [1,2].

В настоящее время отмечается значительный рост осложненной травмы грудной клетки. Одним из частых осложнений травмы груди является свернувшийся гемоторакс. Показано, что около 18% больных с гемотораксом, которые первоначально лечились дренированием плевральных полостей, формируют свернувшийся гемоторакс, а 39% из них требуют хирургического лечения [3]. Ранняя эвакуация крови из плевральной полости является основным средством профилактики возникновения фибротракса и эмпиемы плевры, а также создания оптимальных условий для дренирования плевральной полости и расправления легкого [2]. Традиционным способом устранения свернувшегося гемоторакса является торакотомия. Применение пункций и дренирования плевральной полости в сочетании с введением протеолитических ферментов часто оказывается малоэффективным [1].

Травматический гемоторакс встречается у 25 - 59,9% пострадавших и у 3,8-12% больных завершается формированием свернувшегося гемоторакса [2,3]. При этом могут образоваться плотные сгустки крови, которые становятся благоприятной средой для развития микроорганизмов. После гемоторакса обычно остаются фиброзные наслоения, шварты, которые затрудняют дыхательную функцию легких, вызывают образование в них склеротических процессов [2]. В связи с этим представляется актуальным повышение эффективности лечения посттравматического гемоторакса [3].

В последние годы отмечается значительный рост больных с гнойными осложнениями открытых травм грудной клетки. Углубленные бактериологические исследования в гнойной хирургии, проведенные в последнее десятилетие, малоутешительны. Широкое, нередко необоснованное применение антибиотиков привело к селекции нечувствительных штаммов патогенной микрофлоры, с одной стороны, и сенсбилизации значительной части населения - с другой, четко резко ограничивает возможности антибиотикотерапии [3,5]. В поле зрения хирургов в течение длительного времени не попадал целый ряд гноеродных микроорганизмов - неклостридиальные облигатные анаэробы [2]. И на сегодняшний день в подавляющем большинстве хирургических стационаров эти

бактерии не идентифицируются вообще, тем более не изучается их чувствительность к антибактериальным препаратам, хотя, по данным ряда авторов, участие их в торакальных нагноениях достигает 85% [3,4].

Таким образом, остаются актуальными поиск новых методов антибактериального воздействия и дальнейшее совершенствование основных приемов легочной гнойной хирургии, таких как дренирование, адекватная санация плевральной полости.

В качестве антисептического раствора для санации плевральной полости нами использован "Бетадин" и "Йокс" в виде раствора, предоставленный венгерским фармацевтическим заводом ЭГИС АО и Чехословакским фармацевтическим заводом "Галена".

Бетадин и Йокс - это препараты содержащие повидон-йодный и поливидон-йодный комплексы. По результатом измерений, содержание свободного йода, ответственного за бактерицидный эффект, составляет 15,6 - 9,8% г/л. Йод, относящийся к галогенам, обладает большой активностью. Эти комплексы синтетические полимеры, не обладающие токсическими и антигенными свойствами, не вызывающие аллергию, тесно связывающий галогены и токсины. Бетадин обладает сильным окислительным свойством, что освобождается структурой молекулы и постоянным наличием свободного йода. Йод вступает в реакцию с -SH и -OH группами аминокислот, вследствие чего изменяет структуру белков, нарушает каталитические свойства энзимов. Этот процесс происходит на цитоплазматических мембранах бактерий, вирусов, грибов, протозооносов и спор.

Цель исследования - улучшение результатов лечения больных свернувшимся гемотораксом.

В хирургическом отделении и сочетанной травмы №7 городской клинической больницы в 2007-2013 годах находилось на лечении 86 больных с различными травмами грудной клетки. Из них мужчин было 72 (83,7%); женщин - 14 (16,3 %). Основной контингент больных (81,6%) составляли лица наиболее трудоспособного возраста - от 20 до 55 лет.

С целью оптимизации диагностики разработаны диагностические алгоритмы, ориентирующие на логическую смену этапов диагностической программы в зависимости от полученной информации. При свернувшимся гемотораксе это - общеклинические методы, рентгенологические исследования, лабораторная диагностика, УЗИ, торакоскопия.

Рентгенологические исследования произведены всем 86 больным. При этом, в плевральной полости у 57 (66,3%) больных определялся горизонтальный уровень жидкости. У 13 (15,1%) больных наряду с уровнем жидкости определялось скопление воздуха. У 16 (18,6%) больных четкого уровня жидкости в плевральной полости обнаружить не удалось. В этих случаях для уточнения характера и количества скопления жидкости в плевральной полости применяли УЗИ грудной клетки и пробную пункцию.

Лечение начиналось с пункции или дренирования плевральной полости с введением ферментов. Данная манипуляция произведена у 39 (45,3%) больных. Эти мероприятия оказались успешными у 21 (53,8%) пациентов с малым свернувшимся гемотораксом. При этом больные выписывались обычно с массивными плевральными наложениями, подтверждаемыми рентгенологическим исследованием. Критериями выздоровления считались нормализация состояния больного, стабилизация функциональных показателей, нормализация анализов крови. Открытые операции были выполнены у 18 (46,2%) больных, когда приемы малой хирургии не приводили к расправлению легкого. Продолжительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 33,4 койко-дня. Стремление обойтись без торакотомии значительно увеличивало длительность предоперационного периода.

С 1997 года мы видеоторакоскопически оперируем больных со свернувшимся гемотораксом. Метод применен у 47 (54,7%) пациентов. Причиной гемоторакса послужила травма грудной клетки. Тотальный свернувшийся гемоторакс выявлен у 11 (23,4%), средний - у 27 (57,4%) и малый - у 9 (19,2%) пациентов.

У больных со свернувшимся гемотораксом существуют трудности введения торакоскопа из-за спаечного процесса в плевральной полости. Чтобы создать пространство, достаточное для инструментальных манипуляций, разделения сращений и удаления свернувшейся крови, мы применяем методику разделения сращений в плевральной полости с использованием мануальных и инструментальных приемов. Удаление свернувшейся крови производим отсосом большого диаметра с промыванием плевральной полости растворами повидон-йода с разведением 0,9% натрия хлорида в соотношении 1/40.

Остановка кровотечения, возникающего из грудной стенки после удаления свернувшейся крови, проводилась электрокоагуляцией. Аэрозаст поврежденной поверхности легкого не выполнялся ввиду неэффективности данного метода.

Послеоперационные осложнения при различных видах оперативного пособия у больных со свернувшимся гемотораксом распределились следующим образом.

При торакотомии с декортикацией легкого: пневмония – у 5 (27,8%), плевропневмония – у 3 (16,7%), нагноение послеоперационной раны – у 2 (11,1%) больных. Общее число осложнений составило 55,6%.

При видеоторакоскопическом удалении свернувшегося гемоторакса без применения повидонйода: пневмония – у 3 (6,4%), эмпиема плевры – у 4 (8,5%), общее число осложнений составило – 14,9%.

При видеоторакоскопическом удалении свернувшегося гемоторакса с применением повидонйода: пневмония – у 4 (8,5%) пациентов.

Гемоторакс удалось ликвидировать видеоторакоскопически у 39 (82,9%) больных. В 4 случаях эндоскопическое вмешательство оказалось неэффективным из-за давности процесса, в связи с чем была произведена торакотомия. Продолжительность лечения при операциях без использования повидон-йода составила в среднем 15,9±2,1 суток, при операциях с использованием повидонйода - 13,1±1,3 койко-дня.

Сроки, в которые производилось эндоскопическое удаление свернувшегося гемоторакса, составили: с применением повидонйода - до 15 суток, в среднем 13,1±1,2; без использования - до 25 суток, в среднем 19,1±1,6.

Таким образом, использование видеоторакопии дает возможность провести полноценную ревизию органов грудной полости, остановить кровотечение, произвести установку дренажей под визуальным контролем. В большинстве случаев ВТС у больных со свернувшимся гемотораксом является окончательным методом лечения. Активная санация плевральной полости раствором повидон-йода позволяет добиться хороших результатов лечения. Способ приводит к быстрому очищению плевральной полости, сокращается время пребывания пациента в стационаре, может быть широко использован.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Авилов О.В., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии. – Киев: "Здоровья", 1986. - С. 9 - 12.
- 2 Абдулин А.А., Коновалов А.М. Ошибки и осложнения при проникающих ранениях груди. //Грудная и сердечно сосудистая хирургия. №5. - М.: "Медицина", 1990. -С. 49 - 51.
- 3 Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. - М.: Медицина, 1981. -С. 26-41.
- 4 Дергунова С.А., Новиков С.Д., Толстоколов А.С., Слесаренко А.С., Кузнецова Ю.В. Видеоторакоскопическое лечения свернувшегося гемоторакса. // Эндоскопическая хирургия. – 2001. -№2. – 19 с.
- 5 Скворцов М.Б., Шинкарев Н.Б., Юдин А.Г. Диагностическая и лечебная торакоскопия как альтернатива хирургической операции при заболеланиях и травмах груди. // Тез. 2-го Московского междунар. конгр. по эндоскопической хирургии. - М.: 1997. - С.250-252.

Т.А. МЕДЕТБЕКОВ

ҰЙЫҒАН ГЕМОТОРАКСТЫ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ТӘСІЛДЕРІ

Түйін: Жұмыста кеуде қуысының жарақатынан кейінгі ұйыған гемотораксты 86 науқастың операция қорытындысы келтірілген. Повидон-йод ертіндісін қолдану арқылы және оны қолданбаған емнің нәтижесі салыстырмалы түрде көрсетілді. Торакоскопиялық операция барысында және қалыпты ашық операция кезінде повидон-йод ертіндісін қолдану ерекшелігіне қорытынды жасалады.

T. MEDETBEKOV

TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CURLED HEMOTHORAX

Resumé: In work are led the results of operation at 86 ill with injury of breast, complication to twist off gemotorakes. The comparative appraisal of the results of operations is conducted with using. Is elicit about the advantages of dilution povidon –yod and without it using. Is elicit about the advantages of toroskopiya interferences with appiying of dilution povidon- yod versus traditional andoskopiya and open operations.

Today the problem of chest trauma remains one of the most current in modern surgery and traumatology. The intensity of modern life, richness of its technology and high-speed, complex criminal conditions cause injuries especially these days. In recent years there has been the development of methods VATS operations with open lesions of the breast. The emergence in recent years of a new generation of endoscopic techniques, including video monitors, high-power light sources, endoscopic cameras, endoscopic staplers, led to the creation of a new direction in endoscopic surgery. Currently, there is a significant increase in complicated trauma of the chest. One of the most frequent complications of chest injury is clotted hemothorax. It is shown that about 18% of patients with hemothorax, initially treated thoracostomy, form coagulated hemothorax and 39% of them require surgical treatment. The traditional way to remove coagulated hemothorax is a thoracotomy. Application puncture and pleural cavity drainage in conjunction with the administration of proteolytic enzymes often ineffective.

Б.И. АЙБЕРГЕНОВ, Ч.С. НАМ

КазҰМУ №2 хирургиялық интернатура және резидентура кафедрасы

ҚЫСЫЛҒАН ЖАРЫҚ ҚАҚПАСЫН ЖӘНЕ ЖАРЫҚ ҚАБЫН БОСАТУ ӘДІСІ

Қысылған жарықтар көп жағдайда үлкен кісілер мен қарияларда жиі кездеседі. Себептері: біріншіден, жарықпен науқастар ұзақ уақыт жүрсе, асқынұларда жиі кездеседі. Екіншіден, қариялармен үлкен адамдарды жоспарлы операция жасауға хирургтардың құлқы бола бермейді. Осы себептерге байланысты асқынудың алдын алу шаралары мүмкін емес. Ал бұл науқастар ауруханаға тек жарықтың қысылуына байланысты жеткізіледі. Жарықтың қысылуы, жарықтың көлеміне, науқастардың жынысына, жарықтардың орналасуына байланысты емес. Сонымен қатар іш қуысына енбейтін жарықтарды атап өткен дұрыс. Көп жағдайда енбейтін жарықтарды босату қиындықтары туындайды. Жарық қалтасы бірнеше қуысты болуы мүмкін. Жарақаттар салдарынан ішек, үлкен шарбы май жиі жарық қалтасына жабысып жатады. Ал осы жарық қалталарын босату барысында жиі ішіндегі ағзалардың зақымданатыны белгілі. Осындай асқынұларға байланысты біз шұғыл түрде келіп түскен 116 науқасқа зерттеу жүргіздік. 16 науқаста жарық қалтасымен жарық қақпасын босату барысында қиындықтар туындады. Аурудың 88% жедел жәрдем көмегімен ауруханаға жеткізілген, 9% қалалық емханалардан дәрігерлердің жолдамасымен келген, науқастардың 3% өздері келген. Ауруханаға жеткізілген науқастардың 41% жағдайлары қанағаттанарлық деп бағаланды, ал 40% орташа деңгейде, 24,4% ауыр дәрежелі деп бағаланды. Аурулардың 78% жиілігі 20 мен 70 жас аралығында болды. Осы науқастарға жасалған операция кезінде жарық қабымен жарық қақпасын ажырату қиындықтары туындады. Сол себептен жарық қалтасын және жарық қақпасын босатуға жаңа жеңілдетілген әдіс қарастырылды.

Бұл әдіс жарық қалтасымен қақпасын ажырату үшін жарық қақпасынан жоғарғы аймақтан 2см қашықтықта іш қуысын ашу. Сұқ саусақпен сол жасалған тесік арқылы іш қуысына ену. Кейін саусақ көмегімен жарық қақпасына қысылған ағзаны бақылай отырып жарық

қабымен жарық қақпасы жоғарыдан басатылады. Сонымен қатар бұл әдіс жарық қалтасына қысылған ағзаның іш қуысына еніп кетпеуін қадағалайды.

Осы тәсіл арқылы қиындық туындаған 16 науқастың жарық қақпасымен жарық қалтасы босатылды. 16 науқастың 6 науқасында ащы ішек қабілетті болып шықты. 3 науқаста шарбы май қысылған, тіршілік қабілеті сақталған, өзгеріс болған жоқ. 4 науқаста қысылған ащы ішектің өлеттенгені анықталды. Осыған байланысты резекция жасалып, анастомоз салынды. Ішектің өлеттенуі жалпыға белгілі қан тамырының соғуы, ішек түсі, ішек қозғалысымен бағаланды. Осы науқастардың ішінде 3 науқаста қуықтың қысылғандығы анықталды. Қуықтың жарақаттануы болған жоқ, себебі, жоғарыда аталған әдіс бойынша жарық қақпасы және жарық қалтасы ажыратылды. Сырғымалы жарықта жарық қабын және жарық қақпасын босату кезінде көп жағдайда қысылған ағзалар зақымданып жатады. Осы тәсіл сырғымалы жарықта өте үлкен көмегі тигендігін атап айтуға болады.

Шұғыл хирургияда көп жағдайда операция кезінде уақыт осы жарық қабымен жарық қақпасын босатуға кететіндігі белгілі. Міне, осы тәсілді пайдалана отырып операция жасалу уақытын үнемдейміз.

Операция уақытының қысқаруына байланысты егетін дәрі-дәрмектерді үнемдейміз.

Осы зерттеулерге сүйене отырып келесі ұсыныстар жасалды.

Қариялар мен үлкен адамдардағы қысылған жарығына байланысты жасалатын операция кезінде өте тиімді тәсіл ретінде ұсынылды.

Қысылған жарық кезінде жарық қалтасы мен жарық қақпасын босату қиындықтары туындағанда осы тәсілді пайдалану ұсынылды.

Жарық қалтасына қысылған ағзаның іш қуысына еніп кетпеуін қадағалайтын тәсіл ретінде ұсынылды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Бутров А.В., Губайдуллин Р.Р. Общие закономерности гемодинамических реакций на быстрое изменение внутрибрюшного давления. //Анест и реаниматол. - 2003. - № 3. – С. 20—23.
- 2 Красильников Д.М., Хайруллин И.И., Фаррахов А.З. и др. Варианты расположения имплантата при пластике послеоперационных вентральных грыж в зависимости от показателей внутрибрюшного давления. //Герниология, 2004. - 3: 28.
- 3 Күкош М.В., Гомозов Г.И. Ущемленные грыжи как проблема экстренной абдоминальной хирургии. /Материалы 5-го научного форума «Хирургия 2004». - Москва, Центр международной торговли: 2004. – С. 97—98.
- 4 Курбонов К.М., Гулов М.К. Абдоминальный компартмент-синдром. – Душанбе: 2003. – С. 92.
- 5 Ороховский В.И., Папазов Ф.К., Дудниченко А.С. и др. Хирургическое лечение больших вентральных грыж у больных пожилого и старческого возраста. // Хирургия. – 1992. - №2. – С.85—88.
- 6 Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. - М: Изд-во Медиа Сфера. - 2003. – С.312.

СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА И ВОРОТА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

Резюме: Работа основана на результатах клинических обследовании 116 больных с ущемленными грыжами живота. Во время операции при выделении грыжевого мешка и грыжевого ворота возникали трудности. Поэтому пришлось придумать новый метод выделения грыжевого мешка и грыжевого ворота. Во время этого метода вскрывается выше ущемляющее кольцо на 2 см. выше брюшной полости. Через это отверстие войти брюшную полость указательным пальцем. Контролируя

указательным пальцем рассекается ущемляющее кольцо и грыжевой мешок. По данной методике у 16 пациентов рассечен грыжевой мешок и ущемляющее кольцо.

Опираясь на данные исследования даны следующие рекомендации:

Этот метод рекомендован при операции ущемленной грыжи у лиц пожилого возраста, а также когда возникает трудности при выделении ущемляющее кольцо и грыжевого мешка.

Этот метод рекомендован чтобы предотвратить проникновение ущемляющих органов в брюшную полость.

A METHOD FOR ISOLATING THE HERNIAL SAC AND THE GATE OF THE STRANGULATED HERNIA

Resume: The work is based on clinical examination of 116 patients with abdominal hernias disadvantaged. During the operation, the allocation of the hernial sac and hernial difficulties. So I had to come up with a new method for isolating the hernial sac and hernial. During this method opened up prejudicing ring 2 cm above the abdominal cavity. Through this opening the abdominal cavity enter the index finger. By controlling the index finger and the ring is cut infringing hernial sac. By this method in 16 patients dissected hernial sac and infringes ring.

Based on these studies the following recommendations:

This method is recommended for strangulated hernia surgery in the elderly, as well as when there is a difficulty in allocating infringes ring and hernia sac.

This method is recommended to prevent the entry of infringing the organs in the abdomen.

УДК 617-089:061.3

Б. И. АЙБЕРГЕНОВ

*ҚазҰМУ №2 хирургиялық интернатура
және резидентура кафедрасы*

ҚЫСЫЛҒАН ҚАЙТАЛАМА ҚҰРСАҚ ЖАРЫҚТАРЫНА АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЖАСАЛҒАН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҢ КЕЙІНГІ НӘТИЖЕЛЕРІ

Құрсақ жарығын емдеу мәселесі бұрынғы уақыттан бері зерттеліп қарастырылғанымен, бүгінгі күнде де маңызды мәселе болып қала беруде.

Жарықтың қайталауының жиілігі орташа 10-42,6% құрайды.

Біздің зерттеуіміз бойынша, өзгеріске ұшыраған тіндермен пластикалау, тіндердің айқын морфологиялық тұрақтылығы жеткіліксіздігінен, күш түскен сәтте тіндер бір-бірінен ажырай бастайды. Нәтижесінде жарықтың қайта пайда болуына мүмкіндік туады. Жарық ауруына жасалған операциялардан кейін, қайталану пайызының өршіп кетуінің себебін мына жағдаймен түсіндіруге болады: бұл коллаген талшықтарының жеткіліксіздігінің нәтижесінде болатын дәнекер тіндерінің ақауы.

Қазіргі таңда тіндерді синтетикалық материалдармен алмастыру қолайлы екендігі дәлелденген.

Эксперименталдық және клиникалық материалдар Мультифиламент торын қолдану арқылы екі жынысты 15 ақ тышқанға эксперимент жүргізілді.

Эксперимент 2 кезеңде жүргізілді.

Бірінші кезеңде: жануарлардың құрсағының терісі 2-3 см кесілді. Апоневрозға 0,5см ақау жасалып оған кесет тігісі салынды. Іш пердесімен ашы ішек жасалған ақау арқылы шығарып, кесет тігісі қысылып байланды. Тері қалыпына келтірілді.

Екінші кезеңде: жасанды қысылған жарықты ашу, 12-сағаттан 3 күнге дейін әртүрлі мерзімде жүргізілді. Жарық қабын ашу кезіндегі барлық жағдайда қуысында

экссудаттың пайда болғаны анықталды. Операция аймағы озонмен тазаланды. Тор қолдана отырып жарық қақпасына пластинка жасалды.

Жарық қабының экссудатын бактериологиялық зерттеу барысында бактериялардың өсіп-таралу деңгейінің жоғарғы көрсеткішінде стрептококк пен стафилококктың, ішек таяқшаларының штамдары табылды.

Эксперименттен 7-14 тәуліктен кейін және бір айдан кейін шығарылды.

7-ші тәулікте тордың айналасында әлсіз асептикалық қабыну және грануляциялық тіндердің өсуі байқалды. Бірақ жарада іріңді қабыну белгілері байқалмады.

14-ші тәулікте тордың жиегінен ортасына дейін коллаген талшықтарының пайда болуымен грануляциялық тіндердің толық өсуі байқалды. Викрил талшықтарының таралуы және оның орнына коллаген талшықтарының қалыптасуы байқалды.

1 айдан соң тордың грануляциялық тінмен толық жабылғандығы байқалды, яғни торды жай көзбен көру мүмкін болмай қалды. Морфологиялық зерттеу кезінде тор аймағында ешқандай қабыну белгілері жоқ, коллаген талшықтарымен көрініс берді. Мұндағы тігіс – коллаген талшықтарына бай дәнекер тіндерін құраған.

Құрсақтың қысылған жарығымен 116 науқасқа зерттеулер жасалған болатын. Ол науқастар екіге бөлінді: негізгі және бақылау топтары болып. Негізгі топтағы 62 науқастарды хирургиялық жолмен емдеу барысында мультифиламент торын қолдану арқылы «керілмейтін

герниопластика» жасалды. Операция аймағы озонмен тазаланды. Бақылау тобындағы 54 науқасқа дәстүрлі жергілікті тіндермен пластика жасалды. Аурулардың 78% жиілігі 20 мен 70 жас аралығында болды. Ер адамдар мен әйелдердің айырмашылығы 2,6:1-ді құрады. Аурудың 88% жедел жәрдем көмегімен ауруханаға жеткізілген, 9% қалалық емханалардан дәрігерлердің жолдамасымен келген, науқастардың 3% өздері келген. Ауруханаға жеткізілген науқастардың 41% жағдайлары қанағаттанарлық деп бағаланды, ал 40% орташа деңгейде, 24,4 % ауыр дәрежелі деп бағаланды. Аурулардың арасындағы қысылған жарық ауруының уақыты 18 (15,5%) науқаста 1 сағатқа дейін, 48 (41,4%) науқаста 2 сағатқа дейін, 21 (18,1%) науқаста 6 сағатқа дейін, 16 (13,8%) науқаста 6 сағаттан 12 сағатқа дейін, 6 (5,2%) науқаста 12 сағаттан 24 сағатқа дейін, 2 (1,7%) науқаста жарықтың қысылуынан кейін 3 күннен 5 күнге дейінгі аралықта жеткізілген. Операция кезінде 88 науқаста ішектің қысылуы анықталды, олардың ішінде 24 науқаста ішектің өлеттенуіне байланысты резекция жасалынды. Осы топтағы аурулардың ішінде 16 науқаста перитонит белгілері байқалды. Операциядан кейінгі кезеңде негізгі топтағы науқастардың жаралары алғашқы жетілумен жазылып кетті. Тек екі науқаста жараларының бет жағында іріңдіктер кездесті, бірақ тордың ыдырауы, торды алып тастау әрекеттері

туындамады. Бақылау тобындағы 7 науқаста жараларының іріңдеуі байқалды. Бұл 2-3 жыл аралығындағы бақылау болатын. Аталған науқастарды 4-7 жылдан кейін бақылаған кезде негізгі науқастардың ішінде 2(3,2%) науқаста жарықтың қайталауы кездесті. Бірінші науқаста шап жарығының қайталауы. Операциядан кейін ауыр жұмыс істеген, физикалық жүктеме науқастың айтуынша шамадан тыс болған. Шап жарығына байланысты жасалған операцияда тормен бұлшықетке салынған тігістер арасынан жарық пайда болған. Бұл науқасқа екінші рет тор қолдану арқылы «керілмейтін герниопластика» жасалды. Екінші науқаста операциядан кейінгі құрсақ жарығы қайталанды. Бұл науқаста аллопластикалық материалды ығыстыру көрініс алған, себебі операция барысында пластика жасалған тор табылған жоқ, бір түйін пайда болған. Осы түйінді кесіп ашу барысында ішінде сұйықтықпен тор табылды. Осыған байланысты науқасқа аутодермопластика жасалды. Бұл науқастар екі жыл бойы бақылануда, асқыну белгілері болған жоқ. Зерттеу нәтижелері бойынша ұсыныстар: Қысылған қайталану жарығын емдеуде жартылай сіңетін тор қолдану және бекіту кезінде жиі тігіс салу ұсынылды. Пластика жасау кезінде торда қатпарлар болмауы тиіс және артық жарық қабын алып тастау қажет, себебі ол аймақта келешекте түзіліс /киста/ пайда болуы мүмкін.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Резюме: Экспериментальные исследования были проведены на 15 белых крысах, в 2 этапа. На 1 этапе у всех животных формировали ущемленную грыжу белой линии живота, на 2-м этапе проводили грыжесечение. При бактериологическом исследовании экссудата высевались штаммы кишечной палочки, стафилококка, стрептококка, в высокой степени обсемененности. В клинике «ненатяжная герниопластика» с использованием мультифиламентной сетки, была применена у 62 больных с ущемленными грыжами живота. Вторую – контрольную группу составили 54 человека, после традиционного хирургического лечения.

У названных больных наблюдение через 4-7 лет выявило повторную грыжу. У одних больных паховая грыжа, у второго больного послеоперационная вентральная грыжа. У этих больных наблюдается отторжение аллопластического материала. Во время операции пластический материал превратился в образование. При вскрытии образования найдены сетки. При паховой грыже во время операции найдены дефекты между швами, откуда образовалась грыжа. Больному повторно сделана ненатяжная герниопластика.

При исследовании, опираясь на результаты, рекомендовано:

При рецидивной ущемленной грыже использовать полурассасывающуюся сетки и часто накладывать швы.

При ненатяжной герниопластике не должны оставаться складки т.к. могут быть образования или киста.

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT STRANGULATED HERNIAS USING ALLOGRAFT (EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY)

Resume: Experimental studies have been conducted on 15 white rats, in 2 stages. At one point, all of the animals formed a strangulated hernia white line of the abdomen, at the 2nd stage of a hernia repair. Bacteriological examination of fluid inoculated strains of E. coli, staphylococcus, streptococcus, a high degree of contamination. The clinic "pull hernioplastics" using multifilament mesh was applied in 62 patients with restrained abdominal hernias. The second - the control group consisted of 54 people, after traditional surgery.

In these patients after 4-7 years of observation repeated hernia revealed. Some patients had inguinal hernia, the second patient had postoperative ventral hernia. There was the rejection of alloplastic material in these patients. During the operation, the plastic material is turned into a formation. Grid was found at autopsy of the formation. During inguinal hernia surgery defects were found between the seams where herniate was formed. The patient was re-made pull hernioplastics.

The following is recommended based on the study results:

At recurrent strangulated hernia use semi-absorbable grid and often impose stitches.

At the not-pull hernioplastics there should not remain folds because formations or cyst could be formed.

Г.К. МИНБАРХАНОВ, У.С. ЖУНУСБАЕВА, Е.С. ВУКОЛОВ, Ю.Г. КИМ,
А.Т. БИТАЕВ, Г.А. ЖУМАБЕКОВА, Н.Н. АРЗИЕВА
ГККП ГП №3 Зав. ЦАХ

АМБУЛАТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов приводят к существенным нарушениям функции сустава и к значительным ограничениям жизнедеятельности пациентов.

Догоспитальная профилактика развития послеоперационных осложнений является одним из главных приоритетов при эндопротезировании тазобедренных суставов. К которым относят различные методы, направленные на проведение комплекса реабилитационных мероприятий, проводимых на каждом этапе лечения больных с поражением суставов.

Медицинскую реабилитацию больных, необходимо начинать в до операционном периоде для ранней активизации после эндопротезирования. Важной задачей амбулаторной подготовки больного к операции являются обучение пользованию костылями и отработка навыков правильной ходьбы с дополнительными средствами опоры без нагрузки на оперированную ногу, а также повышение тонуса центральной нервной системы и улучшение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма.

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов являются самой распространенной формой поражения опорно-двигательного аппарата. Свыше 10-12% всего населения имеют клинические симптомы остеоартроза. Приводящие в свою очередь на более поздних стадиях заболевания к существенным нарушениям функции сустава и к значительным ограничениям жизнедеятельности пациентов.

В более 40% случаев диагностируется деформирующий коксартроз. Связанная с этим заболеванием стойкая утрата трудоспособности составляет 14 - 38% в структуре общей инвалидности. Поэтому одной из главных проблем современной ортопедии является профилактика остеоартроза в ранних стадиях и рациональное лечение его частных проявлений.

Наиболее эффективным методом лечения, медицинской и социальной реабилитации пациентов с деформирующим коксартрозом является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. (1)

В то же время, несмотря на постоянное совершенствование конструкций эндопротезов и техники их имплантации, частота развития местных осложнений продолжает оставаться высокой. К ним относят вывихи головки эндопротезов, перипротезные переломы, тромбозэмболические осложнения, глубокое инфицирование, неврологические нарушения, развитие оссификатов и иные случаи нестабильности его компонентов. Каждое из этих осложнений значительно ухудшает результаты лечения и требует проведения дополнительных вмешательств.

Поэтому чрезвычайно значимой проблемой является поиск путей профилактики развития послеоперационных осложнений и дальнейшего улучшения исходов операции. К которым относят различные методы, направленные на проведение комплекса реабилитационных мероприятий, проводимых на каждом этапе лечения больных с поражением суставов. (2)

Медицинскую реабилитацию больных, необходимо начинать в до операционном периоде для ранней активизации после эндопротезирования. В частности у больных с коксартрозом функциональное состояние больной конечности существенно снижено. Наличие болевого синдрома заставляет щадить конечность, что сопровождается гипотрофией мышц и перераспределением их тонуса. Такое состояние мышц

сказывается на трофике всех тканей тазобедренного сустава. У больных по мере развития заболевания появляются контрактуры тазобедренного сустава, влекущие за собой изменение положения таза, что сопровождается сглаживанием поясничного лордоза, появлением компенсаторного сколиоза. Эти изменения нарушают биомеханику ходьбы, увеличивают нагрузку на позвоночник, вызывая в нем вторичные патологические изменения. Перераспределение мышечного тонуса приводит к формированию и закреплению патологического двигательного стереотипа. (3)

Важной задачей амбулаторной подготовки больного к операции являются обучение пользованию костылями и отработка навыков правильной ходьбы с дополнительными средствами опоры без нагрузки на оперированную ногу, а также повышение тонуса центральной нервной системы и улучшение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. В этот период, также следует проводить процедуры по улучшению трофики тканей и укреплению мышц контралатеральной конечности, на которую после операции будет приходиться повышенная нагрузка.

Физиолечение в виде электростимуляции ягодичных мышц и мышц обеих бедер. Грязелечение. Массаж нижних конечностей. Лечебная физкультура (изометрические упражнения на повышение и понижение тонуса мышц, активные движения в коленном и голеностопном суставах, обучение правильного распределения веса тела при приседании сидения и вставания с постели). Глубокое грудное и диафрагмальное дыхание для профилактики сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также желудочно-кишечного тракта. (5)

За период 2011-12гг на эндопротезирование тазобедренного сустава направлены - 24 пациента. Из них женщин - 13 (54,2%), мужчин - 11 (45,8%). С деформирующим коксартрозом - 18 (односторонний - 11, двусторонний - 7); С асептическим некрозом головки бедренной кости - 3; С несостоятельностью эндопротеза - 1, и с ложным суставом (после травмы) - 2.

Всем пациентам проводилась как предгоспитализационная подготовка, так и послеоперационная амбулаторная реабилитационная терапия.

Таким образом, амбулаторная подготовка больного к эндопротезированию, в виде комплекса

восстановительной реабилитации – является весьма актуальной проблемой современной ортопедии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белоглазова Т.И. Медицинская реабилитация больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / Т.И. Белоглазова, В.Г. Масленникова, О.В. Кузьменко. // Медицина в Кузбассе. – 2003 - № 2 (спецвыпуск). – 25 с.
- 2 Неверов В.А. Эндопротезирование тазобедренных суставов: что это такое и реабилитация больных / В.А. Неверов, Г.С. Селезнев. – СПб.: Ассоциация травматологов ортопедов Санкт-Петербурга, 1997. – 16 с.
- 3 Поворознюк В.В. Остеоартроз современные принципы лечения. / В.В. Поворознюк // Здоровье Украины. - 2003 - № 83. – 8 с.
- 4 Родионова С.С. с соавт. Фармакологическая коррекция потери костной массы при эндопротезировании на фоне остеопороза // В кн.: Третий Российский симпозиум по остеопорозу: Тезисы докладов. - СПб.: 2000. – 2 с.

**Г.К. МИНБАРХАНОВ, У.С. ЖҰНІСБАЕВА, Е.С. ВУКОЛОВ, Ю.Г. КИМ, А.Т. БИТАЕВ,
Г.А. ЖҰМАБЕКОВА, Н.Н. АРЗИЕВА**
ҰРШЫҚ БУЫНДЫ ЭНДОПРОТЕЗДЕУГЕ АМБУЛАТОРЛЫҚ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ
ДАЙЫНДЫҚ ЖАСАУ

Түйін: Буындардың дегенеративті-дистрофиялық сырқаттары пациенттердің тіршілік әрекетіне едәуір кедергі жасауына және буын қызметінің елеулі түрде бұзылуына әкеледі.

Операциядан кейінгі асқынудың дамуының ауруханаға дейінгі профилактикасы ұршық буындарын эндопротез жасауда бірден-бір басты артықшылық болып табылады. Оған буындары зақымданған науқастарды емдеудің әртүрлі кезеңдерінде жүргізілетін сауықтыру шараларының кешенін орындауға бағытталған түрлі әдістер жатады. Науқастардың медициналық сауықтыруын эндопротездеуден кейін ерте жандандыру үшін операцияға дейінгі кезеңде бастау қажет. Науқастың операцияға амбулаторлы дайындығының басты міндеті балдақпен жүруді үйрену және операция жасалған аяққа еш күш түсірмей қосымша тірек құралдарымен дұрыс жүру дағдыларын үйрену болып табылады, сондай-ақ, орталық жүйке жүйесінің және жүрек-қан тамыр жағдайын жақсарту және ағзаның тыныс алу жүйесінің тонусын көтеру болып табылады.

**G.K. MINBARKHANOV, U.S. ZHUNUSBAEVA, E.S. VUKOLOV, Y.G. KIM,
A.T. BITAEV, G.A. ZHUMABEKOVA, N.N. ARZIEVA**
OUT-PATIENT DEPARTMENT PREVENTIVE TRAINING FOR THE END PROSTHESIS OF PELVIS-THIGH JOINTS

Resume: Degenerative-dystrophic diseases result in significant disturbances of joint function and disability of patients. Pre-hospital prophylaxis of post-operational complications is one of the main priorities in prosthesis of hip joints. Different methods provide complex of rehabilitation measures carrying out at each stage of treating patients with joints damages. For early activating after endoprosthesis it is necessary to begin medical rehabilitation of patients at the pre-operational period. The main task of ambulatory training to operation is to teach using crutches and to form skills of walking with the help of additional means of support without weight on the operated leg and also to elevate central nervous system tonus and to improve state of cardio-vascular and respiratory systems of an organism.

Ж. С. ЖАНАЙДАРОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Посттравматическая эпилепсия (ПТЭ) является одним из наиболее тяжелых и трудноизлечимых форм последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и обладает существенными особенностями, влияющими на клиническую картину, диагностику и тактику хирургического лечения этой группы пациентов [2]. Частота ее развития, по данным литературы, весьма вариабельна - 11 – 50 % [9, 13, 21, 26], что обусловлено зависимостью этого показателя от таких факторов, как время после перенесенной ЧМТ, ее характер и тяжесть [10, 13, 18, 27]. Причиной же возникновения ПТЭ является непосредственное травматическое повреждение головного мозга [1] и (или) различные посттравматические патологические процессы [12], причем структурные изменения мозговой ткани могут варьировать от грубых рубцовых процессов до субклеточных нарушений [19]. Структурные и функциональные изменения, возникшие после ЧМТ, приводят к развитию комплексного патологического процесса с участием эндогенных механизмов поврежденного головного мозга. Одним из этих механизмов является образование агрегата гиперактивных нейронов – эпилептического очага (ЭО), который может возникнуть в различных отделах головного мозга [8, 11, 14, 20, 24]. ЧМТ нарушает функцию лимбико-ретикулярного комплекса, его взаимодействие с гипоталамическими и гипоталамическими структурами, что оказывает влияние на эмоциональную сферу человека и приводит к психическим нарушениям, которые являются одним из ведущих синдромов ПТЭ [1, 8]. Учитывая эти обстоятельства, вероятно, одним из основных механизмов формирования травматической эпилепсии служит степень и характер повреждения стволовых структур головного мозга в остром периоде травмы.

Обязательным условием деятельности генератора патологического возбуждения является недостаточность тормозных механизмов в популяции составляющих его нейронов. Агрегаты гиперактивных нейронов со временем становятся резистентными к эндогенным контролирующим системам и лечебным воздействиям [1]. ЭО при травматической эпилепсии может возникать в различных отделах головного мозга, проявляться клинически разными типами припадков и быть резистентным к медикаментозному воздействию [3, 4, 15]. Единственным выходом при очаговых, медикаментозно резистентных формах эпилепсии являются хирургические методы лечения [2]. В связи с вышесказанным оптимизация методов хирургического лечения являются важными научно-практическими задачами.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты хирургического лечения и определить пути его оптимизации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Основным объектом исследования были 137 (26,7%) пациентов с эпилепсией травматической этиологии, среди которых было 108 мужчин (78,8%) и 29 (21,2%) женщин в возрасте от 12 до 53 лет (средний возраст - 32,9±2,8 лет), находившихся на лечении в Российском нейрохирургическом институте им. А.Л. Поленова. В анамнестических указаниях преобладала тяжелая ЧМТ (83 больных – 60,6%). Травма легкой и средней степени служили

причиной развития эпилепсии лишь в 17 (12,4 %) и 14 (10,2 %) случаях соответственно. В 23 (16,7 %) наблюдениях тяжесть травмы не установлена. Время после ЧМТ на момент поступления составляло 1-3 месяца – 8 (5,8%) больных, 3-6 месяцев - 13 (9,5%), 6 – 12 месяцев – 33 (24,1%), 1–3 года – 32 (23,3%), более 3 лет – 51 (37,2%). Сроки возникновения припадков после травмы колебались от 1,5 месяцев до 14 лет: до 6 месяцев они развились у 26 (18,9%) больных, через 6-18 месяцев – у 63 (45,9%), через 18-36 месяцев – у 27 (19,7%), более 36 месяцев – у 21 (15,3%). Продолжительность заболевания на момент поступления в клинику до 3 месяцев наблюдали у 12 (8,7%) больных, 3 – 6 месяцев – у 20 (14,6%), 6 – 18 месяцев – у 33 (24,1%), 18 – 36 месяцев - 54 (39,4%), более 3 лет – у 18 (13,1%) обследованных. У 53 (38,7%) выполнены операции в остром периоде ЧМТ (острые гематомы, ОРГМ, вдавленные переломы).

Все больные из этой группы были подвергнуты хирургическому лечению, основным показанием к которому служило безуспешность консервативной терапии. В сроки от 1 до 6 месяцев после операции проводили оценку результатов хирургического лечения ПТЭ по схеме, используемой в отделении хирургии травмы ЦНС РНХИ им. проф. А.Л. Поленова: хороший результат - полное прекращение припадков или значительное снижение их частоты (более чем на 90%), изменение структуры приступов с исчезновением генерализованных припадков; улучшение после операции - снижение частоты припадков (до 90%) и изменение их структуры с исчезновением генерализованных припадков; неэффективность лечения - отсутствие изменений частоты и структуры припадков; неудовлетворительный результат - углубление неврологических и психических нарушений после операции. Для обследования больных применялось клиничко-неврологическое обследование, рентгенологические методы (краниография, КТ, МРТ, ПЭТ, ОФЭКТ головного мозга), электроэнцефалография.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Клиничко-неврологическая симптоматика среди обследованных отличалась значительным разнообразием. Пароксизмальные проявления были единственным неврологическим синдромом лишь у 53 (38,6%) обследованных. В клинической картине большинства больных дополнительно присутствовали признаки других неврологических синдромов. Так, церебрально-очаговый синдром отмечали у 43 (31,3%) обследованных, астеноневротический – у 24 (17,5%), вегетативно-сосудистый – у 10 (7,3%), гипертензионный – у 6 (4,4%), дизэнцефальный – у 1 (0,7 %). Выделение психоорганического синдрома в общей синдромологической структуре, оказалось затруднительным вследствие того, что в 68 (49,2%) случаях выявлялись психические нарушения различной степени выраженности. Ведущим неврологическим проявлением в обследованной группе больных были эпилептические припадки: простые парциальные отмечены у 16 (11,7%) больных, комплексные парциальные – у 31 (22,6%), парциальные с вторичной генерализацией – у 57 (41,6%),

генерализованные судорожные – у 29 (21,2%), неклассифицируемые – у 4 (2,9%). Частота эпилептических припадков служила одним из основных признаков декомпенсации в состоянии больных, а также показателем эффективности проведенного лечения. Частота припадков у обследованных была следующей: ежедневные припадки – у 44 (32,1%) больных, 5 – 30 раз в месяц – у 58 (42,3%), 1– 4 раз в месяц – у 23 (16,7%), 6–12 раз в год – у 12 (8,7%).

Электроэнцефалографическое исследование выявило изменения биоэлектрической активности головного мозга различного характера и степени выраженности у всех обследованных. Явления гиперсинхронизации отмечены в большинстве наблюдений (91 больной–66,4%) (рис. 2), альфа-синхронизация отмечалась у 35 (25,5%) пациентов, дизритмия с медленной активностью – у 11 (8,1%).

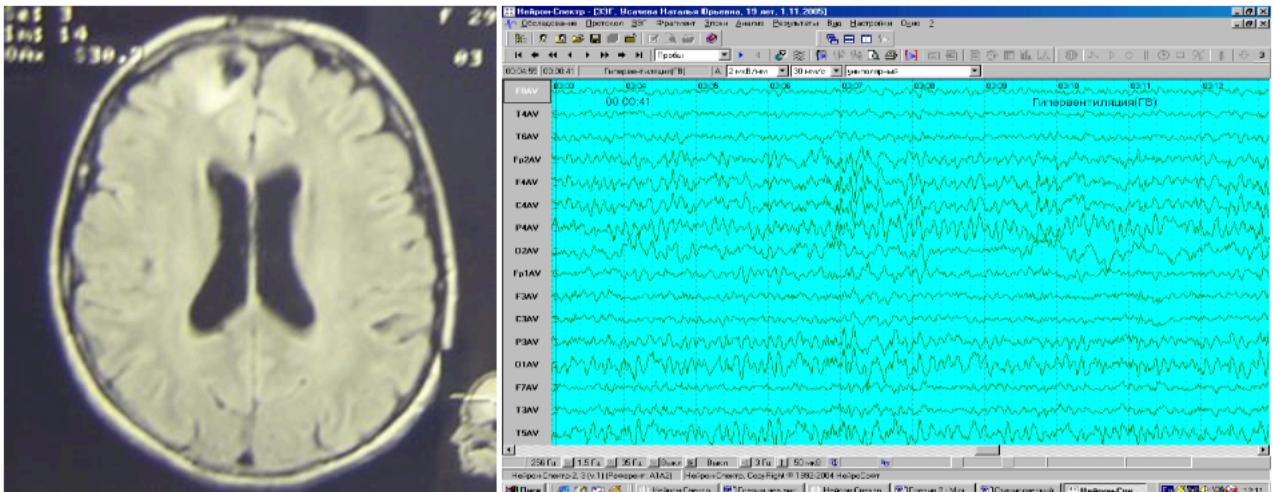
Краниографию в основном проводили больным с наличием трепанационных дефектов черепа, застарелых вдавленных переломов и в связи с наличием интракраниальных инородных тел (38 – 25,8 %). КТ (n=123) и (или) МРТ (n=57) исследование выявляли структурные изменения тканей мозга и его оболочек, при этом рубцово-атрофический процесс отмечен у 31 (22,6%) пациента, ликворная киста или интрацеребральная псевдокиста – у 24 (17,5%), признаки арахноидита – у 19 (13,8%), глиозные изменения – у 9 (6,5%), кистозные в сочетании с рубцовыми явлениями – у 18(13,1%), множественные грубые изменения головного мозга, оболочек и костей черепа – у 12 (8,7%), норма – у 24 (17,5%).

Позитронно-эмиссионная томография (n=12) выявила изменения метаболизма глюкозы, варьировавшие от легких (7 наблюдений – 58,3%) до выраженных (5 – 41,7%). С помощью однофотонно-эмиссионной томографии (n=3) во всех случаях обнаружены изменения интенсивности кровотока в различных участках головного мозга, в том числе, и в предполагаемом эпилептическом очаге.

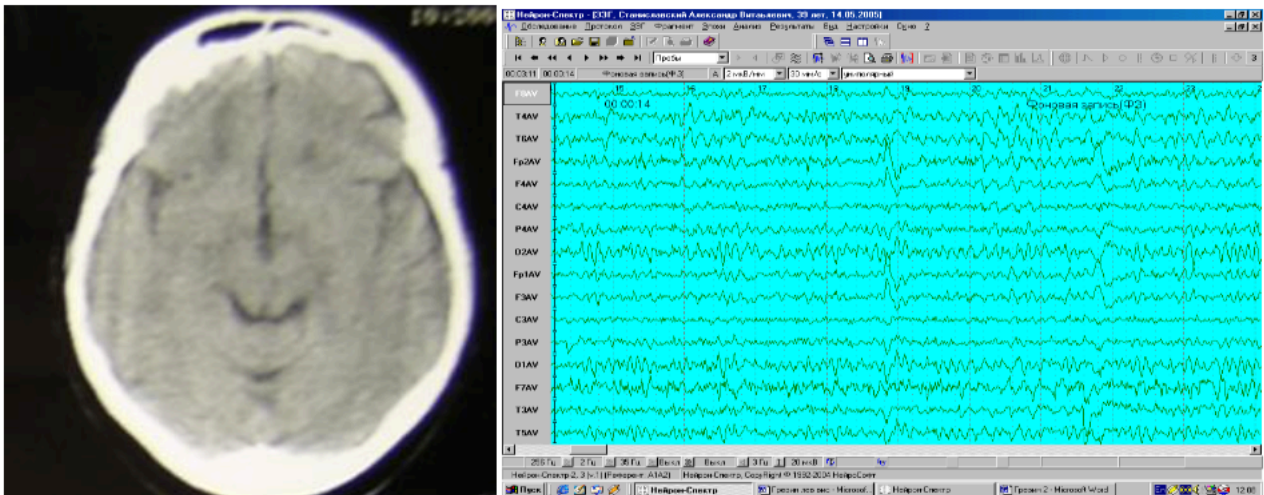
Показаниями к хирургическому лечению являлись соответствующие данные ЭЭГ-исследования, медикаментозная резистентность ПТЭ, наличие

эпилептогенных раздражителей (дефекты черепа, застарелые вдавленные переломы, оболочечно-мозговые рубцы и др.), фокальность эпилепсии и распространенность эпилептического очага. Результаты комплексного обследования показали абсолютное преобладание очаговых форм эпилепсии (131 больной – 95,6%). Среди них монофокальные формы заболевания отмечали в 118 (86,2%) случаях. Пациентов с двумя и более эпилептическими очагами было 11 (8%). Среди обследованных с монофокальной эпилепсией, височная локализация очага диагностирована у 97 (70,8%) пациентов, лобная – у 16 (11,6%), другая - у 5 (3,7%). Сопоставление данных ЭЭГ и нейрорадиологического обследования не всегда выявляло совпадение локализации морфологических изменений и пароксизмальных проявлений. Кроме этого, характерные для эпилепсии изменения биоэлектрической активности (БЭА) наблюдались как при грубых посттравматических процессах, так и при легких изменениях тканей мозга. На рис. 2 а. представлены типичные посттравматические изменения правой лобной доли (КТ) и ЭЭГ, на которой определяются пароксизмальные изменения БЭА в правых лобных отведениях. На рис. 2 б. КТ больного с легкими субатрофическими изменениями правой височной доли и пароксизмальными изменениями на ЭЭГ в правых височных отведениях.

В ходе лечения применяли различные хирургические методики, среди которых большинство (130 наблюдений) относилось к «открытым» вмешательствам: резекция передних отделов височной доли с медиобазальными образованиями (66 больных – 48,2%), локальное субпиальное удаление эпилептического очага (14 – 10,2%), резекция передних отделов височной доли + удаление коркового эпилептического очага (10 – 7,3%), передняя каллезотомия (1 – 0,7 %), удаление эпилептогенного раздражителя, реконструктивная операция (39 – 28,5 %). Среди наблюдавшихся почти у 1/3 обследованных эпилептогенных раздражителей были дефекты черепа или застарелые вдавленные переломы (9 – 23,1%),



а.



6. Рисунок 2 - КТ и ЭЭГ больных с посттравматической эпилепсией: а) п-т У. 19 лет. На КТ головного мозга определяется рубцово-кистозный процесс в правой лобной доли; на ЭЭГ выявляются пароксизмальные проявления в правых лобных отведениях; б) п-т. С. 39 лет. На КТ головного мозга определяются субатрофические изменения правой височной доли; на ЭЭГ выявляются пароксизмальные проявления в правых височных отведениях.

оболочечно-мозговые рубцы (7 – 17,9%), сочетание дефекта черепа и оболочечно-мозгового рубца (6 – 15,4%), ликворные кисты или интрацеребральные псевдокисты (9 – 23,1%), сочетание дефекта черепа с кистозными изменениями (5 – 12,8%), сочетание ОМР, ТДЧ и кистозных изменений (3 – 7,7%). Оперативные вмешательства у этих пациентов включали краниопластику, удаление ликворных кист, оболочечно-мозговых рубцов, инородных тел и застарелых вдавленных переломов (изолированно или в

сочетании). Операции проводили под контролем ЭЖОГ. Следует отметить, что унификация посттравматических морфологических изменений у больных с ПТЭ является достаточно сложной задачей, так как часто выявляются самые различные их сочетания. Так, на рис. 3 представлены КТ головного мозга и ЭЭГ больного с ПТЭ, где определяется грубый посттравматический рубцово-кистозный процесс в левой гемисфере и большой фрагмент новообразованной кости,

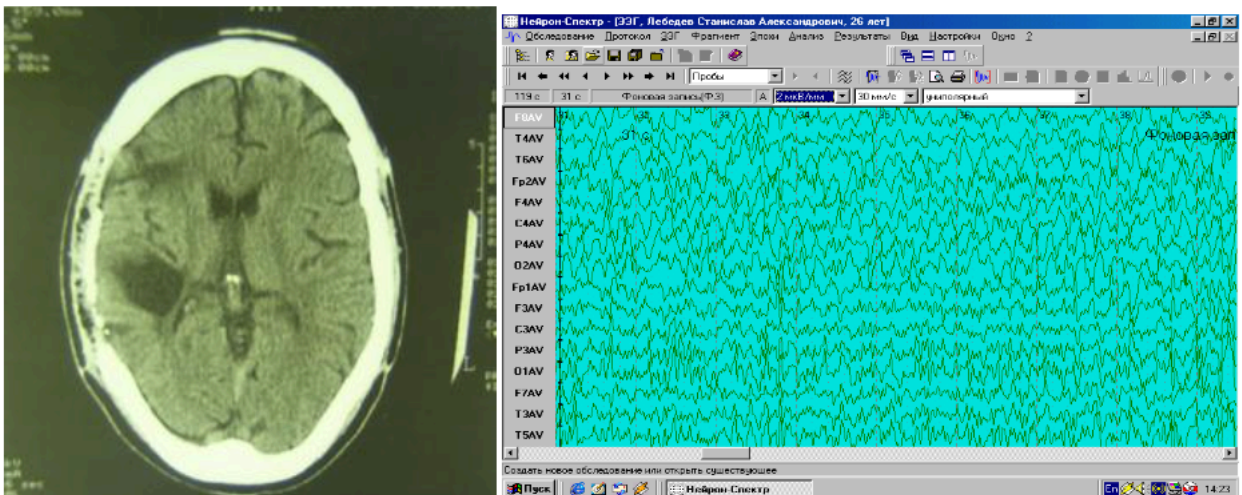


Рисунок 3 - Больной Л., 26 лет. КТ головного мозга и ЭЭГ больного с посттравматической эпилепсией: на КТ определяется рубцово-кистозный процесс в левой гемисфере и большой фрагмент новообразованной кости, располагающийся под протакриловым трансплантантом.

располагающейся под протакриловым трансплантантом; на ЭЭГ определяются грубые распространенные пароксизмальные изменения. В данном случае, вероятно, основной причиной возникновения припадков послужил фрагмент новообразованной под протакриловым трансплантантом кости. Выполненное хирургическое лечение, заключающееся в удалении трансплантата и фрагмента новообразованной кости, субпиальном удалении коркового эпилептического очага привело к полному прекращению припадков у пациента.

Проведена оценка результатов хирургического лечения («открытых» вмешательств – 130 наблюдений) по динамике изменения частоты и структуры припадков в зависимости от формы эпилепсии и локализации эпилептического очага (табл. 1). Наилучшие результаты были отмечены при лечении пациентов с монофокальными височными формами ПТЭ. Неудовлетворительные результаты, чаще всего наблюдали у пациентов с многоочаговой эпилепсией.

Таблица 1 - Результаты хирургического лечения посттравматической эпилепсии

Форма эпилепсии	Хороший		Удовлетворительный		Без эффекта		Неудовлетворительный		Всего
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	
Очаговая височная	66	70,1	17	18,3	9	9,6	1	1,1	93 (100%)
Очаговая лобная	7	43,7	3	18,7	4	25	2	12,5	16 (12,3%)
Теменная и затыл.	2	40	2	40	1	20	-	-	5 (3,8%)
Мультифокальная	-	-	2	22,3	2	22,3	5	55,6	9 (6,9%)
Неуточненная	2	28,5	2	28,5	3	42,8	-	-	7 (5,4%)
Всего	77	59,8	26	20	19	14,6	8	6,1	130 (100%)

Главным клиническим критерием улучшения после оперативного лечения эпилепсии служит динамика изменений частоты и структуры эпилептических припадков, а основным инструментальным методом

контроля за эффективностью лечения эпилепсии является ЭЭГ. Выполнение обследования в динамике после хирургического вмешательства является обязательным мероприятием. На рис. 4 представлены

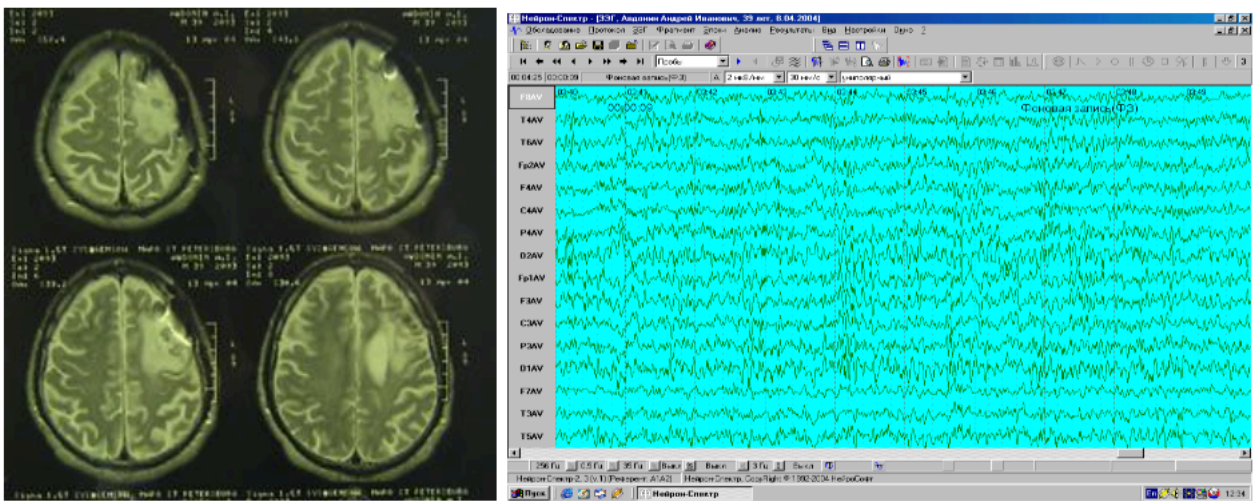
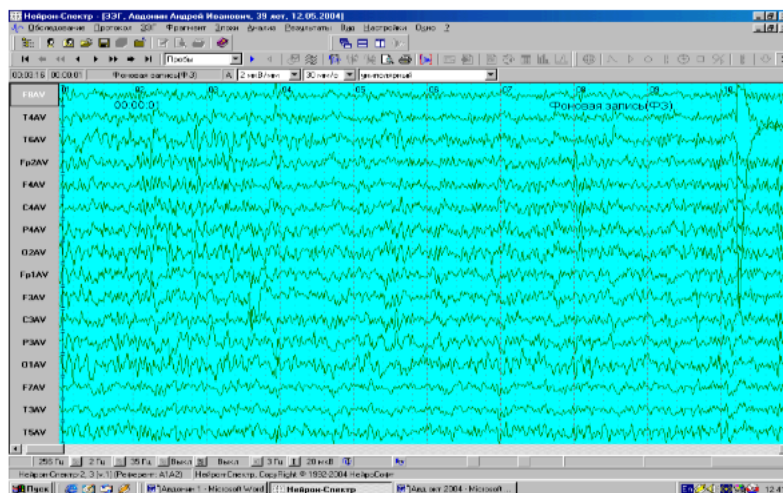


Рисунок 4 - МРТ головного мозга и ЭЭГ пациента А., 39 лет. 4 года после тяжелой открытой проникающей ЧМТ.

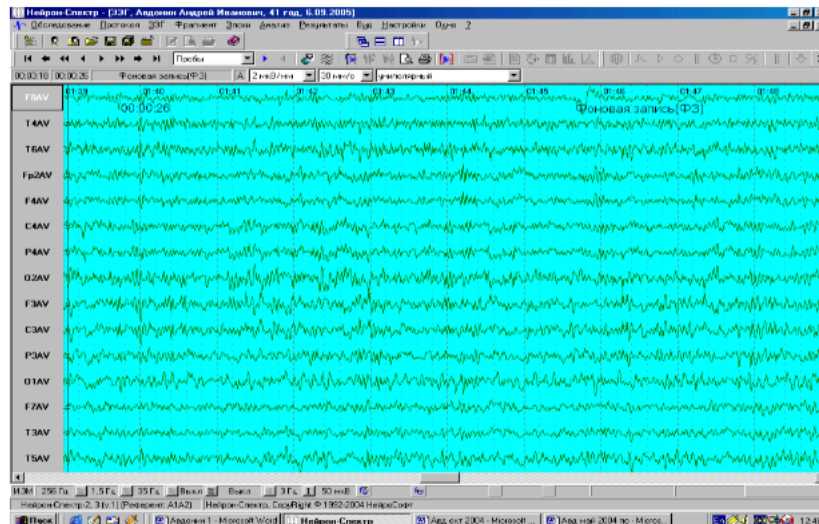
Определяется грубый рубцовый процесс, локализующийся преимущественно в левой лобной доле. На ЭЭГ отмечаются характерные грубые пароксизмальные проявления, преобладающие в лобных отведениях слева.

MR -томограммы и ЭЭГ больного, перенесшего тяжелую открытую проникающую ЧМТ с формированием посттравматической эпилепсии. Больному было проведено хирургическое лечение: менингоэнцефалоллиз. ЭКоГ. Удаление корковых эпилептических очагов левой лобной и теменной долей.

Опорожнение мелких субарахноидальных ликворных кист левой лобной и теменной доли. Аллокрианиопластика. После операции отмечено полное прекращение припадков. На ЭЭГ при выписке из стационара (рис. 5 а.)



а.



б. Рисунок 5 - Послеоперационные электроэнцефалограммы пациента А., 39 лет: а) на ЭЭГ при выписке из стационара отмечаются положительные изменения ЭЭГ в виде снижения интенсивности пароксизмальных проявлений. б) через 1 г. 3 месяца достигнутые после операции положительные изменения на ЭЭГ сохраняются.

выявлена положительная динамика в виде снижения интенсивности пароксизмальных изменений. Пациент осмотрен повторно через 1 г. 3 месяца после операции. Рецидива припадков нет. По данным ЭЭГ обследования – достигнутая после хирургического вмешательства положительная динамика сохраняется (рис. 5 б). Послеоперационные осложнения различного характера возникли у 19 (13,8%) больных, из них подлобные гематомы появились у 9 (6,9%) пациентов, углубление неврологических нарушений – у 7 (5,4%), острое нарушение мозгового кровообращения – у 1 (0,7%), гнойно-воспалительные – у 1 (0,7%). Летальный исход наблюдался в одном случае (0,7%), вследствие развития ОНМК непосредственно после операции. Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что своеобразие эпилепсии, возникающей вследствие ЧМТ, заключается в ее тесной связи с другими посттравматическими процессами, структура которых многообразна и сложна. Это диктует необходимость ее систематизации в зависимости от сочетания с другими последствиями ЧМТ, к основным из которых относятся: изменения головного мозга и костей черепа структурного характера, функционально-неврологические, психические

расстройства и длительные нарушения сознания. Данные проведенного исследования позволяют сформулировать концептуальный подход к классификации и хирургическому лечению посттравматической эпилепсии. Он заключается в том, что эпилепсия травматической этиологии является составной частью посттравматического синдрома и успешное хирургическое лечение ее возможно только при учете всей совокупности посттравматических патологических процессов (как структурных, так и функциональных) и выделении тех из них, которые служат причиной возникновения припадков и подлежат хирургической коррекции. Нейрохирургическое лечение травматической эпилепсии должно быть комплексным и направленным не только на радикальное удаление эпилептических очагов, но и на одновременную коррекцию других посттравматических нарушений. На основании детального клиничко-неврологического обследования, была разработана классификация эпилепсии травматической этиологии, при создании которой использовалась классификация последствий ЧМТ, разработанная в РНХИ им. проф. А. Л. Поленова (2005) [6] и классификация эпилепсии Международной Противоэпилептической Лиги (1989) [17].

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ

- 1. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ХАРАКТЕРУ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА
 - 1.1 Монофокальная:
 - 1.1.1 Лобно-долевая;
 - 1.1.2 Височно-долевая;
 - 1.1.3 Теменно-долевая;
 - 1.1.4 Затылочно-долевая;
 - 1.2 Мультифокальная:
 - 1.2.1 Бифронтальная;
 - 1.2.2 Битемпоральная;
 - 1.2.3 Лобно-височная;
 - 1.2.4 Другие мультифокальные формы;
 - 1.3 Стволовая;
 - 1.4 Нелокализованная;

- 2. ПО ХАРАКТЕРУ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ
 - 1. эпилепсия с парциальными припадками;
 - 2. эпилепсия с генерализованными припадками;
 - 3. эпилепсия с неклассифицированными припадками;
 - 4. эпилепсия с полиморфными припадками;
- 3. ПО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КУРАБЕЛЬНОСТИ:
 - 1. Медикаментозно курабельная;
 - 2. Фармакорезистентная;
- 4. ПО СОЧЕТАНИЮ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ:
 - 1. Эпилепсия без наличия клинически выявляемого морфологического субстрата;
 - 2. Эпилепсия с наличием клинически выявляемого морфологического субстрата;

- 2.1 Сочетание с краниальными последствиями ЧМТ;
- 2.2. Сочетание с церебральными ПЧМТ;
- 2.3 Сочетание с ликвородинамическими последствиями ЧМТ;
- 2.4 Сочетание с псевдотуморозными последствиями ЧМТ;
- 2.5 Сочетание с церебро-васкулярными последствиями ЧМТ;
- 2.6 Сочетание с несколькими морфологическими субстратами ЧМТ;
5. ПО НАЛИЧИЮ И ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ:
- 5.1 Эпилепсия без психических нарушений;
- 5.2 Эпилепсия с умеренными психическими нарушениями;
- 5.3 Эпилепсия с грубыми психическими нарушениями;

Предложенная классификация подразделяет посттравматическую эпилепсию по 7 основным признакам, первые три из которых (локализация и характер эпилептического очага, характер припадков и медикаментозная курабельность) характеризуют саму ПТЭ как патологическое состояние, позволяют указать локализацию эпилептического очага и установить показания к хирургическому лечению. Такой признак, как сочетание с морфологическим субстратом ЧМТ, позволяет характеризовать те структурные изменения тканей головного мозга, ликворосодержащих пространств, костей черепа и т.д., которые являются наиболее вероятной причиной эпилептических припадков и могут подлежать хирургической коррекции. Наличие или отсутствие последних трех признаков (психические, функционально-неврологические нарушения и длительные нарушения сознания) являются принципиально важными обстоятельствами для проведения медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о сложности и сложности патогенеза травматической эпилепсии, в развитии которой наиболее значимыми являются: очаговые повреждения коры и подкорковых структур, наличие и триггерное воздействие морфологических субстратов последствий черепно-мозговой травмы (эпилептогенных раздражителей) и травматическое повреждение ствола головного мозга. Последним обстоятельством можно объяснить значительную разницу в частоте развития эпилепсии при черепно-мозговой травме и инсультах, при которых так же возникает локальное повреждение мозга, образуются глиальные рубцы, но эпилепсия развивается относительно редко.

Основными показаниями к оперативному лечению эпилепсии травматической этиологии являются ее фармакорезистентность и наличие сочетания с другими последствиями ЧМТ (ликвородинамические нарушения, дефекты черепа и др.). Анализ результатов хирургического

6. ПО НАЛИЧИЮ И ВЫРАЖЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ:

- 6.1 Эпилепсия без функционально-неврологических нарушений
- 6.2 Эпилепсия с умеренными функционально-неврологическими нарушениями;
- 6.3 Эпилепсия с грубыми функционально-неврологическими нарушениями;
7. ПО НАЛИЧИЮ ДЛИТЕЛЬНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ
- 7.1 Эпилепсия без длительных посттравматических нарушений сознания;
- 7.2 Эпилепсия с длительными посттравматическими нарушениями сознания;

лечения посттравматической эпилепсии показывает, что положительные результаты оперативного лечения в ближайшем послеоперационном периоде достижимы у большинства больных. Полное прекращение приступов, которое мы наблюдали у 1/5 обследованных – безусловный успех хирургического лечения. Однако, эффект после операции, проявляющийся снижением частоты и изменением структуры припадков так же можно отнести к успешным результатам, так как исчезновение генерализованных припадков значительно улучшает качество жизни больных.

Таким образом, хирургическое удаление эпилептических очагов и эпилептогенных раздражителей, у больных с очаговой медикаментозно-резистентной эпилепсией травматической этиологии является эффективным и часто единственной возможной методом лечения этой патологии. Нейрохирургическое лечение служит важной и неотъемлемой составляющей процесса реабилитации больных с последствиями черепно-мозговой травмы, сопровождающихся пароксизмальными проявлениями.

ВЫВОДЫ:

1. Посттравматическая эпилепсия формируется у 24,0% больных в сроки до 4 месяцев после тяжелой черепно-мозговой травмы, а характер и выраженность травматического поражения ствола головного мозга являются одними из основных факторов ее возникновения.
2. Главной особенностью эпилепсии травматической этиологии является ее сочетание с другими последствиями черепно-мозговой травмы. Нейрорадиологическое обследование (КТ и МРТ) выявляет различные структурные изменения черепа, головного мозга, его оболочек и ликворосодержащих пространств у 82,5% больных, а в 17,5% случаев такие изменения не выявляются.
3. Хирургическое лечение травматической эпилепсии должно быть комплексным и направленным на радикальное удаление эпилептического очага и одновременную коррекцию сопутствующих посттравматических нарушений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Авакян Г. Н., Юдельсон Я. Б., Маслова Н. Н., Гусев Е. И. Патогенез и лечение посттравматической эпилепсии // Журн. неврол. и психиатр. – 2003. - № 9. – С. 9 – 15.
- 2 Зотов Ю. В. Хирургическое лечение очаговой эпилепсии у взрослых: дис. д-ра мед. Наук. – Л., 1971. - 344 с.
- 3 Зотов Ю. В., Касумов Р. Д., Степанова Т. С. Новые методы лечения эпилепсии // Актуальные вопросы стереонейрохирургии эпилепсии: сб. науч. тр. – СПб.: 1993. - С. 156-160.
- 4 Карлов В. А. Эпилепсия как клиническая и нейрофизиологическая проблема // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. - № 2.- С. 7 – 15.
- 5 Касумов Р.Д. Диагностика и комплексное лечение тяжелой черепно-мозговой травмы с наличием очагов разможнения головного мозга: дис. д-ра мед. наук – Л., 1989. – 258 с.
- 6 Касумов Р. Д., Мацко Д. Е., Иванова Н. Е., Жанайдаров Ж. С., Климаш А. В., Касумов В. Р. Классификация последствий черепно-мозговой травмы // Мат. конф. «Поленовские чтения». – СПб.: 2005. – 62 с.

- 7 Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б., Потапов А. А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. – М.: Антидор, 1998. – Т. 1. – 550 с.
- 8 Крыжановский Г.Н. Патологические интеграции в центральной нервной системе // Журн. невропат. и психиатр. – 1998. – №6. – С. 52–56.
- 9 Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Кравчук А. Д. Современные подходы к диагностике и лечению черепно-мозговой травмы и её последствий // Вопр. нейрохир. – 1996. - №1. – С. 35–37.
- 10 Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Кравчук А. Д., Охлопков В. А. Классификация последствий черепно-мозговой травмы // Неврол. журн. – 1998. - Т. 3, №3. - С. 12–14.
- 11 Майковский Е. Патогенез эпилептического очага у человека //Актуальные вопросы стереонейрохирургии эпилепсии. – СПб.: 1993. - С. 74-81.
- 12 Макаров А. Ю., Холин А. В., Садыков Е. А. Оценка информативности методов визуализации мозга при посттравматической эпилепсии // Неврол. вестн. – 1997. - №29. – С. 1 -2; 19 – 22.
- 13 Одинак М. М., Дыскин Д. Е. Эпилепсия, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, медикаментозное лечение. – СПб.: Политехника, 1997. – 232 с.
- 14 Пенфилд У., Джаспер Г. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека. - М.: Инстр. лит., 1958. – 482 с.
- 15 Петрухин А. С., Мухин К. Ю., Медведев М. И. Основные принципы диагностики и лечения эпилепсии у детей и подростков // Совр. психиатр. – 2000. - № 2. – С. 12 – 15.
- 16 Плам Ф., Познер Дж. Б. Диагностика ступора и комы. – М.: Медицина, 1986. – 532 с.
- 17 Степанова Т. С., Яцук С. Л., Берснев В. П., Лосев Н. А. Клинико-нейрофизиологические критерии и стандарты дооперационной диагностики эпилепсии и дифференцированное применение противоэпилептических препаратов // Пособие для врачей. – СПб.: – 2003. – 40 с.
- 18 Угрюмов В. М., Степанова Т. С., Грачев К. В., Зотов Ю. В. Общие принципы хирургического лечения эпилепсии // Журн. невропат. и психиатр. - 1971. - № 3. - С. 384-390.
- 19 Burton C.J. The neuropathology of temporal lobe epilepsy. – Oxford: Oxford University Press, 1988. - 270 p.
- 20 Dressler D., Yoth E., Henze T. et al. The development of an epileptogenic focus // J. Neurol. - 1989. - Vol. 236, №5. - P. 300-302.
- 21 Hajnsek-Propadalo S., Gubarov N., Poljakovic Z. Posttraumatic epilepsy as a complication of war head injuries // Epilepsia. - 1997. - Vol. 38 (Suppl. 3). – 227 p.
- 22 Jennett B., Bond M. Assessment of Outcome after Severe Brain Damage: A Practical Scale // Lancet. - 1975. - №3 – P. 480-448.
- 23 Mosewich R.K., So E. L. A Clinical Approach to the Classification of Seizures and Epileptic Syndromes // Mayo Clin. Proc. - 1996.- №71. – P. 405-414.
- 24 Snidgrass S.M., Tsuburaya K., Ajmone-Marsan C. Clinical significance of periodic lateralized epileptiform discharges // J. Clin. Neurophysiol. - 1989. - Vo1. 6, № 2. - P. 159-172.
- 25 Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale // Lancet, 1974. - № 2. - P. 81-84.
- 26 Temkin N.R., Haglund M. M., Winn H. R. Causes, prevention, and treatment of post-traumatic epilepsy // New Horiz. – 1995. – Aug. - 3(3). – P. 518-522.
- 27 Wrightson P., Gronwall D. Post-traumatic epilepsy // Mild Head Injury. - London: Oxford University Press, 1999. – P. 72-75.

Ж. С. ЖАНАЙДАРОВ

ПОСТТРАВМАТИКАЛЫҚ ЭПИЛЕПСИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Түйін: Мақалада 137 посттравматикалық эпилепсиямен ауырған науқастардың емделу нәтижелеріне анализ жасалған. Сол патологияның негізгі диагностикалық критерийлермен классификациясы ұсынылған. Эпилепсияны емдейтін хирургиялық әдістердің пайдасы көрсетілген.

Түйінді сөздері: эпилепсия, бас-ми жарақаты, электроэнцефалография

ZH. ZHANAJDAROV

SURGICAL TREATMENT OF POST-TRAUMATIC EPILEPSY

Resume: Post-traumatic epilepsy (PTE) is one of the most severe and intractable forms of the effects of traumatic brain injury (TBI) and has the essential features that influence the clinical picture, diagnosis and surgical treatment of this group of patients [2]. Frequency of development, according to the literature, is very variable - 11 - 50% [9, 13, 21, 26], which due to the dependence of this parameter on such factors as the time after undergoing CCT, its nature and severity [10, 13, 18, 27]. The reason of occurrence PTE is directly traumatic brain injury [1] and (or) different post-traumatic pathologic processes [12], wherein the structural changes in the brain tissue may vary from coarse to subcellular processes scarring disorders [19]. Structural and functional changes that occurred after the head injury, lead to the development of complex pathological process involving endogenous mechanisms of brain damage. One of these mechanisms is the aggregate formation hyperactive neurons - the epileptic focus (EO) which may occur in different brain regions [8, 11, 14, 20, 24]. TBI disrupts the function of limbic-reticular complex and its interaction with the pituitary and hypothalamic structures, which affects the person's emotional sphere and leads to mental disorders, which are one of the leading PTE syndromes [1, 8]. Given these circumstances, probably one of the basic mechanisms of traumatic epilepsy is the degree and nature of the damage to the brain stem structures in the acute phase of injury.

The main object of the study were 137 (26.7%) patients with post- traumatic epilepsy, among whom there were 108 men (78.8%) and 29 (21.2%) women aged 12 to 53 years (mean age - 32, 9 ± 2,8 years) who were treated at the Russian Neurosurgical Institute. In the histories severe head injury has prevailed (83 patients - 60.6%). Trauma mild to serve the cause of epilepsy in only 17 (12.4%) and 14 (10.2%) cases, respectively. In 23 (16.7%) cases, the degree of injury has not been established.

CONCLUSIONS:
1. Post-traumatic epilepsy is formed in 24.0% of patients in the period up to 4 months after severe traumatic brain injury, and the nature and severity of traumatic lesions of the brain stem are among the main factors of its occurrence.
2. The main feature of traumatic etiology of epilepsy is its combination with other effects of traumatic brain injury. Neuroradiological investigation (CT and MRI) reveals various structural changes of the skull, brain, meninges and likvorosoderzhasshih spaces in 82.5% of patients and 17.5% of cases, such changes are not detected.

. Surgical treatment of traumatic epilepsy should be comprehensive and aimed at radical removal of the epileptic focus and the simultaneous correction of related post-traumatic disorders.

Keywords: epilepsy, head injury, electroencefalografy

УДК: 616-089-001-614.86

А.О. МЫСАЕВ¹, В.К. УФИМЦЕВ², Е.К. СЕМЕНОВ³, М.А. БАРАНОВСКАЯ¹

¹Государственный медицинский университет г. Семей

²Больница скорой медицинской помощи г. Усть-Каменогорск

³Больница скорой медицинской помощи г. Семей

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АВТОДОРОЖНОЙ ТРАВМОЙ

В статье представлены повреждения у больных с тяжелой нейротравмой в результате дорожно-транспортных происшествий за 2006-2010 гг. по г.Семей и близлежащий районов. Результаты этой статьи будут полезны при планировании работы нейрохирургических стационаров, а также при изучении травматизма.

Ключевые слова: автодорожная травма, нейрохирургические повреждения, стационарные больные.

Введение. Травматизм является актуальной проблемой современного общества. Ежегодно в Республике Казахстан отмечается рост числа травм [1-3]. Наиболее проблематичным и сложным контингентом травматологических больных являются пострадавшие в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), они же являются основным контингентом госпитальных больных – более 68% [4]. Среди пострадавших в ДТП преобладают пешеходы 53,3%, внутри автомобильная травма составляет 46%.

Многими авторами отмечается ежегодный рост количества погибших в автокатастрофах [3-6]. Летальность больных с политравмой в разных лечебных учреждениях СНГ с повреждением головы и шеи достигает 18,1-50% [4-7].

Основная причина госпитализации больных является множественная и сочетанная травма, сопровождающаяся черепно-мозговой травмой [7]. В структуре травм населения РК за 2009-2010 гг. травмы головы на 3 месте после травмы верхней и нижней конечности [1]. Наиболее высокий процент госпитализации больных отмечается при травме головы (63%) [3].

Большой удельный вес черепно-мозгового травматизма, высокая летальность и инвалидизация пострадавших, безусловно, выводят проблему нейротравматизма в разряд приоритетных [8].

Знание характера нейрохирургических повреждений при таких тяжелых травмах, как автодорожная, помогло бы улучшить подготовку врачей скорой помощи, нейрохирургов, травматологов; помочь в работе специализированных отделений в вопросе планирования работы, а также при изучении травматизма в целом с целью выработки мер профилактики и уменьшения последствий ДТП.

Материалы и методы. Дизайн – ретроспективное описательное исследование, глубиной 5 лет с 2006 по 2010 гг. включительно. Выборка – сплошная. Работа проводилась в архиве МЦ ГМУ г.Семей и основана на анализе данных истории болезни (форма 003/у) пострадавших в результате ДТП, получивших тяжелую травму и госпитализированных в нейрохирургическое отделение Медицинского центра Государственного медицинского университета г.Семей (МЦ ГМУ г.Семей),

являющееся единственным профильным отделением, оказывающее помощь взрослому населению (15 лет и более) жителям г.Семей и близ лежащих районов.

Следующие параметры взяты для анализа: клинический диагноз, лечение в реанимационном отделении, наличие или отсутствие алкогольного опьянения, манипуляции при поступлении, объем лечения, результат лечения.

Критерии включения в исследование:

1. Автодорожная травма (в результате ДТП),
2. Дата ДТП с 01.01.2006 по 31.12.2010 включительно.

Критерии исключения из исследования:

1. Другие виды травм (бытовая, уличная, производственная и т.д.), а также травмы связанные с железнодорожным транспортом.
2. Повторные госпитализации одного и того же больного в стационар, в том числе на реабилитационное лечение, удаление имплантатов и др.

После завершения выкопировки (заполнения архивных карт) все данные кодировались и вводились в программу Excel. Далее статистический анализ проводился в программе SPSS версии 20. Большинство параметров представлены в абсолютных числах и процентах. Так как многие исследуемые параметры имели распределение отличное от нормального, мы использовали для анализа непараметрические критерии: медиана (Me), первый и третий квартили (Q1 и Q3), критерий Манна-Уитни (U), критерий Краскела-Уоллиса (H).

Результаты и обсуждение. За период 2006 - 2010 гг. в нейрохирургическое отделение МЦ ГМУ г. Семей было госпитализировано 6414 человек, из них после ДТП 700 человек, что составило 10,9% от общего числа госпитализированных больных.

Изолированная травма диагностирована у 74,6% (n=522) пострадавших, политравма – у 25,4% (n=178) больных. В структуре политравмы большую часть занимает сочетанная травма, которая выявлена у 24 % (n=168) больных. Далее множественная травма – 1,4% (n=10). Комбинированной травмы не было. Шок встречался у 2,3 % (n=16) больных.

Повреждения больных, полученные в результате ДТП, представлены в таблице 1, и сводная таблица повреждений по анатомическим областям представлена в таблице 2.

Таблица 1 - Развернутая характеристика повреждений у больных после ДТП

Область тела	Наименование травмы	Абс. число	Всего	% от всего
Голова	ОЧМТ	19	664	2,9
	ЗЧМТ	645		97,1
	Сотрясение головного мозга	513	645	79,5
	Ушиб головного мозга	132		20,5
	Внутричерепная гематома (эпидуральная, субдуральная, субарахноидальная, внутримозговая)	27	27	100
	Перелом костей свода черепа (теменная, височная, затылочная, лобная кости)	61	138	44,2
	Перелом костей основания черепа	31		22,5
	Перелом костей лицевого скелета (нижняя/верхняя челюсть, скуловая, носовые кости)	46		33,3
Позвоночник	Перелом / вывих в шейных позвонках	42	128	32,8
	Повреждение / разрыв спинного мозга на уровне шеи	22		17,2
	Перелом / вывих в грудных позвонках	32		25
	Повреждение / разрыв спинного мозга на уровне грудных позвонков	10		7,8
	Перелом / вывих в поясничных позвонках	16		12,5
	Повреждение / разрыв спинного мозга на уровне поясничных позвонков	6		4,7
Грудная клетка	Изолированные переломы ребер	27	41	65,9
	Множественные переломы ребер	7		17,1
	Двусторонние переломы ребер	5		12,2
	Перелом грудины	2		4,8
	Гемоторакс	6	12	50
	Пневмоторакс	3		25
	Пневмогемоторакс	0		0
	Двусторонний гемо-, пневмо-, пневмогемоторакс	0		0
	Ушиб сердца и его сумки	1		8,3
	Ушиб легких	2		16,7
Живот	Разрыв печени	0	2	0
	Разрыв почек	0		0
	Разрыв селезенки	0		0
	Разрыв мочевого пузыря	2		100
	Забрюшинная гематома	0		0
Верхняя конечность	Вывих / растяжение связок плечевого сустава	4	50	8
	Перелом ключицы	20		40
	Открытый перелом плечевой кости	0		0
	Закрытый перелом плечевой кости	8		16
	Вывих / растяжение связок локтевого сустава	0		0
	Открытый перелом костей предплечья	1		2
	Закрытый перелом костей предплечья	13		26
	Открытый перелом костей кисти	0		0
Закрытый перелом костей кисти	4	8		
Нижняя конечность	Переломы и разрывы сочленений костей таза	18	67	26,9
	Закрытый перелом бедра	2		3
	Открытый перелом бедра	0		0
	Вывих / повреждение связок / гемартроз коленного сустава. Разрыв менисков	10		14,9
	Закрытый перелом костей голени	12		17,9
	Открытый перелом костей голени	2		3
	Перелом костей / вывих голеностопного сустава	15		22,4
	Открытые переломы костей стопы	0		0
Закрытые переломы костей / вывихи суставов стопы	8	11,9		
Мягкие ткани	Раны, в том числе обширные	234	538	43,5
	Подкожные кровоизлияния / гематомы	60		11,1
	Ушиб мягких тканей	145		27
	Ссадины	99		18,4
Шок	Травматический шок	15	16	93,8
	Геморрагический шок	1		6,2
	Плевропульмональный шок	0		0
	Спинальный шок	0		0

Таблица 2 - Характеристика повреждений у больных после ДТП по анатомическим областям

	Наименование	Абс. число	%
1.	Голова	664	94,9
2.	Грудная клетка, в том числе переломы костей ГК повреждение внутренних органов ГК	41 41 12	5,9 5,9 1,7
3.	Живот (повреждение внутренних органов живота)	2	0,3
4.	Позвоночник	128	18,3
5.	Верхняя конечность	50	7,1
6.	Нижняя конечность	67	9,6
7.	Мягкие ткани	538	76,9

Как видно из таблицы 1 и 2, соответственно профилю анализируемого отделения преимущественно у больных было повреждение головы (94,9%) и позвоночника (18,3%). Повреждения костей нижней конечности встречаются у 9,6 % пострадавших, костей верхней конечности – 7,1%, грудной клетки – у 5,9%. Повреждение мягких тканей встречались у 76,9% больных.

В среднем больные после ДТП провели в нейрохирургическом стационаре 13,1 койко-дней (Me=10, Q1=8, Q3=14). Показатели койко-дней имеет

правостороннюю асимметрию. Статистически значимых различий койко-дней как в различных категориях участников дорожного движения (критерий Краскела - Уоллиса $H=1,274$; $p=0,259$), так и по половому признаку нет (критерий Манна-Уитни $U=56173$, $z = -1,602$, $p=0,109$). В связи с тяжестью полученных травм 43 больных (6,1%) проходили интенсивную терапию в условиях реанимации. В среднем они провели в реанимации 5,6 койко-дней (Me=4, Q1= 1, Q3=9).

Манипуляции, проведенные при поступлении пострадавшим, представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Манипуляции больным после ДТП при поступлении в нейрохирургическое отделение

Вид манипуляции	Частота	Процент
Не проводились	422	60,3
Трепанация черепа	12	1,7
Операция на позвоночнике	30	4,3
ПХО раны	108	15,4
Перевязка раны, ссадины	83	11,8
Корсет	13	1,8
Воротник Шанца	41	5,9
Другое	5	0,7
Итого:	714	101,9

Как видно из таблицы 3, большинству больным при поступлении не проводились никакие манипуляции (60,3%). Далее 15,4% больным проведена ПХО раны и 11,8% перевязка раны или ссадины. Воротник Шанца и корсет наложен при поступлении 5,9% и 1,8% пострадавшим. Операции на позвоночнике проведена у 4,3% и трепанация (трифинияция) черепа у 1,7%.

Постельный режим и медикаментозная терапия была применена у 583 человек (81,7%). Трепанации черепа выполнена у 12 больных (1,7%), наложен фиксирующий корсет и воротник Шанца 65 больным (9,1%). Оперативное лечение, в том числе на позвоночнике, проведено у 52 больных (7,3%). Другое лечение у 4 больных (0,5%).

В результате проведенного в стационаре лечения 666 (95,1%) больных выписаны с улучшением, переведены в травматологическое отделение БСМП для продолжения лечения 10 (1,4%) больных, 9 человек (1,3%) переведены в другой стационар для продолжения лечения, один пострадавший был переведен в урологическое отделение, 8 человек (1,2%) самовольно ушли или отказались от продолжения лечения. Шестерым

больным рекомендовано пройти освидетельствование МСЭК.

Таким образом, доля госпитализированных больных после ДТП в общей структуре госпитализации составило 10,9%.

Изолированная травма диагностирована у 74,6% пострадавших. В структуре политравмы большую часть занимает сочетанная травма, которая выявлена у 24 % (n=168) больных. Шок встречался у 2,3 % (n=16) больных. Соответственно профилю отделения преимущественно у больных было повреждение головы (94,9%) и позвоночника (18,3%).

В среднем больные после ДТП провели в нейрохирургическом стационаре 13,1 койко-дней (Me=10, Q1=8, Q3=14). Интенсивное лечение в условиях реанимации требуется 6,1% пострадавшим. В среднем они провели в реанимации 5,6 койко-дней (Me=4, Q1= 1, Q3=9). Постельный режим и медикаментозная терапия была применена у 81,7% больных. В результате проведенного в стационаре лечения, 95,1% больных выписаны с улучшением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Джаксыбекова Г.К., Сембинова А.С., Бекежанова Л.З., Кенжебек А.К. Основные показатели травматолого-ортопедической помощи населению РК в 2010 г. // Статистический сборник (специальный выпуск к 10-летию НИИТО). – Астана, 2011. – с.90.
- 2 Джаксыбекова Г.К. Основные показатели травматолого-ортопедической помощи населению РК в 2009 г. // Статистический сборник – Астана, 2010. – с.76.
- 3 Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Актуальные вопросы организации травматолого-ортопедической помощи населению РК // Травматология және ортопедия. – 2003. - №2. – с.3-4.
- 4 Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю. Дорожно-транспортный травматизм в Республике Узбекистан и организация медицинской помощи пострадавшим // Травматология және ортопедия. – 2011. - №2. – с.33-34.
- 5 Цой Г.В., Иванов В.В., Собарь В.С. причины политравмы, диагностика и тактика лечения // Травматология және ортопедия. – 2004. - №4. – с.73-74.
- 6 Абиев Т.М., Ералинов Е.К., Тлемисов М.А., Сагинова Д.А. К вопросам по организации экстренной помощи при сочетанной травме по данным ОАРИТ МКБ им.профессора Х.Ж.Макажанова // Травматология және ортопедия. – 2005. - №2. – с.12-13.
- 7 Вердиев В.Г., Мирзоев А.Ф. Дорожно-транспортный травматизм в Азербайджане и его особенности // Травматология және ортопедия. – 2011. - №2. – с.23-24.
- 8 Пошатаев К.Е. Эпидемиологические и клинические аспекты черепно-мозговой травмы [Электронный ресурс]. - Режим доступа: свободный, http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/dmj/2010/201004/201004_38.pdf.

А.О. МЫСАЕВ, В.К. УФИМЦЕВ, Е.К.СЕМЕНОВ, М.А.БАРАНОВСКАЯ

ЖОЛ-КӨЛІК ЖАРАҚАТТАРЫМЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ ЖАРАҚАТТАРДЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Түйін: Мақалада 2006-2010 жж. Семей аймағы бойынша жол-көлік апаттары нәтижесінде ауыр нейрожарақаттармен науқастарды ауруханаға жатқызудың эпидемиологиялық талдауы ұсынылған. Бұл мақаланың нәтижелері нейрохирургиялық стационарлардың жұмысын жоспарлауда және травматизмді зерттеуде пайдалы болады.

Түйінді сөздер: жолкөлік апаты, нейрохирургиялық жарақаттар, стационарлық науқастар.

A.O. MYSAYEV, V.K. UFIMTSEV, E.K.SEMENOV, M.A.BARANOVSKAYA

CHARACTERISTIC OF SEVERE INJURY AMONG NEUROSURGERY PATIENTS AFTER ROAD TRAFFIC COLLISIONS

Resume: Injuries are the actual problem of modern society. The most problematic and complex contingent of trauma patients are injured in road traffic accidents (RTA), they are also the main contingent of hospital patients - more than 68% [4]. Among the injured in a traffic accident pedestrians prevail 53.3%, within the automotive injury is 46%.

Many authors have noted the annual growth of the number of deaths in road accidents [3-6]. The main reason for hospitalization of patients is multiple and combined trauma, accompanied by a traumatic brain injury [7]. In the structure of the injuries of the RK for 2009-2010 head injury on 3rd place after the trauma of the upper and lower limbs. [1] The highest percentage of patients the hospital with a head injury (63%). [3] A large proportion of traumatic brain injury, high mortality and disability suffered, of course, bring the problem to the category neurotraumatizma priority [8].

Knowledge of the nature of neurosurgical damage in such severe injuries like road would help to improve the training of emergency room physicians, neurosurgeons, trauma surgeons, to help in the work of the specialized departments in planning work as well as in the study of injuries in general in order to develop prevention and mitigation of accidents. The injury characteristic in patients with severe neurotrauma after road traffic collisions in 2006-2010 at Semey and its vicinity is present in the article. The results of this paper will be useful in the planning of neurosurgical health care system and traumatism research.

Keywords: road traffic injury, neurosurgery injury

УДК 616.379-008.64: 612.015.32-543.85-796.015.6

Д.М. БАЙМУХАНОВА, Ж.А. ИМАНБЕКОВА, А.О. УЛУКБЕКОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Казахская академия спорта и туризмаВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНА
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В статье обсуждаются результаты исследования изменений в показателях углеводного и жирового обмена при сахарном диабете 2 типа под влиянием физических нагрузок и массажа. Установлена очевидная эффективность использования дифференцированной методики ЛФК в коррекции уровня глюкозы и снижении массы тела у тучных больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: сахарный диабет, углеводный и жировой обмен, физическая нагрузка, массаж, масса тела.

Введение. Сахарный диабет наиболее распространенное эндокринное заболевание, этиология и патогенез которого в настоящее время до конца не изучены, а результаты лечения в большинстве случаев нельзя считать удовлетворительными.

Интенсивный рост числа больных обусловлен, прежде всего, тем, что сахарный диабет напрямую связан с образом жизни человека, и факторы образа жизни, способствующие нарастанию избыточного веса (гиподинамия, рафинированное питание с большой долей жиров) в настоящее время преобладают [1,2]. Соответственно растут и материальные расходы, которые приходится нести здравоохранению Казахстана в связи с ожирением и его осложнениями. Следовательно, проблема приобретает и огромное социальное значение.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала сахарный диабет эпидемией XXI века. По последним оценкам ВОЗ, в 2011 г. во всем мире приблизительно 1,6 миллиарда взрослых людей (в возрасте старше 15 лет) и 20 миллионов детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес, и, как минимум, 400 миллионов взрослых людей страдали сахарным диабетом. Более того, по прогнозам ВОЗ, к 2015 г. примерно 2,3 миллиарда взрослых людей будут иметь избыточный вес, и более 700 миллионов будут страдать сахарным диабетом.

В этих условиях, при относительно хорошо разработанной базе общих теоретико-методологических основ ЛФК и массажа в комплексной терапии больных сахарным диабетом, тактика и схема применения дифференцированных методик лечебной гимнастики и массажа, с учетом функционального состояния организма, возраста, типа диабета, характера используемых упражнений, видов и приемов массажа до

сих пор не разработаны. Предложения отдельных авторов носят общий, зачастую односторонний и противоречивый характер [3].

Цель исследования – разработка методики ЛФК, включающей комплекс упражнений аэробной направленности в сочетании с приемами лечебного массажа, для коррекции уровня глюкозы и избыточной массы тела у тучных больных сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования: антропометрическое обследование, функциональные пробы и методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Для исследования нами было отобрано 24 пациента сахарным диабетом 2 типа в сочетании с экзогенной формой ожирения I и II-ой степени, в возрасте 55 - 60 лет. Длительность заболевания у всех была не более 5 лет.

Все пациенты были распределены на 3 группы по 8 человек в каждой. Шестнадцать человек составили экспериментальную группу (ЭГ-1 и ЭГ-2), в одной из которых (ЭГ-1) мы использовали разработанный нами комплекс аэробных упражнений, в другой (ЭГ-2) – комплекс аэробики по разработанной нами методике в сочетании с лечебным массажем. Помимо программы физических упражнений и массажа пациенты соблюдали диету. Восемь человек составили контрольную группу (КГ), в которой пациентами также соблюдалась диета (№ 9), однако занятия ЛФК и сеансы массажа в данной группе не проводились.

На момент первичного обследования показатели тощаковой и посталиментарной (постпрандиальной) гликемии у пациентов трех групп, участвовавших в исследовании, выглядели следующим образом (Таблица 1):

Таблица 1 – Показатели гликемии у больных сахарным диабетом до начала лечения

Группа	Концентрация глюкозы (моль/л)			
	Натощак ($\bar{X} \pm m$)	P	После еды ($\bar{X} \pm m$)	P
ЭГ-1 (n=8)	9,1 ± 0,9	> 0,05	13,0 ± 1,5	> 0,05
ЭГ-2 (n=8)	9,4 ± 1,3	> 0,05	13,5 ± 1,2	> 0,05
КГ (n=8)	9,2 ± 1,1		13,4 ± 1,8	

Примечательно, что уже через неделю после использования разработанной нами дифференцированной методики ЛФК и массажа у

большинства пациентов экспериментальной группы (ЭГ-1 и ЭГ-2) отмечалось снижение показателей гликемии. В

дальнейшие сроки наблюдения (6 месяцев) контроль гликемии постоянно улучшался.

Разница показателей исходной и конечной гликемии натощак у больных ЭГ-1 колебалась от 0,3 ммоль/л до 7,0 ммоль/л, в среднем составляя 3,2 ммоль/л. Без изменений этот показатель оставался в 1 случае, когда исходные данные (6,2 ммоль/л) говорили о хорошем контроле. Повышенная постпрандиальная гликемия в данном случае снизилась с 12,8 ммоль/л до 7,3 ммоль/л. По сравнению с исходными данными через неделю тощачовая гликемия у пациентов этой же группы снижалась в среднем на 1,0 ммоль/л (11%), через 1 месяц – на 2,3 ммоль/л (25%), через 3 месяца – на 2,6 ммоль/л (29%) и через 6 месяцев – на 3,2 ммоль/л (35%). Как видно, интенсивность снижения была выражена в первый месяц лечения.

Как и следовало ожидать, реакция гликемии на физическую нагрузку была более выраженной в постпрандиальную фазу. Снижение индивидуальных показателей варьировало от 3,1 ммоль/л до 8,3 ммоль/л, в среднем составляя 5,5 ммоль/л. Известно, что концентрация глюкозы в крови не только натощак, но, главным образом, постпрандиальное содержание глюкозы в крови является важнейшим параметром метаболической оценки больных диабетом 2 типа. Это связано с тем, что, несмотря на нормальную гликемию натощак, нарастающее увеличение гликемии через 2 часа после еды, как правило, приводит к увеличению риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Этот вывод говорит о необходимости своевременного выявления лиц с постпрандиальной гипергликемией и ее комплексной коррекции с включением адекватной физической нагрузки.

При сравнении исходных и конечных показателей постпрандиальной гликемии получены следующие данные: через 1 неделю лечения снижение в среднем достигло 3,9 ммоль/л, т.е. 30 %, через 1 месяц – 5,5 ммоль/л (43%), через 3 месяца – 5,6 ммоль/л (44%) и в конце наблюдения – 5,5 ммоль/л (43%). Таким образом, более интенсивное снижение отмечалось в первую неделю. К концу первого месяца были достигнуты хорошие средние показатели, практически не менявшиеся до конца наблюдения. Аналогичные данные, с небольшим преимуществом, получены и во второй экспериментальной группе (ЭГ-2), где дополнительно использовались сеансы классического лечебного и точечного массажа. Здесь, по-видимому, воздействие лечебной физической культуры на организм активно занимающихся пациентов усиливается действием массажных приемов. Воздействуя на нервные окончания кожи, массаж рефлекторно, через высшие нервные центры, влияет на деятельность нервной системы, кровообращение и, что крайне важно на железы внутренней секреции и процессы обмена веществ.

В то же время нами установлено, что в контрольной группе, где пациенты не занимались ЛФК и не принимали сеансы массажа, подобной тенденции в динамике показателей гликемии как натощак, так и после приема пищи не наблюдалось. Изменения гликемии у больных экспериментальной и контрольной групп приведены в таблице 2. Как видно из таблицы 2, различия показателей как тощачовой, так и постпрандиальной гликемии в экспериментальной группе (ЭГ-1 и ЭГ-2) через 1, 3 и 6 месяцев после начала занятий дифференцированной методикой ЛФК и массажа по сравнению с исходным уровнем высоко достоверны.

Таблица 2 – Влияние дифференцированной методики ЛФК и массажа на показатели гликемии у больных сахарным диабетом

Группа	Средний ($\bar{X} \pm m$) показатель концентрации глюкозы, ммоль/л							
	Натощак				После еды			
	До лечения	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.	До лечения	Через 1 мес.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
ЭГ-1	9,1±0,9	6,8±0,3	6,5±0,7	5,9±1,1	13,0±1,5	7,5±0,8	7,4±0,6	7,5±0,8
P		<0,05	<0,05	<0,01		<0,01	<0,01	<0,01
ЭГ-2	9,4±1,3	6,6±0,4	6,3±0,5	5,8±0,9	13,5±1,2	7,5±0,7	7,3±0,5	7,1±0,6
P		<0,05	<0,01	<0,01		<0,01	<0,01	<0,01
КГ	9,2±1,1	9,0±0,7	9,1±0,7	8,8±0,9	13,4±1,8	13,2±1,6	13,3±1,9	12,9±1,7
P		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Сравнительная динамика изменений гликемии натощак и в постпрандиальный период в процессе физической реабилитации средствами ЛФК и массажа у пациентов

экспериментальной группы наглядно иллюстрируется рисунками 1 и 2.

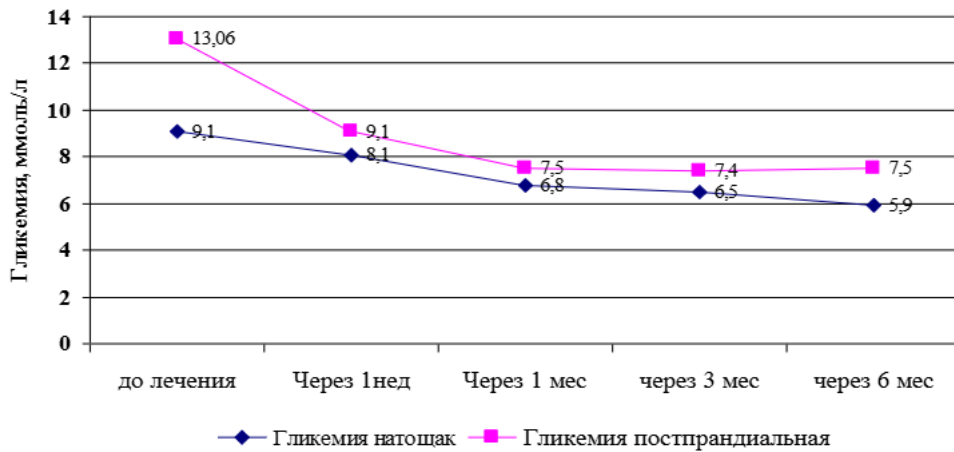


Рисунок 1 – Динамика гликемии у больных ЭГ-1 под влиянием экспериментальной методики

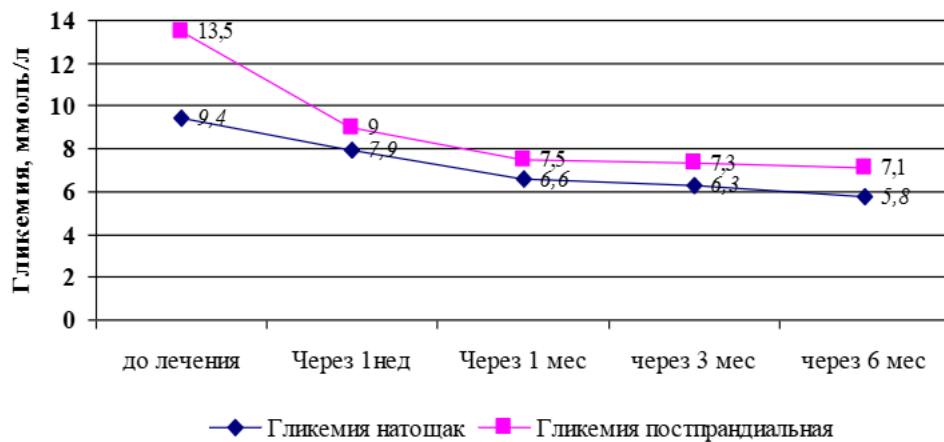


Рисунок 2 – Динамика гликемии у больных ЭГ-2 под влиянием экспериментальной методики

Динамика снижения массы тела у пациентов трех групп, участвовавших в исследовании, выглядела следующим образом: уже после одного месяца регулярных занятий ЛФК и сеансов лечебного массажа наблюдалось умеренное снижение веса у пациентов из экспериментальных групп ЭГ-1 и ЭГ-2, причем практически одинаковое в обеих группах – на 1,17 кг и 1,22 кг от исходной величины соответственно. В экспериментальной группе ЭГ-1, где применялся комплекс аэробных упражнений в сочетании с диетотерапией, среднее снижение массы тела за 6 месяцев составило 5,8 кг. Экспериментальная группа ЭГ-2, где, наряду с комплексом аэробных упражнений и диетотерапией применялся курс классического лечебного и точечного массажа, продемонстрировала лучший результат. За шесть месяцев занятий потеря в весе здесь составила 8,5 кг. В контрольной группе снижение массы тела было статистически незначимым ($P > 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения разработанной нами

методики в комплекс средств, используемых при лечении тучных больных сахарным диабетом 2 типа. Он не только способствует снижению гипергликемии, но и снижает лежащую в основе заболевания инсулинорезистентность. Кроме того, под влиянием регулярных занятий ЛФК, включающей упражнения аэробной направленности, а также сеансы классического лечебного и точечного массажа, происходит достоверное снижение общего веса тела.

Выводы

1. Исследование изменений в показателях углеводного обмена пациентов позволило установить очевидную эффективность дифференцированной методики ЛФК и массажа в коррекции уровня глюкозы до нормы как натощак (5,85 ммоль/л) так и после приема пищи (7,3 ммоль/л).
2. Анализ выявленных результатов позволяет убедиться в том, что под влиянием регулярных физических нагрузок и массажа у тучных больных сахарным диабетом 2 типа произошло достоверное снижение общей массы тела на 7,15 кг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Асташенко О.И. Энциклопедия лечебных движений при различных заболеваниях. – СПб.: Вектор, 2009. – 306 с.
- 2 Балаболкин М.И. Диабетология. – М.: Медицина, 2000. – 415 с.
- 3 Цветкова Н.С., Грановская А.М. Инсулиннезависимый сахарный диабет: Основы патогенеза и терапии. – М.: Российская Медицинская Академия, 2005. – 164 с.

Д.М. БАЙМУҚАНОВА, Ж.А. ИМАНБЕКОВА, А.О. ҰЛЫҚБЕКОВА

ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА КӨМІРСУ ЖӘНЕ МАЙ АЛМАСУЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫНА ФИЗИКАЛЫҚ ЖҮКТЕМЕЛЕРДІҢ ӘСЕРІ

Түйін: Мақалада қант диабетінің 2-типімен ауыратын науқастарда физикалық жүктемелердің, массаждың әсерінен көмірсу және май алмасуының көрсеткіштерінің өзгерістері қарастырылған. Қант диабеті мен семіруі бар науқастардың қанында глюкозаның мөлшері және дене массасын түзетуін, дифференциаланған емдік дене шынықтыру әдістемесінің маңызды нәтижесі көрсетілген.

Түйінді сөздер: қант диабеті, көмірсу және май алмасуы, физикалық жүктеме, массаж, дене массасы.

D.M. BAIMUKHANOVA, ZH.A. IMANBEKOVA, A.O. ULUKBEKOVA

EFFECT OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE STATUS OF CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Resume: the article discusses the results of research of changes in the indicators of carbohydrate and fat metabolism in diabetes mellitus type 2 under the influence of physical activity and massage. Set the apparent effectiveness of the use of differentiated methods of therapeutic physical training in correction of glucose levels and reducing body weight in obese patients with type 2 diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, carbohydrate and lipid metabolism, physical activity, massage, body weight

УДК 616. 24-002.5-021.3-07-071-073.75

К.М. УСЕРБАЕВА

ГККП противотуберкулезный диспансер Медеуского района г.Алматы

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Среди впервые выявленного туберкулеза отмечена наибольшая частота инфильтративного туберкулеза - 79,3%, с распадом в 31,0%, с бактериовыделением в 44,8%, из них в 27,5% случаев культуральным методом. У 62,0% больных начало заболевания было бессимптомным, поэтому в 75,8%. больные выявлялись при профилактическом осмотре.

Ключевые слова: туберкулез, факторы риска, клиническое течение, рентгенологическая картина, диспансер

Заболеваемость туберкулезом в 2011 году в Республике Казахстан характеризуется некоторым снижением заболеваемости (86,6 на 100 000 населения) и смертности (8,4 на 100 000 населения). Достигнуты значительные успехи в улучшении качества профилактики, диагностики и лечения туберкулеза. Одним из критериев эффективности противотуберкулезных мероприятий является показатель смертности от туберкулеза, который имеет некоторую стабильность по снижению (1). Вместе с тем, растет число распространенных форм с лекарственной резистентностью к препаратам (2,3).

Цель: проанализировать особенности течения впервые выявленного туберкулеза в условиях противотуберкулезного диспансера.

Материал исследования.

Для выполнения задач, поставленных в этом исследовании, нами обследовано 29 больных с впервые в жизни установленным туберкулезом органов дыхания, находившихся под наблюдением в противотуберкулезном диспансере Медеуского района г.Алматы за период 2010-2011гг. Характеристика больных по полу и возрасту представлена на рисунке

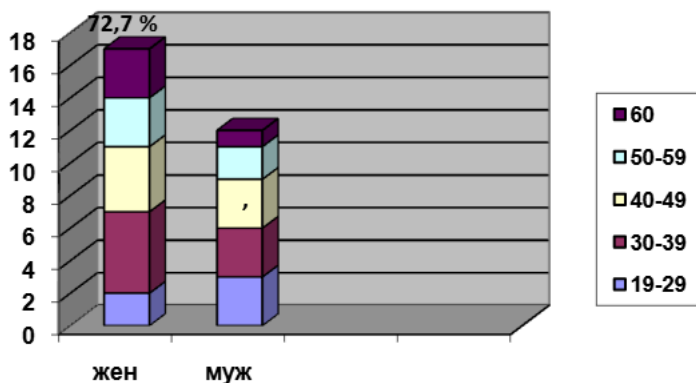


Рисунок 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Из представленного рисунка 1 видно, что большинство были женщины – 17 (58,6%). Большая доля регистрируемых случаев приходится на возраст между 30-49 лет – 38,4% случаев.

Основными причинами при возникновении туберкулеза наибольшее значение имеют такие

факторы риска как плохое материально-бытовое положение и некачественное, несбалансированное питание (белковый и витаминный дефицит), что находится в прямой зависимости от материального достатка, а также вредные привычки (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных по факторам риска развития туберкулезного воспаления

№	Факторы риска	Количество больных
1	Низкое материально бытовое положение	8 (27,5%)
2	Низкокалорийное питание	11 (37,9%)
3	Очаг туберкулезной инфекции	8 (27,5%)
4	Пребывание в уголовно-исправительной системе (в прошлом)	4 (13,7%)
5	Алкоголизм	7 (24,1%)
6	Курение	12 (41,3%)
7	Семейная неустроенность	9 (31,0%)
8	Всего больных	29 (100%)

Из таблицы 1 следует, что для больных отмечено преобладание таких отрицательных факторов как

некачественное питание (37,9%), контакт с больным туберкулезом (27,5%) и вредные привычки

(злоупотребление алкоголем и курение) в 24,1% и 41,3% случаев. Плохие материально-бытовые условия: лица снимающие жилплощадь, живущие в общежитиях, или коммунальных квартирах - 27,5%. Семейная неустроенность, т.е. проживающие в одиночестве, имеющие неполные семьи - 31,0%. Проживание в

очаге туберкулезной инфекции отмечено в 27,5% случаев. Имело место пребывание в местах лишения свободы в 13,7% случаев. Большое внимание при сборе анамнеза обращалось на наличие контакта с бактериовыделителями или больными активными формами туберкулеза (рисунок 2).

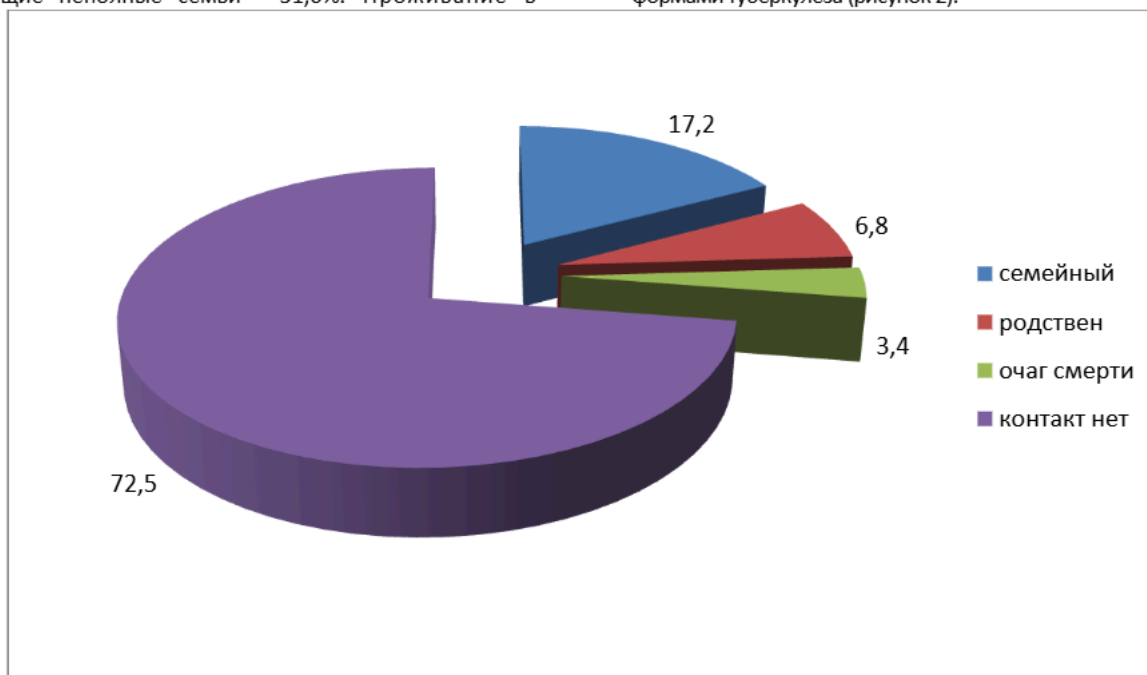


Рисунок 2 - Контакт с больными активным туберкулезом (в % к итогу)

Согласно рис 2 контакт с больными туберкулезом отмечено у 27,5% больных, в том числе у 3,4% больного из очага смерти. У остальных 72,5% контакт с больными туберкулезом установлен не был. Чаще

других источником заражения являлись члены семей – 17,2%. Больные выявлялись в большинстве случаев при проведении флюорографии (75,2%) (таблице 2).

Таблица 2 - Методы выявления туберкулеза органов дыхания

Всего больных	Методы выявления		
	При флюорографии	По контакту	По обращаемости
29 (100,0%)	22 (75,8%)	3 (10,3%)	4 (13,7%)

Анализ данной таблицы 2 показал, что 75,8% обнаружены при профилактическом осмотре, при обращении к врачу – в 13,7% случаев. Только 10,3% (3 человек) были выявлены при обследовании по контакту с больными туберкулезом.

Для анализа особенностей клинической картины туберкулеза органов дыхания были прослежены

данные анамнеза, клинико-лабораторные проявления болезни.

Оценивался характер начала заболевания, у 18 (62,0%) больных начало заболевания было бессимптомным, подострым у 3 (10,3%) и острым у 8 (27,5%) пациентов.

Клинические проявления болезни в виде общих симптомов интоксикации представлены на рисунке 3.

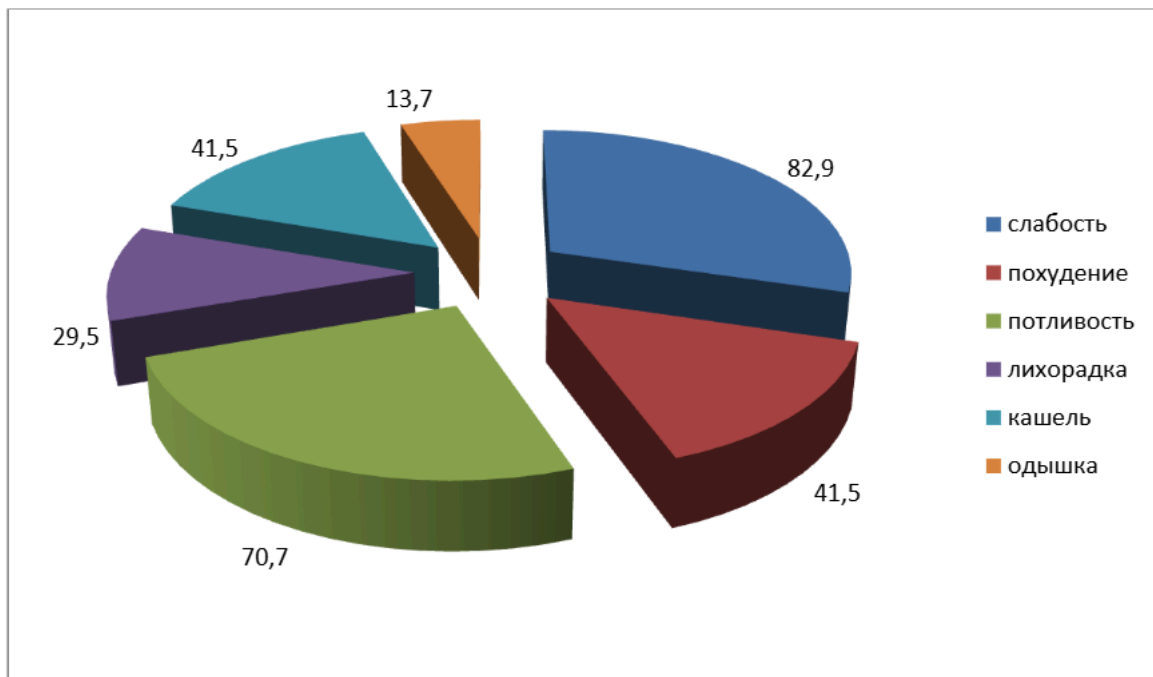


Рисунок 3 - Распределение больных по общим симптомам интоксикации (в % к итогу)

Из данных рисунка 3 следует, что больных чаще беспокоили общая слабость - 82,9% случаев, потливость – 70,7%, похудание и кашель по 41,5%, повышение температуры у 29,5% больных. Помимо общих симптомов интоксикации наблюдались и грудные симптомы. Грудные симптомы: боль в грудной клетке, одышка, кашель продуктивного характера, ослабленное дыхание и хрипы наблюдались 17,9%, кровохарканье у 3,4% больных. Выраженность клинической симптоматики больных зависела и от рентгенологической картины в легких.

Анализ показателей периферической крови, при общеклиническом исследовании показал, что показатели красной крови свидетельствовали о гипохромной анемии, снижение уровня Hb отмечалось у 51,8% больных, умеренный лейкоцитоз у 63,1% больных, эозинофилез в 25,0%, моноцитоз в 10,2%, лимфоцитоз в 32,9%, увеличение СОЭ в 48,8%.

По клинико-рентгенологической картине больные по клиническим формам туберкулеза органов дыхания (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение больных туберкулезом органов дыхания по клиническим формам

Клинические формы туберкулеза легких	Количество больных	
	Абс.ч.	%
Очаговый	4	13,8
Инфильтративный	23	79,3
Туб. плеврит	2	6,8
Итого	29	100,0

Анализ данной таблицы 3 показывает, что в большинстве случаев установлен с инфильтративным туберкулезом в 79,3%, с очаговым туберкулезом легких в 13,8%, плеврит

туберкулезной этиологии в 6,8% случаев. Проведен анализ больных по фазам специфического процесса в легких и по бактериовыделению (таблица 4).

Таблица 4 - Распределение больных по фазам процесса в легких и бактериовыделению

Клинические формы туберкулеза	Фазы процесса	Выделение МБТ			
		инфильтрация	распад, обсеменение	рассасывание, уплотнение	микроскопия / посев
Очаговый	4 (13,7%)	-	-	-	1 (4,8%)
Инфильтративный	12 (41,3%)	9 (31,0%)	3(10,3%)	13 (44,8%)	5 (12,1%)
Туб. плеврит	-	-	-	-	3 (7,3%)
Итого	16 (55,1%)	9 (31,0%)	3 (10,3%)	13 (44,8%)	8 (27,5%)

Из данной таблицы 4 можно отметить, что больше у половины больных (55,1%) процесс был в фазе инфильтрации, и в 31,0% отмечен распад легочной ткани и обсеменение. Данные больные выделяли

микобактерии туберкулеза в 44,8% случаев микроскопией и 27,5% культуральным методом.

Клиническую картину заболевания отягощают часто встречающиеся хронические сопутствующие заболевания.

Сопутствующие заболевания наблюдались у 13 (44,8%) больных. По частоте они распределились следующим образом: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 3 (10,3%) (в т.ч. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки), заболевания сердечно-сосудистой системы - 6 (20,6%) случаев. Хронический алкоголизм наблюдался только у 2 (6,8%) больного. Эндокринные заболевания в виде сахарного диабета отмечен в 3 (10,3%) случаев. У одного больного отмечено по несколько заболеваний в 14,6% случаев.

Выводы:

1. Наибольшее количество больных 75,8% обнаружены при профилактическом осмотре, при обращении к врачу – в 13,7% случаев.
2. Контакт с больными туберкулезом отмечено у 27,5% больных, в том числе у 3,4% больного из очага смерти.
3. В структуре клинических форм туберкулеза у больных преобладали инфильтративный туберкулез легких – 23 (79,3%). В 13,8% случаев диагностирован очаговый туберкулез легких.
4. Микобактерии туберкулеза определялись в 44,8% микроскопией и в 27,5% методом посева.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации национальной программы борьбы с туберкулезом в Казахстане. //Фтизиопульмонология. – 2011.-№2(19). - С.6-9.
- 2 Статистический обзор по туберкулезу в РК. – Алматы: 2012.
- 3 Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. - М.: Медицина, 1976. – 360 с.
- 4 Ерохин В.В. Актуальные проблемы организации борьбы с туберкулезом в России // Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких: Материалы научной сессии, посвящ. 85-летию ЦНИИТ РАМН. – М.: 2006. – С. 13-14.

Түйін: Жаңа анықталған туберкулездің арасында инфильтративті туберкулез 79,3% жиілікпен кездеседі. Үрдіс 31,0% ыдырау күйімен, 44,8% бактерия бөлінуімен, оның ішінде 27,5% бактериологиялық әдіспен анықталуымен сипатталады. Клиникалық көрінісі 62,0% мардымсыз, 75,8% алдын алу шараларында анықталады.

K.M. USERBAEVA

Medeu district TB hospital of Almaty

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURE FIRST IDENTIFIED RESPIRATORY TUBERCULOSIS

Resume: Among the newly diagnosed tuberculosis had the highest frequency of infiltrative tuberculosis - 79.3%, from 31.0% in the collapse, smear-44.8%, of which 27.5% of the time in culture. In 62.0% of patients were asymptomatic onset of the disease, so in 75.8%. Patients were identified by routine inspection.

The incidence of tuberculosis in 2011 in the Republic of Kazakhstan is characterized by some reduction in the incidence (86.6 per 100 000 population) and mortality rate (8.4 per 100,000 population). There has been significant progress in improving the quality of prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis. One measure of the effectiveness of control activities is the death rate from tuberculosis, which has some stability to reduce (1). However, the number of common forms of drug resistance to the drugs (2,3). Objective: To analyze the characteristics of the course of newly diagnosed tuberculosis in a TB hospital. Subjects.

To meet the objectives of this study, we have examined 29 patients with first-ever pulmonary tuberculosis under observation in the TB dispensary for the period from 2010 to 2011.

Keywords: tuberculosis, risk factors, clinical course, radiologic imaging, and dispensary

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСКОРЕННОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

В статье приведен сравнительный анализ эффективности использования автоматизированной системы для выявления *M. Tuberculosis* продемонстрировал более высокие диагностические качества «ВАСТЕС MGIT-960». Совпадение результатов тестирования лекарственной чувствительности МБТ к изониазиду и рифампицину на средах Левенштейна-Йенсена и Middlebrook 7H9 отмечены в 96,6% случаев.

Ключевые слова: диагностика туберкулеза, автоматизированная система ВАСТЕС MGIT 960, среда Левенштейна-Йенсена

На фоне напряженной эпидемической ситуации с туберкулезом наиболее важной проблемой остается раннее выявление возбудителя туберкулеза у больных. Одним из основных компонентов комплекса мер, направленных на диагностику, лечение и профилактику туберкулеза является применение эффективных методов диагностики и выявления лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза (МБТ). Своевременная детекция мультирезистентных штаммов на ранних этапах заболевания позволяет контролировать дальнейшее распространение возбудителя заболевания, повысить эффективность лечения путём применения оптимальных схем химиотерапии на ранних этапах лечения. Однако определение спектра лекарственной чувствительности классическими методами на селекционных питательных средах занимает от 3– недель до 3 месяцев, что делает полученный результат ретроспективным [1].

Бактериологические методы определения чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена, принятый ВОЗ за международный стандарт, являются наиболее широко используемыми и включают стадию культивирования МБТ на специализированных питательных средах. Поскольку МБТ – медленно растущая бактерия, постановка диагноза лекарственно устойчивого туберкулеза занимает от нескольких недель до 2–2,5 месяцев. За это время больному не может быть назначена адекватная химиотерапия. Из-за низкой эффективности лечения, больной в этот период сохраняет контагиозность и продолжает распространять ЛУ штаммы.

Для сокращения сроков получения результатов тестирования на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) была разработана автоматизированная система ВАСТЕС MGIT 960. Эта система осуществляет постоянный компьютерный мониторинг состояния бактериальной популяции и сигнализирует о размножении минимального числа микроорганизмов. В основу технологии детекции заложено использование пробирки BD BBL™ MGIT™ с модифицированной средой Middlebrook 7H9 и встроенным флуоресцентным индикатором, который инактивирован высокими концентрациями кислорода [2, 3 4]. В процессе роста размножающаяся микробная популяция поглощает кислород, тем самым активируя флуоресцентный индикатор, который начинает светиться при ультрафиолетовом излучении. Положительная флуоресценция в пробирках MGIT™ является результатом роста культуры микобактерий. Контроль за внесенным в индикаторную пробирку материалом осуществляет встроенный в прибор компьютер [5, 6, 7].

Испытания, проведенные во многих лабораториях мира, показали, что применение автоматизированных систем в лабораторной практике позволяет: сократить сроки выявления микобактерий из диагностического материала в среднем до 3–20 дней и сократить сроки определения лекарственной чувствительности микобактерий до 5–14 дней. [8, 9]. Автоматизированная система ВАСТЕС MGIT 960 используется в Республиканской референс- лаборатории Национального Центра Фтизиатрии.

Целью исследования явилось изучение основных показателей определения лекарственной чувствительности *M. Tuberculosis* к изониазиду и рифампицину на автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT 960.

Материалы и методы

Для оценки эффективности диагностической тест-системы ВАСТЕС MGIT 960 нами были проведены сравнительные исследования применения бактериологического посева на питательную среду Левенштейна – Йенсена и модифицированную среду Middlebrook 7H9 MGIT™ при выявлении *M. Tuberculosis* и определении лекарственной чувствительности. В работу были включены материалы обследования госпитализированных впервые выявленных и ранее принимавших лечение пациентов обоего пола, старше 15 лет с клинически, рентгенологически и микроскопически подтвержденным диагнозом легочного туберкулеза.

Биологические образцы у больных, поступивших на стационарное лечение в НЦФ, собраны согласно общепринятым методикам.

Каждый биологический образец делили на две части. Инокуляцию образцов для получения культуры *M. Tuberculosis* проводили параллельно - на питательную среду Левенштейна-Йенсена на модифицированную среду Middlebrook 7H9 MGIT™.

При культуральных методах исследования на яичной питательной среде Левенштейна - Йенсена для гомогенизации и деконтаминации биологических образцов применяли модифицированный метод Петрова (4% раствор гидроокиси натрия NaOH). Инокуляция образцов для получения культуры *M. Tuberculosis* (МБТ) на питательную среду Левенштейна – Йенсена проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ для национальных программ [10].

Бактериологические исследования на системе BD ВАСТЕС MGIT 960 проводили в соответствии с Руководством по работе системы MGIT 960 для диагностики легочного туберкулеза и лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза [11]. Для разжижения мокроты и улучшения деконтаминации биологических образцов применяли стерильный раствор

N-ацетил-цистеина с гидроксидом натрия (BBL MуроPrep NALC-NaOH). Инокуляция образцов проводилась в соответствии с руководством в пробирки с жидкой питательной (модифицированной) средой Middlebrook 7H9. Для повышения деконтаминационных свойств питательной среды использовалась добавка PANTA (смесь антибиотиков) [12].

Учет результатов посевов проводили в течение всего период инкубации, при максимальных сроках на питательной среде Левенштейна – Йенсена - 2,5 месяца и на системе BD BACTEC MGIT 960 – 6 недель.

При оценке высеваемости МБТ из образцов клинического материала результаты исследований проверяли вычислением статистической погрешности процесса и средней ошибки разности для двух показателей. При разности между процентами в сравниваемых группах меньше средней ошибки разности, найденную разность считали ненадежной, при разности между процентами больше средней ошибки разности, разность считали статистически достоверной [13].

Тестирование на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) проводилось в параллельных исследованиях, по следующей схеме:

- культуры МБТ, полученные на системе MGIT исследовали на лекарственную чувствительность на системе MGIT;
- культуры МБТ, полученные на среде Левенштейна–Йенсена, на лекарственную чувствительность исследовали методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена;

Лекарственную чувствительность методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и на системе MGIT определяли к изониазиду и рифампицину.

Результаты ТЛЧ учитывали на среде Левенштейна – Йенсена от 28 до 42 дней, на системе BD BACTEC MGIT 960 – от 4 до 22 дней.

По результатам работы определяли следующие показатели ТЛЧ методом MGIT по отношению к классическому ТЛЧ на питательной среде Левенштейна – Йенсена: чувствительность теста (способность определять истинную лекарственную устойчивость), специфичность теста (способность определять истинную лекарственную чувствительность) и эффективность теста (частота правильных результатов к общему числу результатов) [13]

На основании полученных данных нами были рассчитаны основные показатели теста лекарственной чувствительности на системе BD BACTEC MGIT 960 по отношению к определению лекарственной чувствительности методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена.

В нашем исследовании чувствительность (Se) показывает процент верно идентифицированных лекарственно-устойчивых штаммов к противотуберкулезному препарату, специфичность (Sp) показывает процент верно идентифицированных лекарственно-чувствительных штаммов к ПТП, эффективность теста (частота правильных результатов к общему числу результатов).

Чувствительность и специфичность рассчитывали по общепринятым формулам: $Se = (a/(a+c) \times 100$, $Sp = (d/(d+b) \times 100$, где а – число штаммов с устойчивостью к препарату, подтвержденной обоими методами, с – устойчивые по результатам Л-Й, но чувствительные по MGIT. Во второй формуле: d – число штаммов, чувствительных к препарату, по результатам обоих методов, b – чувствительные по результатам Л-Й, но устойчивые по результатам MGIT. Оценку эффективности рассчитывали по формуле: $(a + d) / \text{все исследования}$ [14].

Результаты и обсуждение

При обследовании 117 больных было проведено 234 параллельных посевов штаммов МБТ для проведения ТЛЧ (117- на среду Левенштейна –Йенсена и, соответственно, 117 - на диагностической тест-системе BACTEC MGIT 960).

Основные показатели определения лекарственной устойчивости на диагностической тест-системе BACTEC MGIT 960 к изониазиду и рифампицину представлены в таблицах 1, 2.

В 87 случаях была определена устойчивость к изониазиду методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 85 случаях ЛУ подтверждена на BACTEC MGIT 960. В 2 –х случаях ЛУ не подтверждена на MGIT. В 34 случаях определена чувствительность к изониазиду методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 32 случаях ЛЧ подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 2 –х случаях ЛЧ не подтверждена на BACTEC MGIT 960. Таким образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к изониазиду на тест-системе BD BACTEC MGIT 960 составили, соответственно 97,7% и 91,4%, эффективность теста – 96,6%.

Таблица 1 - Показатели определения устойчивости МБТ к изониазиду (H) на BACTEC MGIT 960

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	среда Левенштейна – Йенсена		сего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к H	МБТ чувствительные к H				
МБТ устойчивые к H	85	2	87	97,7	91,4	96,6
МБТ чувствительные к H	2	32	34			
ВСЕГО	87	34	121			

В 56 случаях была определена устойчивость к рифампицину методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 54 случаях ЛУ подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 2 –х случаях ЛУ к рифампицину не подтверждена на

MGIT. В 63 случаях определена чувствительность к рифампицину методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 61 случае ЛЧ подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 2 –х случаях ЛЧ не подтверждена на MGIT. Таким

образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к рифампицину на тест-системе BD BACTEC MGIT 960

составили, соответственно 96,4% и 96,8%, эффективность теста – 96,6%.

Таблица 2 - Показатели определения устойчивости МБТ к рифампицину на BACTEC MGIT 960

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	Среда Левенштейна – Йенсена		всего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к R	МБТ чувствительные к R				
МБТ устойчивые к R	54	2	56	96,4	96,8	96,6
МБТ чувствительные к R	2	61	63			
ВСЕГО	56	63	119			

Кроме высоких показателей определения чувствительности/устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам на диагностической тест-системе BACTEC MGIT 960 необходимо отметить, что время исследования лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза на аппарате BACTEC существенно сокращается. Если на определение лекарственной чувствительности МБТ унифицированным методом абсолютных концентраций на плотных питательных средах затрачивается 3-4 недели, то на жидких средах данный тест длится, в среднем, 6,8 суток. Результаты ТЛЧ M.Tuberculosis на автоматизированной системе клиницисты получают на 21 сутки, а при использовании традиционных методов, более чем через 2 месяца.

Выводы.

Сравнительный анализ эффективности использования автоматизированной системы для выявления возбудителя туберкулеза продемонстрировал более высокие диагностические качества «BACTEC MGIT-960». Внедрение в лабораторную практику данной системы является целесообразным, поскольку она сокращает сроки выявления микобактерий из диагностического материала. Использование автоматизированной системы «BACTEC MGIT-960» необходимо для максимально быстрого и эффективного выявления возбудителя туберкулеза у лиц с подозрением на наличие туберкулезной инфекции, контроля эффективности лечения и своевременной коррекции химиотерапии. Совпадение результатов тестирования лекарственной чувствительности МБТ к изониазиду и рифампицину на средах Левенштейна-Йенсена и Middlebrook 7H9 отмечены в 96,6% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бочкарев Е.Г., Денисова Т.С., Генерозов Э.В., Говорун В.М., Кузнецов П.В., Никитченко Е.Ю., Черноусова Л.Н. Генодиагностика во фтизиатрии. - М., 2000.
- 2 Brunello F., Favari F., Fontana R. Comparison of the MB/BacT and BACTEC 460 TB systems for recovery of mycobacteria from various clinical specimens // J. Clin. Microbiol. – 1999. – Vol. 37. – P. 1206–1209.
- 3 Brunello F., Fontana R. Reliability of the MB/Bactec system for testing susceptibility of Mycobacterium tuberculosis complex isolates to antituberculosis drugs // J. Clin. Microbiol. – 2000. – Vol. 38. – P. 872–873.
- 4 Иртуганова О.А., Смирнова Н.С., Мороз А.М., Литвинов В.И. Ускоренная культуральная диагностика туберкулеза с использованием систем BACTEC MGIT и MB/Bact // Метод. рекомендации МНПЦБТ. – М., 2001. – 16 с.
- 5 Rusch-Gerdes S., Domehl C., Nardi G. et al. Multicenter evaluation of the Mycobacteria Growth Indicator Tube for testing susceptibility of M.tuberculosis to first-line drugs // J. Clin. Microb. – 1999. – Vol. 37. – P. 45–48.
- 6 Yew W.W., Chan C.K., Chau C.H. et al. Outcomes of patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis treated with ofloxacin/levofloxacin-containing regimens // Chest. – 2000. – № 117. – P. 744–751.
- 7 Гольшевская В.И., Иртуганова О.А., Смирнова Н.С. и др. Сравнение нитратредуктазного и автоматизированного BACTEC MGIT 960 AST методов определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза // Пробл. туб. – 2003. – №8. – С. 34–37.
- 8 Roberts G., Goodman N., Heifets L., et al. Evaluation of the BACTEC radiometric method for recovery of mycobacteria and drug susceptibility testing of M tuberculosis // J. Clin. Microbiol. – 1983. – Vol. 8. – P. 689–696.
- 9 Diaz-Infantes M., Ruiz-Serrano M., Martinez-Sanchez L. et al. Evaluation of the MB/BacT Mycobacterium detection system for susceptibility testing of M.tuberculosis // J. Clin. Microbiol. – 2000. – Vol. 38. – P. 1988–1989.
- 10 Chaulet P., Spinaci S., Harries A. Для Глобальной программы борьбы с туберкулезом, ВОЗ. Лечение туберкулеза: рекомендации для Национальных программ. 2-е издание. Женева, Швейцария, 1998:21.
- 11 Salman H. Siddiqi, Sabine Rusch-Gerdes. Руководство по работе с Системой BACTEC MGIT 960. FIND, 2006.
- 12 Скрыгина Е.М., Залуцкая О.М., Рот А., Маух Х. Тестирование лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза с использованием различных методов. Ж. Проблемы туберкулеза. №5, 2001. С.44.
- 13 Сепетлиев Д., 1978 Статистические методы в научных медицинских исследованиях. – Москва.: Медицина, 1978. - С.102 – 104.
- 14 Lazlo A., Rahman M., Raviglione M., Bustero F. Программа обеспечения качества при проведении тестов на лекарственную чувствительность Mycobacterium tuberculosis в сети межнациональных референс-лабораторий ВОЗ/МСБТБЛ: первый раунд исследования качества работы лабораторий. Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007; (4):42-48

А.Д. АДАМБЕКОВА

**М. TUBERCULOSIS АНЫҚТАУДЫҢ ЖӘНЕ ДӘРІЛІК СЕЗІМТАЛДЫҚТЫ АНЫҚТАУДЫҢ АВТОМАТТЫ
ӘДІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІ**

Түйін: M.Tuberculosis анықтау үшін автоматтандырылған жүйені пайдалану тиімділігінің салыстырмалы талдауы «BACTEC MGIT-960» жоғары диагностикалық қасиеттерін көрсетті. Левенштейн-Йенсен және Middlebrook 7H9 орталарында изониазид және рифампицинге МБТ дәрілік сезімталдық тестілеуінің нәтижелерінің сәйкес келуі 96,6% жағдайда білінді.

Түйінді сөздер: туберкулез диагностикасы, BACTEC MGIT 960 автоматтандырылған жүйесі, Левенштейн-Йенсен ортасы.

A.D. ADAMBEKOVA

**AN EFFICIENCY OF THE AUTOMATED METHOD OF DETECTION M.TUBERCULOSIS
AND DRUG SUSCEPTIBILITY TESTING**

Resume: Comparative analysis of an efficiency of the automated BACTEC MGIT 960 for diagnosis of M.Tuberculosis has demonstrated its higher diagnostic advantages. Concurrence of drug susceptibility testing to isoniazid and rifampicin on the Lowenstein-Jensen medium and Middlebrook 7H9 is 96,6%.

Keywords: diagnosis of tuberculosis, automated BACTEC MGIT 960, Lowenstein-Jensen medium

А.Д. АДАМБЕКОВА

*Кыргызско-Российский Славянский
Университет им. Б.Н. Ельцина г.Бишкек*

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ХPERTMTB/RIF В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В Республиканской референс лаборатории (РРЛ) НЦФ при помощи анализа Хpert MTB/RIF протестировано 1260 образцов патологического материала. Данные исследования подтверждают более высокую чувствительность данного теста по сравнению с микроскопией мазка мокроты.

Ключевые слова: анализ Хpert MTB/RIF, *M. tuberculosis*, резистентность, рифампицин.

Несмотря на то, что туберкулез (ТБ) – заболевание, которое можно как предотвратить, так и излечить, он по-прежнему является одной из основных причин смертности во всем мире. Более 8 миллионов человек в мире ежегодно инфицируется ТБ и почти 1.5 миллиона умирает от этого заболевания[1].

В Кыргызстане эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается неблагоприятной несмотря на тенденцию к снижению показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза. Особую озабоченность вызывает факт растущей заболеваемости лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, которые составляют 26,4% среди новых и 52,6% среди ранее леченых случаев[2].

В странах с высокой распространенностью ТБ наиболее эффективный способ обследования при подозрении на ТБ – бактериоскопическое исследование мокроты. Однако, в связи с широким распространением МЛУ-ТБ и продолжающимся ухудшением ситуации с лекарственной устойчивостью, возрастает необходимость как можно раньше выявлять и начинать лечение случаев МЛУ-ТБ[3].

За последние 5 лет произошли значительные сдвиги в молекулярных методах выявления туберкулеза и устойчивости к определенным противотуберкулезным препаратам. Сейчас во всем мире внедряется и тестируется автоматизированная, работающая на картриджах система, известная под названием Хpert MTB/RIF, использующая метод полимеразной цепной реакции, что позволяет выявить возбудителей туберкулеза в мокроте и определить устойчивость к рифампицину в течение двух часов[4]. Однократный тест мокроты на Хpert MTB/RIF обладает чувствительностью 99% при выявлении туберкулеза у БК(+) пациентов и 80% при БК(-), общая чувствительность составляет 92.2% (с применением культуры в качестве золотого стандарта). Для сравнения, однократная микроскопия мазка мокроты обладает чувствительностью только 59.5%. Высокая чувствительность Хpert MTB/RIF делает его полезным исследованием для исключения заболевания у пациентов с подозрением на ТБ и отрицательным результатом микроскопии мокроты. Специфичность исследования Хpert MTB/RIF при выявлении ТБ составляет 99%, что делает вероятность ложнопозитивного результата очень низкой[5, 6].

Чувствительность анализа на Хpert MTB/RIF при выявлении устойчивости к рифампицину составляет 99.1%, специфичность 100%[7, 8]. Определение устойчивости к рифампицину очень важно, так как она является надежным доказательством МЛУ-ТБ. Это означает, что подавляющее большинство устойчивых к рифампицину случаев, будут также устойчивы к

изониазиду, что позволяет классифицировать их как МЛУ-ТБ.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения теста Хpert MTB/RIF, применяемых на базе системы GeneXpert DxSystem по сравнению с прямой микроскопией мазка мокроты для диагностики ТБ условиях Кыргызской Республики.

Материалы и методы.

В системе GeneXpert DxSystem объединены и автоматически выполняются следующие процессы: подготовка проб, амплификация нуклеиновых кислот и выявление целевой последовательности в простых или сложных пробах с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени.

Система предназначена для выполнения диагностических тестов *in vitro*, в которой происходит автоматизированная обработка проб (образцов), полученных от пациентов, а также система выдает суммарные и подробные данные о результатах тестов в табличной и графической формах.

В состав системы Gene Xpert DxSystem входят:

- прибор GX-IV R2
- настольный или портативный компьютер с программным обеспечением
- сканер штрих-кода
- одноразовый, предназначенный для однократного применения картридж GeneXpertDx, для диагностики ТБ и определения резистентности используется тест Хpert MTB/RIF.

Прибор GX-IV R2 содержит четыре модуля. Каждый модуль обрабатывает одну пробу. Прибор GX-IV R2 - использует картриджи GeneXpert, загружаемые в прибор, лизирует пробы в картриджах, освобождает нуклеиновые кислоты и амплифицирует целевые последовательности.

Кроме прибора GX-IV R2 в систему входит настольный или портативный компьютер с программным обеспечением. Это программное обеспечение позволяет выбрать определения методов, отслеживать процесс выполнения теста, просматривать результаты и экспортировать выбранные данные в другие программы, например, в Microsoft® Excel, для дальнейшего анализа. Это программное обеспечение также позволяет архивировать и извлекать из архива данные о результатах и управлять базой данных.

Сканер штрих-кода используется для облегчения ввода данных в систему.

Подготовку и обработку проб выполняют в одноразовых картриджах GeneXpert, специальных для каждого метода. Пробы и необходимые реактивы вводят в картридж, который затем загружают в один из имеющихся модулей прибора. Одноразовый,

предназначенный для однократного применения картридж Xpert MTB/RIF содержит пробы и реактивы, которые необходимо обработать в Gene Xpert DxSystem. Проведение теста Xpert MTB/RIF было проведено в соответствии с инструкциями производителя – компании Cepheid, Sunnyvale, США. До проведения теста, из того же образца проводилась прямая микроскопия мазка мокроты по методу Циля-Нильсена с определением кислотоустойчивых бактерий (КУБ). Градация бактериовыделениями разделение больных туберкулезом (ТБ) на категории: вновь выявленный случай ТБ и ранее леченый случай ТБ проведены в соответствии с классификацией ВОЗ и Национальным Руководством по борьбе с туберкулезом[9].

Результаты и обсуждение

В Республиканской референс лаборатории (РРЛ) НЦФ за период с 01.04.2012 по 31.09.2012 при помощи анализа Xpert MTB/RIF протестировано 1260 образцов патологического материала. Микроскопия мазка мокроты одновременно была проведена для 1245

образцов.

Результаты исследований приведены в табл.1.

Как представлено в табл.1, среди вновь выявленных ТБ случаев с отрицательным мазком мокроты (КУБ отр) выявлено 51 больных, в мокроте которых выявлена ДНК M.tuberculosis с резистентностью к рифампицину (MTB+/RIF устойчивый), что составило 8%. В этой же категории больных ДНК M.tuberculosis с сохраненной чувствительностью к рифампицину (MTB+/RIF чувствительный) определена у 98 больных (15%).

Так среди вновь выявленных ТБ случаев с отрицательным мазком мокроты (КУБ отр) выявлено 51 больных, в мокроте которых выявлена ДНК M.tuberculosis с резистентностью к рифампицину (MTB+/RIF устойчивый), что составило 8%. В этой же категории больных ДНК M.tuberculosis с сохраненной чувствительностью к рифампицину (MTB+/RIF чувствительный) определена у 98 больных (15%).

Таблица 1- Результаты тестирования XpertMTB/RIF

	Количество	MTB+/RIF устойчивые	%	MTB+/RIF чувствительные*	%	MTB-*	%	Не интерпретируемые результаты	%	RIF неопределенные результаты	%
Количество лиц из категории новый случай, КУБ отр*	668	51	8	98	15	466	70	33	5	20	2
Количество лиц из категории новый случай, КУБ пол*	153	61	40	86	56	2	1	3	2	1	1
Количество лиц из категории новый случай, КУБ неиз*	6	1	17	1	17	0	0	4	67	0	0
Количество лиц из категории ранее леченные, КУБ отр	155	24	15	27	17	96	62	3	3	4	3
Количество лиц из категории ранее леченные, КУБ пол	60	44	73	15	24	0	0	0	0	1	2
Количество лиц из категории ранее леченные, КУБ неиз	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Количество лиц из категории неизвестные, КУБ отр	147	10	7	24	16	99	67	12	8	2	2
Количество лиц из категории неизвестные, КУБ пол	62	25	40	35	56	1	2	1	2	0	0
Количество лиц из категории неизвестные, КУБ неиз	9	3	33	4	44	1	11	1	12	0	0

Всего	126 0	219	17	290	23	665	53	58	5	28	2
-------	----------	-----	----	-----	----	-----	----	----	---	----	---

*расшифровку аббревиатур см. в тексте

Данный факт подтверждает данные производителя, основанные на результатах многочисленных исследований, о более высокой чувствительности анализа Xpert MTB/RIF по сравнению с микроскопическим исследованием мокроты [10, 11, 12]. Следует обратить внимание на то, что определение резистентности к рифампицину (RIFустойчивый) среди вновь выявленных ТБ больных составило 40%, а среди ранее леченых случаев ТБ с положительным мазком мокроты (КУБ пол) данный показатель достиг 73%, что значительно превышает данные о распространённости МЛУ ТБ в стране[2]. Объясняется данный факт, тем, что РРЛ находится при НЦФ, который являясь третичным уровнем здравоохранения, подтверждает диагноз ТБ у лиц, обращающихся в НЦФ, минуя первичный уровень здравоохранения. В целом, среди обследованных лиц ДНК *M.tuberculosis* с резистентностью к рифампицину (MTB+/RIFустойчивый) выявлена у 17 процентов больных.

В то же время, количество отрицательных результатов тестирования (МБТ-) составило 665 случаев - 53%, что является свидетельством того, что оценка рисков среди лиц с подозрением на туберкулез должна быть пересмотрена с целью более оптимального использования данного дорогостоящего исследования[4].

Выводы

Данные, полученные в РРЛ Национального центра фтизиатрии позволяют сделать следующие выводы:

1. Применение теста XpertMTB/RIF в условиях Кыргызстана подтверждает его более высокую чувствительность по сравнению с прямой микроскопией мазка мокроты
2. Отбор пациентов на данный вид исследования, учитывая его стоимость, должен проводиться более тщательно, с особым вниманием на оценку рисков по МЛУ ТБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2011. WHO/HTM/TB/2011.16. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2011.
2. Review of the laboratory network of the Kyrgyz Republic. 9-29 April 2012. Dr. Harald Hoffmann & Dr. Uladzimir Antonenka, TB Laboratory Experts, IML red GmbH, Germany.
3. WHO (World Health Organisation). Global tuberculosis control - epidemiology, strategy, financing. Geneva, WHO, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411).
4. Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational «How-to practical considerations WHO». 2011.
5. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, Nicol MP, Shenai S, Krapp F, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. The New England Journal of Medicine, 2010; Sep;363(11):1005-15.
6. Helb D, Jones M, Story E, Boehme C, Wallace E, Ho K, et al. Rapid detection of Mycobacterium tuberculosis and rifampin resistance by use of on-demand, near-patient technology. Journal of Clinical Microbiology 2010. Jan;48(1):229-37.
7. Marlowe EM, Novak-Weekley SM, Cumpio J, Sharp SE, Momeny MA, et al. (2011) Evaluation of the Cepheid Xpert MTB/RIF assay for direct detection of Mycobacterium tuberculosis complex in respiratory specimens. J Clin Microbiol 49: 1621–1623.
8. Boehme CC, Nicol MP, Nabeta P, Michael JS, Gotuzzo E, et al. (2011) Feasibility and impact of decentralised use of Xpert MTB/RIF for the diagnosis of tuberculosis and multi-drug resistance—results from a multi-center implementation study. Lancet 377: 1495–1505.
9. Руководство по борьбе с туберкулезом в Кыргызской Республике. Под редакцией профессора, д.м.н. А.Ш. Алишера. 2008 год.
10. Feasibility, diagnostic accuracy and effectiveness of decentralized use of the Xpert MTB/RIF test for diagnosis of tuberculosis and multidrug resistance: a multicentre implementation study. Catharina C Boehme, Mark P Nicol, Pamela Nabeta, Joy S Michael, Eduardo Gotuzzo, Rasim Tahirlı, Ma Tarcela Gler, Robert Blakemore, William Worodria, Christen Gray, Laurence Huang, Tatiana Caceres, Rafail Mehdiyev, Lawrence Raymond, Andrew Whitelaw, Kalaiselvan Sagadevan, Heather Alexander, Heidi Albert, Frank Cobelens, Helen Cox, David Alland, Mark D Perkins. Published Online. April 19, 2011. DOI:10.1016/S0140. 6736(11)60438-8S.
11. Xpert MTB/RIF®, a novel automated polymerase chain reaction-based tool for the diagnosis of tuberculosis. E. C. Bowles, B. Frey e, J. van Ingen, B. Mulder, M. J. Boeree, D. van Soolingen. INT J TUBERC LUNG DIS 15(7):988–989. 2011.
12. Boehme, C. C., P. Nabeta, D. Hillemann, M. P. Nicol, S. Shenai, F. Krapp, J. Allen, R. Tahirlı, R. Blakemore, R. Rustomjee, A. Milovic, M. Jones, S. M. O'Brien, D. H. Persing, S. Ruesch-Gerdes, E. Gotuzzo, C. Rodrigues, D. Alland, and M.D. Perkins. 2010. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. N. Engl. J. Med. 363:1005-1015.

А.Д. АДАМБЕКОВА

КЫРГЫЗСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗДИ ЗЕРТХАНАЛЫК ДИАГНОСТИКАСЫНДА
XPERTMTB/RIF КОЛДАНУ

Түйін: ҰФО Республикалык референс зертханасында (РРЗ) XpertMTB/RIF талдауы кӀмегімен патологиялык материалды 1260 Ӏлгісі тестіленді. Бұл зерттеулер осы тесттіс кӀкырыктыс микроскопиялык жаеындысымен салыстырандаеы жоғары сезімталдыеын растайды.

Түйінді сөздер: XpertMTB/RIF талдауы, M. tuberculosis, резистенттілік, рифампицин

A.D. ADAMBEKOVA

IMPLEMENTATION OF THE XPRT MTB/RIF ASSAY IN LABORATORY DIAGNOSIS OF M. TUBERCULOSIS
IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Resume: 1260 Xpert MTB/RIF assays have been conducted in the National reference laboratory of NCPH. Results of investigation has confirmed high sensitivity of Xpert MTB/RIF assay in comparison with direct sputum smear microscopy.

Keywords: Xpert MTB/RIF assay, M. tuberculosis, resistance, rifampicin

РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
CHAPTER 2. THE THEORETICAL DISCIPLINES

ГЕРОНТОЛОГИЯ

GERONTOLOGY

УДК 316.35.023.6.

К.М.МАДИБРАИМОВ

Главный врач ГККП «Поликлиника ВОВ», Алматы, Казахстан

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

В данной статье проанализирована структура заболеваемости пожилого населения одного из районов г. Алматы. Проведен сплошной анализ статистических карт посещений. Выявлено преобладание хронической патологии системы кровообращения, мочеполовой системы и органов пищеварения. Для повышения качества и увеличения продолжительности жизни пожилых пациентов необходимо использование самых современных медицинских и социальных методик, высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Ключевые слова: заболеваемость, пожилое население, качество жизни

Актуальность

«Состояние здоровья и качество жизни – одни из важнейших проблем пожилых людей» - было отмечено в Мажилисе Республики Казахстан (РК) 10 марта 2006 года при презентации Национального отчета о человеческом развитии [1].

В РК численность пожилого населения за последние 50 лет увеличилась с 10,6 до 10,9 %. Для республики характерен высокий процент заболеваемости, инвалидности и смертности населения пожилого возраста. Данные среднестатистических исследований о причинах смерти престарелых граждан, взятые из отчета Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения РК, свидетельствуют, что в 30 % ими являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в 30 % - злокачественные опухоли, в 40 % - другие заболевания [2].

Целью работы явилось изучение структуры общей заболеваемости геронтологического населения, снижающей качество и продолжительность жизни.

Материалы и методы

Проведен сплошной анализ статистических карт посещений населения Алмалинского района, прикрепленного к ГККП «Поликлиника ВОВ» за период с 01.01. 11 – по 31.12. 11. Всего зарегистрировано 30.062 больных, из них лидирует число пациентов с болезнями системы кровообращения - 15.424 пациентов, что составило 51, 3 % от общего числа. Далее следуют заболевания мочеполовой системы – (2930 - 9,7 %) и органов пищеварения – 2474 (8,2 %). Болезни глаза и его придаточного аппарата зарегистрированы у 2092 человек (6,9 %), болезни органов дыхания – у 1911 (6,3 %). На

новообразования; болезни крови; эндокринную патологию; болезни нервной, костно-мышечной систем; травмы и отравления пришлось 15,2 % (4578 пациентов).

Результаты и обсуждение

В сравнительном аспекте в общей структуре преобладают хронические заболевания системы кровообращения, мочеполовой системы и органов пищеварения. Экстренная патология у пожилых практически не встречается, что можно объяснить стертой клинической проявлений у лиц пожилого возраста.

Выводы

Наибольшая подверженность инволютивным процессам сердца, сосудов, мочеполовой и пищеварительной систем обуславливает большую распространенность соответствующей патологии среди лиц пожилого и старческого возраста. Поражение данных систем способствует значительному снижению качества жизни и уменьшению продолжительности жизни в связи с наибольшим вкладом сердца, органов выделения и пищеварения в жизнедеятельность пожилого организма. Таким образом, широкая распространенность, низкий уровень диагностики, трудность лечения хронической, часто полиморбидной, геронтологической патологии создает предпосылки для уменьшения продолжительности и качества жизни пожилых пациентов [3]. В целях достижения здорового долголетия и замедления процессов старения необходимо использование самых современных медицинских и социальных методик, высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
- 2 Сағындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения // CONSILIUMMEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94-95.
- 3 Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2009 г. Статистический сборник.

Қ.М.МАДИБРАИМОВ

НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҰРУ ҰЗАҚТЫҒЫН ЖОҒАРЫЛАТУ ЖӘНЕ САПАСЫН ЖАҚСARTУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қаласы аудандарының бірінің егде тартқан тұрғындарының аурушаңдығының құрылымы талқыланды. Науқастардың қатысуына біріңғай статистикалық анализ жүргізілді. Қан айналым жүйесі, несеп шығару жүйесі және ас қорыту жүйесі бойынша созылмалы патологиялар анықталды. Науқастардың өмір сүру ұзақтығын жоғарылату және сапасын жақсарту үшін, ең заманауи медициналық және әлеуметтік әдістер, жоғары технологиялық диагностикалық әдістер мен емін қолдану.

Түйінді сөздер: аурушаңдық, егде тартқан кісілер, өмір сапасы.

K.M.MADIBRAIMOV

STATE AND PROSPECTS OF IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS

Resume: This article analyzed the structure of the incidence of Almaty. Conducted a thorough analysis of static maps visits. Revealed the prevalence of chronic diseases of the circulation, urinary and digestive. Improve the quality and length of life of the elderly patient ratios using the most advanced medical and social technologies of high- tech diagnostic and treatment methods.

Keywords: incidence, colonel population, quality of life.

УДК 502.3:502.175

У.И. КЕНЕСАРИЕВ¹, Ж.Ж. БАЛАБЕКОВА¹, К.Ж. КАЛИЕВ², Ж.Ж. БЕКЕНОВА³¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра общей гигиены и экологии;²РГКП «ЗКОЦСЭЭ»; ³РГКП ЗКО «Бурлинский районный ЦСЭЭ»**МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В РЕГИОНЕ КАРАЧАГАНАКСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ**

В статье приведены результаты мониторинга за состоянием загрязнения атмосферного воздуха в регионе Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения.

Ключевые слова: нефтегазовое месторождение, атмосферный воздух, кратность превышения.

Актуальность: Казахстан имеет длительную историю добычи полезных ископаемых, что не могло не отразиться на объектах окружающей среды и на состоянии здоровья человека. Территория Западного Казахстана является основным нефтедобывающим регионом республики. В настоящее время на территории Западного Казахстана выбрасывается ежегодно в атмосферу более 84 тысяч тонн загрязняющих веществ, в том числе СН – 57 тыс. тонн, СО – 9,8 тыс. тонн, NOx – 0,8 тыс. тонн, SO₂ – 0,2 тыс. тонн [1].

Длительное исследование атмосферного воздуха на территории КНГКМ показало, что основную долю загрязняющих веществ составляет сернистый ангидрид (до 60%), окись углерода (35-40%) и двуокись азота (3-5%), пластовый газ (63-76 % метана), и менее 1% составляет сажа. Остальную часть составляет углеводороды (этан, пропан, бутан, пентан), меркаптаны, сероводород и твердые парафины [2-5].

Целью нашей работы был мониторинг за состоянием атмосферного воздуха в регионе КНГКМ за период 2001-2011 гг.

Результаты исследования: Наблюдения велись за опытным п.Березовка, находящийся наиболее близко к контуру месторождения. В качестве контроля взят п.Александровка, расположенный в 50 км от месторождения.

Длительное исследование (2001-2011 г.г) по определению концентрации H₂S в атмосферном воздухе п. Березовка, показало, что его среднесуточный уровень находится в диапазоне 1,5-2 мг/м³. Наименьшая концентрация H₂S в атмосферном воздухе отмечалась в 2004 г. и составляла 1,0 мг/м³, при кратности превышения 0,2 мг/м³ (при среднесуточной ПДК 0,008 мг/м³). Наибольшие концентрации фиксировались в 2003 году, 2005 году, 2006 году, 2008-2010 годы и составляли 2 мг/м³ при кратности 0,2.

Концентрация сероводорода в поселке Березовка достоверно превышало этот показатель в контрольном поселке – Александровка. За данный период исследования наибольшее превышение отмечалось в 2003 году – в 6,7 раза. В среднем, отмечалось превышение в 2 раза в 2001, 2002, 2009 годах. С 2004 по 2008 гг концентрация сероводорода в атмосферном воздухе п. Березовка превышала контрольные

показатели в 1,5 раза. Только в 2010-2011 гг превышение составляло в 1,0.

Среднесуточные концентрации SO₂ были диапазоне 18-22 мг/м³ в это период исследований атмосферного воздуха в п. Березовка. Наименьшие концентрации определялись в 2008 году и составляли 18 мг/м³, при этом, кратность превышения была 0,4 раза (при среднесуточной ПДК 0,05мг/м³). Наибольшие концентрации SO₂ отмечались в 2001 г и 2003 гг и составляли 22 мг/м³ при кратности 0,44.

Концентрация оксида серы в атмосферном воздухе поселка Березовка достоверно превышала в аналогичные показатели в поселке Александровка за десятилетний период в 2 раза. Только в 2010 году превышение отмечалось в 1,0 раз.

Определение концентрации NO₂ в атмосферном воздухе п. Березовка выявило, что наименьшая концентрация отмечалась в 2004 году и составляла 18 мг/м³ при кратности 0,5 (при среднесуточной ПДК 0,04мг/м³). Наибольшие концентрации устанавливались в 2003 г и составляли 32 мг/м³ при кратности 0,8. В наблюдаемый период среднедесятилетние значения составляли 25 мг/м³.

В 2001-2004 гг, 2006, 2008, 2011 годах концентрация оксида азота в атмосферном воздухе поселка Березовка достоверно превышала в 2,6 раза концентрации исследуемого показателя в воздухе п. Александровка. В 2005, 2007, 2009, 2010 годах превышение составляла в 1,5 раза.

Исследование концентрации СО в атмосферном воздухе п. Березовка показало, что отмечается четкая динамика уменьшения концентрации монооксида углерода. Так, наибольшая концентрация отмечалась в 2003- 2004гг и составляла 1600 мг/м³ при кратности превышения 0,5 (среднесуточная ПДК 3 мг/м³). С 2008 г. происходит уменьшение концентрации СО в 2, 4 раза в 2010 году, по сравнению с 2001 годом.

В 200-2008 и 2011 годах концентрация угарного газа в атмосферном воздухе п. Березовка достоверно превышала в среднем в 1,4 раза, по сравнению с аналогичным показателем в п. Александровка. В 2009 году концентрация угарного газа достоверно превышала в 6,4 раза и 2010 году в 5,7 раза.

Таблица 1 - содержание химических ингредиентов в атмосферном воздухе региона КНГКМ (в мг/м³) за 2001-2011 годы

	Годы	H2S	SO2	NO2	CO		Годы	H ₂ S	SO ₂	NO ₂	CO
	п. Березовка	2001	0,0015	0,022	0,031		1,558	п. Александровка	2001	0,0007	0,007
2002		0,0016	0,02	0,029	1,44	2002	0,0008		0,008	0,01	1
2003		0,002	0,022	0,032	1,6	2003	0,0003		0,01	0,012	1,02
2004		0,001	0,02	0,018	1,6	2004	0,0008		0,012	0,008	1,2
2005		0,002	0,019	0,026	1,4	2005	0,0013		0,008	0,017	1,324
2006		0,002	0,021	0,03	1,4	2006	0,0014		0,011	0,012	0,997
2007		0,0014	0,02	0,028	1	2007	0,0011		0,009	0,017	0,778
2008		0,002	0,018	0,03	0,1	2008	0,0012		0,009	0,013	0,073
2009		0,002	0,02	0,029	0,8	2009	0,0009		0,011	0,015	0,125
2010		0,002	0,02	0,029	0,638	2010	0,002		0,02	0,027	0,111
2011		0,002	0,059	0,028	2,2	2011	0,0018		0,037	0,011	1,752
		ПДК	0,008	0,05	0,04	3,0			ПДК	0,008	0,05

Закключение: Таким образом, на основании проведенного анализа исследования качества атмосферного воздуха в районе влияния КНГКМ не отмечается превышение среднесуточного ПДК исследуемых показателей, однако концентрации сероводорода, оксидов серы, азота и углерода в атмосферном воздухе п. Березовка достоверно превышают, по сравнению с аналогичными показателями в атмосферном воздухе контрольного п. Александровка.

В 200-2008 и 2011 годах концентрация угарного газа в атмосферном воздухе п. Березовка достоверно превышала в среднем в 1,4 раза, по сравнению с

аналогичным показателем в п. Александровка. В 2009 году концентрация угарного газа достоверно превышала в 6,4 раза и 2010 году в 5,7 раза.

Таким образом, на основании проведенного анализа исследования качества атмосферного воздуха в районе влияния КНГКМ не отмечается превышение среднесуточного ПДК исследуемых показателей, однако концентрации сероводорода, оксидов серы, азота и углерода в атмосферном воздухе п. Березовка достоверно превышают, по сравнению с аналогичными показателями в атмосферном воздухе контрольного п. Александровка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кенжегалиев А., Хасанова А.А., Моисеева Г.П., Акасова А.А. Современное экологическое состояние окружающей среды в регионах интенсивной нефтегазодобычи //Проблемы нефтегазового комплекса Казахстана: Материалы Международной научно-технической конференции, посвященной 70-летию юбилею акад. Н.К. Надирова. - Атырау: АИНИГ, 2001. - Т. 2. - 564 с.
- 2 Кенесариев У.И. Эколого-гигиенические проблемы охраны окружающей среды нефтегазовых месторождений //Материалы II съезда врачей и фармацевтов РК. - 2002. - 2 с.
- 3 Кенесариев У.И. Гигиеническая оценка водоснабжения населения в районе Карашыганакского нефтегазоконденсатного месторождения //Сборник трудов Карагандинской медицинской академии. - 2002. - 7 с.
- 4 Омаркожаева Г.Н. Современные экологические проблемы нефтегазовых регионов Казахстана (на примере КНГКМ) //Материалы конференции, посвященной 70-летию КазНТУ. - 2004. - С. 39-41.
- 5 Жумагулов Б.Т., Абдибеков У.С., Хикметов А.К. Математическое моделирование загрязнения окружающей среды на месторождениях нефти и газа //Нефть и газ. - 2004, № 1. - С. 112.

У.И. КЕНЕСАРИЕВ¹, Ж.Ж. БАЛАБЕКОВА¹, К.Ж. ҚАЛИЕВ², Ж.Ж. БЕКЕНОВА³
 ҚАРАШЫҒАНАҚ КЕН ОРНЫНЫҢ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУА САПАСЫНЫҢ МОНИТОРИНГ

Түйін: Мақалада Қарашығ анақ мұнайгаз кен орны аймағындағы атмосфералық ауаның ластану жағдайын бақылау нәтижелері көрсетілген.
 Түйінді сөздер: мұнайгаз кен орны, атмосфералық ауа, жоғарылау жиілігі.

U. KENESSARIYEV¹, J.J. BALABEKOVA¹, K. KALIYEV², J. BEKENOVA³
 AIR QUALITY MONITORING IN THE REGION OF KARACHAGANAK OIL GAS CONDENSATE FIELD

Resume: Kazakhstan has a long history of mining, which had an effect on the environment and on human health. Western Kazakhstan is a major oil-producing region of the country. Currently in Western Kazakhstan released into the atmosphere each year more than 84 thousand tons of pollutants, including CH - 57 tonnes of CO - 9.8 thousand tons, NOx - 0,8 thousand tons, SO₂ - 0,2 tons [1]. The aim of our work was to monitor the state of air quality in the region KOGCF for the period 2001-2011 years. Results: Observations were conducted for experienced p.Berezovka, located closest to the contour of the deposit. As a control taken p.Aleksandrovka, located 50 km from the deposit. In the article performed the results of monitoring of air pollution in the region of the Karachaganak oil and gas field.
 Keywords: oil and gas field, ambient air, the rate of excess

УДҚ 614.7:574:546.3-053.2

Ж. Л. ДҮЙСЕБАЕВ, Ж. К. ДЕМЕЕВА

Алатау аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы
С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

**АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ АЛАТАУ АУДАНЫ БОЙЫНША ҚОЛАЙСЫЗ ЕҢБЕК ӨНДІРІСІНДЕ ЖҰМЫС АТҚАРАТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫ
КЕЗЕКТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДЕН ӨТКІЗУ**

Төмендегі мақалада кезекті медициналық тексерудің аспектілері туралы мәліметтер берілген. Медициналық тексеру міндетті және профилактикалық болады.

Түйінді сөздер: өнеркәсіп, медициналық тексеру

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінің 25-тарау, 155-бабы өндірістік қызметті жүзеге асыратын өрбір азаматты медициналық тексеріп қарауды қамтамасыз ету болып табылады.

Медициналық тексеріп-қараудың негізгі мақсаты денсаулықты қалыптастыруға және нығайтуға, ауруларды анықтауға және таралуының алдын алуға, оның ішінде кәсіптік аурулардың, уланулардың, жазатайым оқиғалардың алдын алуға, сондай-ақ ұйымдар қызметкерлері мен өндірістік қызметті жүзеге асыратын өрбір азаматтың денсаулығын сақтауды қамтамасыз етуге бағытталған медициналық зерттеп-қарау болып табылады.

Медициналық тексеріп қарау міндетті және профилактикалық болып бөлінеді. Міндетті медициналық тексеріп қарау алдын ала және мерзімдік болып бөлінеді. Міндетті медициналық тексеріп қарау өткізілетін зиянды өндірістік факторлардың, кәсіптердің тізбесін, сондай-ақ осындай тексеріп қарауды өткізудің тәртібі мен кезеңділігін уәкілетті орган белгілейді. Өндірістік және шаруашылық қызмет саласында жұмыспен айналысатын жеке кәсіпкерлер мен заңды тұлғалар алдын ала немесе мерзімдік медициналық тексеріп қараудан өтпеген немесе денсаулық жағдайына байланысты жұмысқа жарамсыз деп танылған адамдарды жұмысқа жібермеуі тиіс. Кәсіптік аурулардың дамуында негізінен әртүрлі өнеркәсіп факторлары және жұмысшылардың кәсіптік мамандығы маңызды роль атқарады.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 25. 01. 12 жылғы №166 бұйрығына сәйкес, Алматы қаласы Алатау ауданының мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы МСЭҚБ жүргізген алдын ала және кезеңдік медициналық тексеру нәтижесі төмендегідей.

2012 жылы 219 нысанда медициналық тексеруге жататын жұмысшылар саны – 2648, оның ішінде әйелдер саны –

428, бұл – 16,1% құрайды. 2012 жылы жоспарлы тексеру есебінен 62 нысан әртүрлі себептермен алынып тасталған, осы нысандарда медициналық тексеруге жататын адамдар саны 836, оның ішінде 102-і әйелдер. Медициналық тексеру кезінде өтпегендер саны – 84, 4-үі тексеру мерзімінде ауырғандар, 1 – еңбек демалысында, 2 – адам жоспарланған қайта қаралған тізім бойынша алынып тасталған, 48 адам жұмыста болмау себебінен, 29 адам жұмыстан босатылуына байланысты.

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінің 23,24 тармақтары бойынша тексеру қорытындысында кәсіптік аурулары бар адамдар анықталған жоқ, сондай-ақ дәрігерлік тексерістен өткендер арасында «кәсіптік аурулар» табылмады.

Аудан бойынша 18 кәсіпорында 109 жұмысшы (4,1%) , оның ішінде 20 әйелде (4,6%) соматикалық аурулар анықталды. Соматикалық аурулардың деңгейінің көтерілуі 7 нысанда «Эталон» ЖШС – 24, «УМС-В»-16, «Релейная защита и Автоматика»-11, «Oilfield servise»- ЖШС-12 , «ЛЖ Электроникс» ЖШС-і-5, «Электрошит» ЖШС-і-4, «Каркас Тент Центр» ЖШС-і 4, құрылыс саласында жұмыс істейтін жұмыскерлерінің қыс мезгілінде далада атқарылатын жұмыспен айналысатындықтан, жедел респираторлы аурулардың нәтижесінде созылмалы аурулардың дамуына алып келеді.

Медициналық тексеруден өтпегені үшін мына жұмысшыларға жұмыстан уақытша шектеу туралы 220 қаулы қабылданып, 35 нысаннан 220 адам уақытша жұмыстан шектетілді.

Нысандарды тексеру барысында, 2 семинар және 63 нысанда кәсіптік аурулар және уланудан алдын алу мақсатында «Алдын-алу мен кезекті дәрігерлік тексерістен міндетті түрде өту туралы» тақырыпта кеңестер өткізілді. Жаңадан есепке алынған нысандардағы жұмысшыларды алдын ала дәрігерлік тексеруден өткізу бағытында жұмыс жүргізілуде.

1-кесте - Алатау ауданы бойынша 2011 және 2012 жылы жүргізілген алдын ала және кезеңдік медициналық тексеру

№	Көрсеткіштер	2011ж	2012ж
1	Тіркеуде тұрған объектілер	272	281/219
2	Оның ішінде жұмыс істеп тұрғандар	272	219
3	Оның ішінде қауіпті жұмыс жағдайында	0	3
4	Пайыздық үлесі %	0	1,3%
5	Жұмысшылар саны	7065	4901
6	Оның ішінде әйелдер	1624	585
7	Пайыздық үлесі %	22,9%	11,9%
8	ВУТ бойынша жұмысшылар саны	0	17
9	Пайыздық үлесі %	0	0,3%
10	№166 бұйрық бойынша 2012 жылға арналған медициналық тексеруге кіретіндер	5167	2648

11	Пайыздық Үлесі %	73,1%	54,0%
12	Оның ішінде Әйелдер	1110	428
13	Пайыздық Үлесі %	21,4%	16,1%
14	№166 бұйрық бойынша 2012 жылы медициналық тексерумен Қамтылғандар	5111	2648
15	Қамтылғандар пайыздық Үлесі %	98,9%	100%
16	Оның ішінде Әйелдер	1009	428
17	Пайыздық Үлесі %	91%	100%
18	Кәсіптік аурулардың тіркелу жағдайлары	0	0
19	Кәсіптік ауруға негіздеу	0	0
20	Соматикалық аурулардың пайда болуы, барлығы	207	109
21	Оның ішінде Әйелдер	69	20
22	Пайыздық Үлесі % барлығы	4,0%	4,1%
23	Пайыздық Үлесі %, Әйелдер	6,8%	4,6%
24	100 адамға шаққандағы жалпы аурушаңдық	35,32%	33,54%
25	ВУТ бойынша еңбекке қабілеттілікті жоғалту	279,55	234,87
26	Басқа жұмысқа ауыстыру, барлығы	3	0
27	Оның ішінде уақытша, барлығы	3/-	0
28	Айыппұл салынды / Ұсталды	60/60	66/63
29	Салынған айыппұл сомасы	1241748	1190852
30	Ұсталған айыппұл сомасы	1241748	1142312
31	Жұмыстан шектетілгендер / объекілер саны	91/13	220/35
32	Ұйғарым барлығы / орындалғаны	42/29	51/42
33	Орындалған санитарлық Ұйғарымдардың пайыздық Үлесі %	69%	82,3%

Осы жағдайларға байланысты «Салауатты Өмір салтын Қалыптастыру» мақсатында жұмысшылардың денсаулығын нығайтуға бағытталған бірқатар (оның ішінде, гигиеналық оқыту мен тәрбиелеу, дұрыс тамақтану, аурулардың профилактикасы) шараларды Алатау аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық Қадағалау басқармасының мамандары жүзеге асыруда.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. – Алматы: ЮРИСТ, 2009. – 109 б.
- 2 Утверждены постановлением Правительства РК № исх: 166 от: 25.01.2012. Правила проведения обязательных медицинских осмотров.

Ж. Л. ДУЙСЕБАЕВ, Ж. К. ДЕМЕЕВА

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА ПО АЛАТАУСКОМУ РАЙОНУ ГОРОДА АЛМАТЫ

В данной статье предоставлены материалы и сведения о медицинском осмотре . Медицинский осмотр может быть профилактическим и предварительным.

J.L. Duisebayev, J.K. DEMEEVA

MEDICAL EXAMINATIONS OF EMPLOYEES WORKING IN HARMFUL CONDITIONS IN ALATAU DISTRICT OF ALMATY CITY

This article provides the materials and information on physical examination. Medical examination can be preventive and preliminary.

Ү.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, Н.Е.АЛИМОВА,
Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА, А.М. ОРАЗЫМБЕТОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Жалпы гигиена және экология кафедрасындағы тұрғындар денсаулығына қауіп-қатерді бағалау зертханасы

РЕСПИРАБЕЛЬДІ ФРАКЦИЯЛАР ӨЛІМ-ЖІТІМ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ

Бұл мақалада Қазақстан қалаларының атмосфералық ауа құрамында шаңның респирабельдік фракцияларынан өлім-жітім қауіп-қатерінің бағаланған нәтижесі көрсетілуде.

Түйінді сөздер: атмосфералық ауа; өлім-жітім қауіп-қатері, респирабельдік фракциялар

Кіріспе. Денсаулық сақтау мекемелерінің, сонымен бірге экологиялық-экономикалық зерттеулер секторының басты міндеттерінің бірі – басқару шешімдерін негіздеу және қабылдау мақсатында халық денсаулығына қоршаған ортаның ластануының әсерін бағалау болып табылады. Осыған орай, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымымен (ДДҰ) бірге Бүкіләлемдік банк халық денсаулығына қоршаған орта факторларының әсерінен болатын зардаптарды бағалаудың үнемі сандық көрсеткіштерін өңдейді [1].

Әлемдік Банк баяндамасында Ресей халқының денсаулығына тигізетін он қауіпті факторлары анықталған, олар көбіне өлім-жітім деңгейіне әсер етеді. Сарапшылар шамамен халықтың жалпы өлім-жітімнің 1,2 пайызын құрайтын, тек атмосфералық ауа ластануынан болатын өлім-жітімнің деңгейін ғана бағалайды, ал жылына болатын қосымша өлім-жітім 24 мыңға сәйкес келеді [2]. Ресей зерттеушілерінің соңғы бағалаулары бойынша осы фактордан болатын қосымша өлім-жітім саны жылына 100 мыңға дейін жетуі мүмкін, ол жалпы өлім-жітімнің 17,5 жуық пайызын құрайды [3; 4].

Сонымен бірге, Ресейде қоршаған орта ластануынан болатын сырқаттанушылық пен өлімділіктің 90 аса пайызы, олардың ауада болуы біріншілік және екіншілік ластану салдарынан болатын ұсақдисперсті бөлшектердің әсерінен болатыны анықталды [3, стр.5]

Бүгінгі күні бізге белгілі жайттар, тұрғылықты жерді түгелдей қарастырсақ, жүздеген химиялық заттармен ластанған ауа бассейні, ал бұндай тұрғыдан алғанда қандай да болмасын ауруды немесе өлім оқиғасын, қандай бір ластаушы зат және қандай мөлшерде шақыратыны туралы бағалау оңайға түспейді. Мысалға, Ресей қалаларында атмосфералық ауа ластану деңгейін бағалау кезінде экологиялық-эпидемиологиялық зерттеулер нәтижелері пайдаланылған және халық денсаулығы үшін қауіп-қатерді бағалау әдістемесі қолданылды. Осы әдістеме 1997 ж. бастап табысты апробацияланған және оның негізінде гигиеналық зерттеулер және Ресей Федерациясының Ресейлік тұтынушылықты қадағалау (Роспотребнадзор) тәжірибесінде оны пайдаланудың болашағының бар екені көрсетілген.

Онымен қоса, қазіргі таңда гигиенист және эколог ғалымдар атмосфералық ауа сапасын бағалау кезінде ұтымды поллютантарды бөліп алу қабылданған. ДДҰ мәліметтері бойынша 10 және 2,5 микрон мөлшеріндегі қалқыған заттардың, халық денсаулығына тигізетін

деңгейі бойынша атмосфераны ластайтын ұтымды заттарға жатқызылған [5, 6].

Қазақстан Республикасы аумағында тұрғылықты жерлерде ауадағы шаңды фракцияларына мониторинг жүргізілмейді. Тек кейбір қалаларда PM_{10} бақылау жүргізіледі, ол $ИЗА_5$ в көрсеткішінің кешенінен шықпайды. Ол мүмкіндігі бар сәйкес нормативтердің болмауына байланысты, бұл шаңды фракциялар атмосфералық ауа сапасына гигиеналық бағалау жүргізуді бірталай қиындатады. Онымен бірге Еуро Одақ елдерінде және АҚШ атмосфералық ауадағы шаңды бөлшектерді нормалау тек дисперсті фракциялар бойынша ғана жүргізіледі [6].

Сонымен қатар атмосфералық ауадағы $PM_{2.5}$ концентрациясының өсуі барлық өлім-жітім 4 пайызға, өкпе және жүрек-қан тамыр ауруларынан 6 пайызға, өкпе обырынан 8 пайызға болатын өлім-жітім себептерінің ішінде әр 10 мкг/м^3 жарақатсыз өлім-жітімнің өсуіне алып келеді [Pope et al, 2002].

Осыған орай жоғарыда айтылғандарды ескере отырып Қазақстан қалаларындағы атмосфералық ауадағы шаңды фракциялардың орташа жылдық концентрациясы алғаш рет есептеу әдісімен анықталды және олардың әсерінен болатын өлім-жітім қауіп-қатері бағаланды, ол жүргізілетін зерттеудің өзектілігін анықтайды.

Зерттеудің мақсаты Қазақстан қалаларындағы атмосфералық ауадағы ең қауіпті респирабельді фракциясының деңгейінен болатын өлім-жітімдік қауіп қатерін бағалау табылады, ол экологиялық ластаудың халық денсаулығына тигізетін теріс салдарын жариялауға мүмкіндік береді.

Зерттеу әдістері. Жоғарыда көрсетілгендей Қазақстанда респирабельді фракциялар жүйелі мониторинг жүргізу өз деңгейінде атқарылып жатқан жоқ, тек PM_{10} бақылау құрамын жүргізіледі, ал $PM_{2.5}$ – тіпті жүргізілмейді.

Барлық басқа одақтан кейінгі елдерде мониторинг пен есептілік атмосфералық ауадағы (TSP) жалпы қалқыған заттар құрамына ғана бағдарланған. Өдеттегідей бұл мәліметтер ресми статистикаларда көрсетілген [www.stat.kz.]. $TSP > PM_{10} > PM_{2.5}$ қайта түзеу үшін есептеу әдістерін қолдандық. Қазақстанның әртүрлі аймақтарының ауа-райы жағдайын және өндірістік құрылымының ескере отырып, әртүрлі қайта түзілудің коэффициенттерін қолдандық. Осыған байланысты TSP PM_{10} ең жоғарғы қайта түзілу коэффициенті қолданылды, ол көптеген елдерде қолданылады және орташа – 0,5 құрайды [Голуб, Струкова, 2008]:

$$PM_{10} = 0,5 \times TSP, \quad (1)$$

ондағы TSP – қосынды қалқыған заттар;

0,5 – қайта есептік коэффициенті

Қазақстан Республикасында шаңды фракциялар түзілуінде құмды борандар (бұрыя) біршама роль атқарады. Құрғақ/ жартылай құрғақ немесе ауыл шаруашылық аймағындағы орналаспаған, бірақ жоғары тастанды және салыстырмалы түрде төмендисперсті

шаңды («қашқындар») қалаларда PM_{10} к $PM_{2,5}$ о әртүрлі қатынаста болады. Қазақстанда олардың шамамен арақатынасы 0,2-0,5 диапазонында болуы ықтимал. Осыны ескере отырып $PM_{2,5}$ есептеу біздің зерттеуімізде келесі формуланы қолдануды қажет етеді:

$$PM_{2,5} = (0,2-0,4) \times PM_{10} \quad (2)$$

Ауадағы респирабельді фракция үшін гигиеналық норматив Ресей Федерациясының регламентінен алынған [Гигиенические нормативы ГН 2.1.6.2604-10].

Шаңды фракциялы ауа ластануынан болатын өлім-жітімді бағалау үшін лог-сызықты модель қолданылды:

$$R = \frac{RR-1}{RR} M\rho \quad RR = \left(\frac{c+1}{c_0+1}\right)^\beta \quad (3)$$

ондағы, RR - салыстырмалы қауіп-қатерді көрсетеді;

R – халыққа әсер ететін қауіп-қатерді көрсетеді (популяциялық қауіп-қатер);

Қоршаған ортадағы ластаушылардың жоғары концентрациясы кезіндегі қарапайым сызықты аппроксимация орнына лог-сызықты моделін таңдаудың қауіп-қатерді талдауда маңызды зор [Остро, 2004]. Өлім-жітімнің көрсеткіші 100 мың халыққа шағып есептелінген, ал ауадағы $PM_{2,5}$ орташа жылдық концентрациясы mg/m^3 в mcg/m^3 қайта есептелінді, ол лог-сызықты модель формуласы жағдайы бойынша талап етілді.

Нәтижелері және талдау

Әртүрлі модификациялардағы шаңды фракцияларды ескере отырып қалқыған заттар құрамының деңгейі

бойынша біз ҚР қалаларының атмосфералық ауа сапасын бағаладық. ҚР қалаларының атмосфералық ауасының (TSP) қосынды шаңды бөлшектерінің орташа жылдық концентрациясы бойынша біз 2008-2011 жж. кезеңі аралығындағы орташаланған мәнін есептедік. TSP орташа мәнінен респирабельді фракциялар (1-кесте) әр бөлігі есептелінді. Қазақстанның бақыланатын қалаларының ауа бассейнінде барлық шаңды фракциялар бөлшектерінің орташа жылдық концентрациялары гигиеналық нормативтерден жоғары болды (1-кесте).

Кесте 1 – Қазақстанның таңдалған қалалары бойынша қосынды қалқыған заттардың орташа есеп көрсеткіштері, mg/m^3

№	ҚР қалалары	2008-2011 жж.		
		TSP	PM_{10}	$PM_{2,5}$
1	Алматы	0,25±0,09	0,123	0,099
2	Астана*	0,44±0,02	0,221	0,088
3	Шымкент	0,21±0,03	0,107	0,086
4	Жезқазған**	0,33±0,06	0,166	0,099
5	Тараз	0,14±0,02	0,071	0,057
6	Павлодар	0,16±0,03	0,079	0,063
7	Өскемен	0,16±0,02	0,079	0,063
8	Семей	0,15±0,05	0,074	0,059
9	Атырау**	0,35±0,12	0,173	0,104
10	Теміртау	0,23±0,04	0,117	0,094
11	Ақтау	0,24±0,03	0,118	0,095
	ШРЕК, mg/m^3	0,15 (РК)	0,04 (РФ)	0,025 (РФ)

* PM_{10} в $PM_{2,5}$ қайта түзілу коэффициенті 0,2 құрады.

** Қайта түзілген коэффициент 0,3.

Астана Жезқазған және Атырау қалаларында зерттеудің барлық кезеңінде ең жоғарғы деңгейлер (4 ШРЕК және одан да жоғары) көтерілуі бақыланды. Көрсетілген ұтымдылықтар бойынша неғұрлым негізделген ауа сапасын гигиеналық бағалау үшін ең қауіпті ұсақдисперсті респирабельді фракциялылар ($PM_{2,5}$) бойынша халық денсаулығына тигізетін қауіп-қатерді бағалау қажет болды.

Қазақстан қалаларының ауа бассейніндегі $PM_{2,5}$ орташа жылдық концентрациясының әсерінен болатын тұрғындардың өлім-жітім қауіп-қатері.

Қазақстанның бақыланатын қалаларындағы жүрек-өкпе патологиялар үлес салмағы (жүрек-қан тамыр жүйесі және тыныс ағзаларының аурулары) 2008-ден 2011 ж. аралығында жалпы өлім-жітімнің көрсеткіші 23,9-67,9 пайыз деңгейінде болды. Жалпыдан жарақатсыз өлім-жітімнің үлесі 83,0-90,8 пайызды құрады. Жалпы өлім-жітім ең жағарғы үлесті Алматы, Астана, Жезқазған,

Павлодар және Теміртау қалаларында анықталды (61,9%-тен 67,9%-ға дейінгі оқиға).

Қауіп-қатердің қол жетімді критерийіне сәйкес, ауа бассейніндегі $PM_{2,5}$ орташа жылдық концентрациясы әсерінен жарақатсыз және жүрек-өкпе ауруларынан туындаланған өлім-жітім қауіп-қатері (бұлардың ішінде қанайналым жүйесі өкпе ағзаларының ауруынан болатын өлім-жітім) Қазақстанның жеке қалаларында (Атырау, Жезқазған, Семей, Теміртау және Өскемен) үшінші диапазонында болды ($1 \cdot 10^{-4}$ аса, бірақ $1 \cdot 10^{-3}$ кем), ол халықты біртұтас алғанда қол жетімді емес. Бұл жағдай жоспарлы сауықтандыру шараларын өңдеуді және жүргізуді қажеттілігін көрсетеді.

Қорытынды. Осыған орай жүргізілген жұмыстар негізінде келесі қорытындыларды жасауға болады:

1. Қазақстан қалаларының ауа бассейнінде бақыланған жылдары (2008-2011 жж.) $PM_{2,5}$ ұсақ дисперсті фракциялармен жоғары деңгейдегі ластануы анықталды.

2. Қазақстанның көптеген бақыланатын қалаларында зерттелетін кезеңде өлім-жітім қауіп-қатері тағайындалған аэрогенді жүктемелерден, Қазақстанның жеке қалаларында жарақатсыз өлім-жітім және өкпе және жүрек қан тамыр ауруларының жоғары деңгейін

көрсетті, оған жеке қауіп-қатер көрсеткіші дәлел ($1 \cdot 10^{-4}$ аса). Қауіп-қатердің бұл деңгейі барлық халық үшін қол жетімді, ол қауіп-қатерді төмендету үшін жоспарлы сауықтыру шараларын жүргізуді талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Б.А. Ревич «Оценке влияния деятельности ТЭК на качество окружающей среды и здоровье населения». // Журнал "Проблемы прогнозирования". – М.: 2010. - №4. – Б. 87-99.
- 2 «Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения» // М.: Всемирный банк, 2005.
- 3 С.Л.Авалиани, А.А.Голуб, Н.Г.Давыдова, Е.Б.Струкова, Г.В.Сафонов. «Управление окружающей средой на основе методологии анализа риска» // Учебное пособие. - М.: 2006г. – 186 б.
- 4 Ю.А. Рахманин, С.М.Новиков, С.И.Иванов. «Современные научные проблемы совершенствования методологии оценки риска здоровья населения» // Гигиена и санитария. – 2005. - №2. – Б. 7-10.
- 5 Г.Г. Онищенко, С.М. Новиков, Ю.А. Рахманин, С.Л. Авалиани, К.А. Буштуева. «Основы оценки риска для здоровья при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду». – М.: 2002. – 408 б.
- 6 С.Л. Авалиани, Б.М. Ревич. «Оценка риска загрязнения окружающей среды для здоровья населения как инструмент муниципальной экологической политики в Московской области». – М.: 2010. – 311 б.

**У.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ, Н.Е.АЛИМОВА,
Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА, А.М. ОРАЗЫМБЕТОВА**
РЕСПИРАБЕЛЬНЫЕ ФРАКЦИИ КАК ФАКТОР СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Резюме: В данной статье представлены результаты оценки риска смертности населения городов Казахстана от уровня содержания пылевых фракций в атмосферном воздухе.

Ключевые слова: атмосферный воздух; риск смертности; респирабельные фракции

**U. KENESSARYIEV, A. DOSMUKHAMETOV, N. ALIMOVA,
ZH. BEISENBINOVA, A. ORAZYMBETOVA**
RESPIRABLE FRACTIONS AS A FACTOR OF POPULATION MORTALITY

Resume: This article presents the results of a risk assessment of mortality cities of Kazakhstan on the level of dust fractions in the air.

Keywords: ambient air, the risk of mortality, respirable fractions

УДК 614.72

У.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ, М.К. АМРИН М.Б. МАМЫРКУЛ, Г.А. БЕГИМБЕТОВА
Кафедра общей гигиены и экологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

ПРОГНОЗНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЭКСПЛУАТАЦИИ ЗАВОДА УКПНИГ «БОЛАШАК»

В данной статье представлены результаты оценки риска для здоровья населения от загрязняющих веществ, содержащихся в выбросах в атмосферный воздух планируемого к эксплуатации завода УКПНИГ.

Ключевые слова: атмосферный выброс; оценка канцерогенного и неканцерогенного риска, оценка экспозиции.

Введение. В настоящее время научное обоснование достаточности размера санитарно-защитной зоны (СЗЗ) крупных промышленных комплексов и обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности населения необходимо сопровождать широко применяемой и рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и другими ведущими международными организациями (ЮНЕП, МОТ, Комиссия Евросоюза, ОЕСР и др.) методологией оценки риска для здоровья населения [1, 2].

Существующая система управления качеством окружающей среды, в частности, загрязнением атмосферного воздуха, вблизи промышленных объектов, не может гарантировать полную безопасность для здоровья населения в силу ряда причин [3, 4]:

- отсутствие возможности ранжирования химических веществ, выбрасываемых крупными промышленными комплексами, по степени их опасности, и даже всего спектра загрязнителей;

- нет целостного пространственного представления о вкладе источников выбросов, в связи с чем нет возможности оценить полноту риска для здоровья населения от всех приоритетных компонентов выбросов;
- не рассматриваются среднегодовые концентрации, без которых невозможна оценка риска развития хронических эффектов.

Для решения этих вопросов сегодня наилучшим инструментом, несомненно, может служить методология оценки риска, возможности которой еще недостаточно используются в практических целях в Казахстане.

В связи с этим, целью настоящей работы являлась оценка риска здоровью населения загрязняющих веществ, содержащихся в выбросах в атмосферный воздух планируемого к эксплуатации завода УКПНИГ (Установка комплексной подготовки нефти и газа) «Болашак».

Данное предприятие предназначено для подготовки до товарных кондиций сырой нефти и газа, поступающих с морского комплекса освоения месторождения Кашаган. Площадка завода расположена на территории Макатского района Атырауской области.

Материалы и методы исследования. Оценка риска базировалась на расчетах рассеивания загрязняющих веществ выполненных ТОО «Казэкопроект» для

эксплуатации УКПНИГ в штатном режиме с учётом фоновых концентраций. В работе применялись методы оценки риска для здоровья населения от воздействия химического загрязнения атмосферного воздуха. Общие принципы расчетов, экспозиционные и референтные дозы, представленные в Руководстве Р 2.1.10.1920-04 [5]. Для проведения оценки риска были выбраны разъезды Таскескен и Каработан, как наиболее близко расположенные пункты проживания населения, а так же посёлок Ескене.

Результаты и обсуждение. На этапе идентификации опасности проведена детальная инвентаризация всех выбросов планируемого для эксплуатации завода УКПНИГ «Болашак». Всего для анализа представлено 39 загрязняющих веществ с общим объемом выбросов - 56212,66 т/год. После проведенных расчетов по величине индекса сравнительной опасности (HRI) компонентов выбросов было отобрано 28 приоритетных химических веществ. Из этого списка отобрано 7 веществ, обладающих канцерогенными действиями - сажа, бензол, хрома оксид (VI), формальдегид, этилбензол, никель оксид и бенз/а/пирен.

Сведения о канцерогенной опасности обобщены в таблице 1.

Таблица 1 - Индивидуальные канцерогенные риски в наблюдаемых населенных пунктах, CRi

Населенные пункты / наименование веществ	пос. «Ескене»	ЖР «Каработан»	ЖР. «Таскескен»
0328 Сажа	3,99E-07*	5,31E-07*	6,2E-07*
0203-Хром /в пересчете на хром (VI) оксид/	9,84E-09*	2,04E-08*	1,95E-08*
0602-Бензол	7,12E-08*	3,09E-07*	1,54E-07*
0164 -Никель оксид /в пересчете на никель	1,38E-10*	2,86E-10*	2,73E-10*
0703 -Бенз/а/пирен	2,51E-11*	6,12E-11*	5,57E-11
1325 -Формальдегид	1,39E-09*	4,79E-09*	4,13E-09*
0620 -Этилбензол	3,82E-10*	7,3E-10*	8,83E-10*

Примечание: * - концентрации, которые находились ниже приемлемого уровня 10^{-6}

Индивидуальный канцерогенный риск рассмотренных веществ не превышал нижнего предела приемлемого уровня 10^{-6} (таблица1). Согласно критериям отбора приоритетных ингредиентов [5], указанные канцерогены в таких значениях исключаются для проведения анализа на последующих этапах оценки риска.

В узлах расчетного прямоугольника модели рассеивания концентрации многих неканцерогенных химических загрязнителей были значительно ниже ПДК и референтных концентраций RFC, что подтвердили результаты ускоренной характеристики неканцерогенного риска на этапе идентификации (HQC< 0,1).

Закключение. В целом, по результатам оценки риска (скрининговой оценки) было установлено, что исследуемые химические вещества в выбросах завода УКПНИГ «Болашак» не представляют реальной опасности для здоровья населения, проживающего вблизи планируемого к эксплуатации завода, так как значения рисков не доходили до нижнего уровня приемлемого риска (10^{-6} и HQ< 0,1). Учитывая, что степень риска для здоровья населения закономерно уменьшается с увеличением расстояния от источника загрязнения, можно считать, что риск не только в изучаемом регионе, но и в более отдаленных населенных пунктах, также будет низким.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Онищенко Г.Г., Новиков С.М., Рахманин Ю.А., Авалиани С.Л., Буштуева К.А. Основы оценки риска для здоровья при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М.: 2002. – 408 б.
2. Авалиани С.Л., Ревич Б.А., Балтер Б.М., Гильденскиольд С.Р., Мишина А.Л., Кликушина Е.Г. Оценка риска загрязнения окружающей среды для здоровья населения как инструмент муниципальной политики в Московской области. - М.: 2010. - 309 с.
3. С.Л.Авалиани, А.А.Голуб, Н.Г.Давыдова, Е.Б.Струкова, Г.В.Сафонов. «Управление окружающей средой на основе методологии анализа риска» // Учебное пособие. - М.: 2006г. -186 с.
4. © Щербань М.Г., Мясоєдов В.В., Шевченко О.О., Савченко В.М., 2010 «Методические аспекты использования методологии оценки риска здоровью населения при воздействии факторов окружающей среды в Украине и России»

5 http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/vkhnu/Med/2010_898/17.pdf.

6 Р 2.1.10.1920-04. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду (2004 жылы РФ бас мемлекеттік санитарлық дәрігерімен бекітілген).

Ү.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, М.Қ. АМРИН, Г.А. БЕГИМБЕТОВА, М.Б. МАМЫРҚҰЛ

Түйін: Бұл мақалада атмосфералық ауаға «Болашақ» мұнай және газ кешенді дайындау қондырғысының жоспарлану тастамаларынан өндіріс аймағында тұрғындар денсаулығына келтіретін қауіп-қатері бағаланған нәтижесі берілген.

Түйінді сөздер: атмосфералық ауа; канцерогенді және канцерогенді емес қауіп-қатерлер; экспозицияны бағалау.

U. KENESSARYEV, A. DOSMUKHAMETOV, M. AMRIN, G. BEGIMBETOVA, M. MAMYRCUL

PREDICTIVE HUMAN HEALTH RISK ASSESSMENT FROM THE OPERATION OF THE PLANT SETTING COMPLEX PREPARATION OF OIL AND GAS (SCPOANDG) "BOLASHAK"

Resume: This article presents the results of human health risk assessments from contaminants in air emissions of planned to operate the plant SCPOandG.

Keywords: atmospheric emissions, evaluation of carcinogenic and non-cancer risk assessment of exposure.

УДК 613.31-65.011.46

**Ү.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, Н.Е. АЛИМОВА,
Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА, А.М. ОРАЗЫМБЕТОВА**

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

«КАСПИЙ» ЖШС ТҰЦЫЛАНДЫРУ ЗАУЫТЫНДА ӨНДІРИЛЕТІН АУЫЗ СУ САПАСЫН ҚАУІП-ҚАТЕРДІ БАҒАЛАУ ӨДІСНАМАСЫ АРҚЫЛЫ ТАЛДАУ

Бұл мақалада отанымыздың ауыз су өндірісінде халықаралық деңгейде танылған қауіп-қатер өдіснамасын алғаш рет қолданылған жұмыстың зерттеу нәтижесімен көрсетілуде. Бұлған орай қауіп-қатер өдіснамасы негізінде интегралдық бағалау жүйесі арқылы судың барлық химиялық көрсеткіші біріктіріліп толық бағалануда.

Түйінді сөздер: ауыз су; канцерогенді емес қауіп-қатер, интегралдық бағалау өдісі

Кіріспе. Соңғы жылдары жалпыға танымал қауіп-қатерді талдау өдіснамасына негізделген халық денсаулығына қоршаған орта факторларының өсерінің қауіп-қатерін бағалаудың және басқарудың заманауи технологияларын ұтымды пайдалану өзекті болып отыр [1, 2]. Бұл барлық өлемде кең таралған жаңа ғылыми бағыт [3]. Оның негізі нақты жағдайда да және де модельдеу жағдайында да қандай да бір жергілікті жер үшін қауіптілік туралы ақпарат алу үшін де және осының негізінде экспозиция деңгейін және қауіп-қатерді төмендету және жоюдың тиімді басқару шешімдерін қабылдау оның негізгі пайдалануы болып табылады [4]. «Доза-жауапқа» байланысты бағалау кезінде ЕРА (АҚШ) өдістемесі саналады, қандай да бір канцерогенді заттардың өсерінен зиянды өсерлер пайда болады, яғни олар үшін өсер ету табалдырығы жоқ, ал канцерогенді емес заттар үшін табалдырық деңгейі бар [5]. Оның өзінде де ШРЕК табалдырық қағидасы барлық қолайсыз өсерлерге қатысты және нормативтік деңгейді сақтау қазіргі кезде және болшақтағы ұрпақ үшін абсолютті қауіптілікті қамтамасыз етеді. Қазіргі кезде және санитарлық қызмет тәжірибесінде және гигиеналық зерттеулерде қоршаған орта сапасын бағалауда қабылданған нормативті мөлшерлермен салыстыру негізіне сүйене отырып (ШРЕК, ЗШҚД және т.б.), «сәйкес» және «сәйкес емес» қағидасының негізінде іске асырылады. Бұл Отандық норматив бойынша (ШРЕК) деңгейінде қауіп-қатер нөлге теңелген, ол абсолютті

қауіпсіздікті қамтамасыз етуі керек. Қазіргі күні мұндай жорамалға қарсы, себебі абсолютті қауіпсіздікті қамтамасыз ету мүмкін емес, және қол жетімді (рұқсат етілген) қауіп-қатер концепциясын ұсынады, яғни қоғам қазіргі таңда осындай қауіпсіздікке талпынады [6]. ЕРА (АҚШ) жүйесінде химиялық заттарды нормалаудың негізгі өдістемелік қағидаларын ескеріп, канцерогенді және канцерогенді емес өсерлерге қауіп-қатерді есептеуді және сипаттауды екі бөлек жүргізеді [5]. Химиялық қауіпсіздік көрсеткіші бойынша ауыз суын интегралды бағалау кезінде ольфакторлы-рефлекторлық, санитариялық-токсикологиялық және канцерогенді өсердегі химиялық заттар өсерінің ерекшеліктерін ескеру қажет. Бұл жүргізудің біріздендірілген ретті және алгоритмді өңдеуді талап етеді [7]. Қазақстан Республикасында халық денсаулығы үшін қоршаған ортаның, соның ішінде ауыз суындағы химиялық заттар өсерінен болатын қауіп-қатерді бағалаудың жалпы өдістемесі өңделмеген, біздер Ресей Федерациясының өдістемелік нұсқауын пайдаландық [7]. 1997 ж. Ресей территориясында қауіп-қатер талдау өдістемесі табысты апробацияланды және оны енгізудің болашағының ұшқырлығы көрсетілген. Соңғы жылдары ресей зерттеушілерінің тәжірибесін талдағанда, қауіп-қатер талдау өдістемесін пайдалану нарықтық экономика жағдайында халық денсаулығын қорғауда қоршаған орта сапасын басқару істерінде бірқатар ауқымды артықшылықтарын берді. Сонымен қатар осы қауіп-қатер

Әдістемесі халық денсаулығы үшін гигиеналық қауіпсіздік жүйесін құрудың негізін құрады. Бірақ осы жәйттарды ескере отырып зерттеушілер қауіп-қатерді бағалау жүйесін енгізу жұмыстарын жергілікті жерлерге бейімдей отырып іске асыру қажеттілігін нақты көрсетті. Сондықтан біз 20000 тәулігіне/м³ өндіретін ЖШС «Каспий» тұщылау зауыты мысалында кері осмос әдісімен тұщыланған теңіз суы сапасын бағалауда осы әдісті апробацияладық.

Теңіз суын тазарту технологиясы ҚР аумағында кеңінен пайдаланылуда. Мысалы, Ақтау қаласында дистилляциялық тұщылау қондырғысы (ЖШС «МАЭК-Казатомпром») жұмыс істеп тұр және кері осмос технологиясы негізінде жұмыс істейтін «Каспий» тұщылау зауыты қосымша құрылып эксплуатацияға берілген (2005 ж.). Бұндай технология суға қажеттілігі артып отырған осы аймақ үшін жағдайында экономикалық жағынан біршама ұтқыр болып отыр.

Каспий теңізінің техногендік ластануының экологиялық мәселелері бүгінгі таңда туындаған жоқ, бірақ қоғам, көптеген ғалымдар және мамандар тек қазір ғана бай-балам салып жатыр. Қазіргі кезде каспий теңізінің антропогенді ластануының негізгі үш жолмен іске асатыны анықталды: теңізде және жағажайда мұнай өндірудің нәтижесі ретінде, су көлігімен жүк тасумен байланысты (мұнай және мұнайөнімдері және т.б.) теңізге құятын өзен ағымдарының ұлы заттармен ластануы.

Айтылған жәйттарды ескерсек ҚР каспий аймағындағы жақын аймақтарда осы нысанды сумен қамтамасыз ету пайдаланылуының жарамсыздығына өкелуі мүмкіндігін тудырады.

Көрсетілген мәселені шешу үшін нақты жағдайда теңіз суын судаярлау технологиясында арнайы модернизация жүргізуді талап етеді. Су құбыр жүйесінің қандайда бір ұтымды реконструкциясын және модернизациясын таңдау, берілген ауыз суының халық денсаулығына тигізетін қауіп-қатерін бағалауға бағытталуы керек.

Жоғарыда аталғандарды ескере отырып, «Каспий» тұщылау зауыты өндіретін ауыз суында бар химиялық заттар өсерінің халық денсаулығына қауіп-қатерін бағалау үшін осы зерттеуді жүргізу жоспарланды.

Осыған орай, осы жұмыстың негізгі мақсаты болып «Каспий» тұщылау зауыты өндіретін ауыз суының химиялық қауіпсіздік көрсеткіші бойынша халық денсаулығы үшін экспозицияны және интегральді қауіп-қатерді бағалау табылады.

Жұмыстың негізгі міндеттері:

1. Зерттелетін аудандағы (аймақтағы) ауыз суында бар химиялық заттардың қауіптілігіне идентификация жүргізу және ұтымды заттарды анықтау.
2. Анықталған ұтымды заттар өсері кезіндегі мүмкін болатын зиянды өсер себеп салдарлық байланысын анықтау.
3. Адам ағзасына ауыз суымен түсетін ұтымды химиялық заттар күтілетін сандық түсуін анықтау.
4. Экспозициялық жүктемеге жауап ретінде, және де қауіп-қатердің қол жетімді халықаралық критерийерін салыстыра отырып алынған қауіп-қатер мөлшерін бағалау үшін халық денсаулығына күтілетін қолайсыз өсерлерді бағалаудың қауіп-қатерін сипаттау.
5. Алынған бағалардың беймәлімділігін талдау.

Материалдар мен әдістер

ҚР аумағындағы ауыз суының құрамындағы химиялық заттардың халық денсаулығын өсерінен болатын қауіп-қатерді бағалауды біріздендіру, ғылыми негізделген көзқарасты қамтамасыз ету үшін жүргізудің біріздендірілген ретін және оны алгоритмін өңдеу қажет. Себебі республикада ауыз суының құрамындағы химиялық заттардың халық денсаулығына қауіп-қатерін бағалаудың жалпы әдістемесі өңделмеген. Осыған орай, біз Ресей Федерациясында еңгізілген практикалық нұсқауын қолдандық (Р - 2.1.10.1920-04) [5].

Қауіптілікті идентификациялау кезеңінде зерттелетін аудандағы ауыз суында бар химиялық заттар анықталды. Қауіптілікті идентификациялау кезеңінде «Каспий» тұщылау зауыты өндіретін судағы канцерогенді заттар анықталмады.

Канцерогенді қауіп-қатері жоқ заттарды ранжирлеу үшін референттік дозаға (TW) немесе концентрацияға (RfC) негізделген (Р - 2.1.10.1920-04) салмақтық коэффициенттер пайдаланылды. Салыстырмалы канцерогенді емес қауіп-қатер қауіптілігінің индексін анықтау төмендегі формулада көрсетілген:

$$HRI = E * TW * P / 10000,$$

онда: HRI - салыстырмалы канцерогенді емес қауіп-қатер қауіптілігінің индексі;

TW – денсаулыққа өсер ететін салмақтық коэффициент;

P* - популяция саны;

E** - шартты экспозиция мәні (орташа тәуліктік доза есебі алынады).

Осыған байланысты факторлар өсеріне ұшыраған популяция (Ақтау қаласы) біртұтас қарастырылғанда, HRI и HRIc есептегенде P/ 10 000 көрсеткіштер есепке алынбады.

Жоғарыда көрсетілген формулаға сәйкес зерттелетін заттар рангын анықтағаннан кейін қауіптілікті идентификациялау кезеңінде ұтымды заттар рангтық орындары анықталды.

Қауіп-қатерді сипаттаған кезде келесі алгоритм іс-әрекеті ұсынылды: 1- ольфакторлы-рефлекторлық өсер қауіп-қатерді бағалау; 2- канцерогенді өсерді бағалау (табалдырықсыз модель); 3 – интегральді қауіп-қатерді бағалау (өсерлерді қосындылау). Қауіп-қатер мәнінің өр кезеңінде оларды қол жетімді деңгейлермен салыстыра отырып бағаланды. Ауыз суындағы органолептикалық және канцерогенді қауіп-қатердің табалдырықсыз моделдерді есептеулердің стандартты формулалары

әдістемелік нұсқауларда көрсетілген [7].

Нәтижелер және талдау

Сонымен біз қауіп-қатерді бағалау әдістемесін пайдалана отырып химиялық қауіпсіздік көрсеткіштері бойынша ЖШС «Каспий тұщылау зауытының» өндіретін ауыз суының сапасын бағаладық. Жоғарыда айтып өткендей қазіргі кезде Каспий теңізінің мұнай өнімдерімен антропогенді ластануы бірқатар елдердің көпшілігінің көңілін бөлдіріп отыр.

Каспий теңізінің теңіз суындағы химиялық ингредиенттер құрамының талдауы 2006 ж. теңіз суындағы мұнай өнімдерінің жоғары концентрациясын, ал қалған бақыланған жылдарда деңгей рұқсат етілген нормада болды. Сонымен қатар, «Каспий» зауыты пайдаланатын селективті мембрана 99,5% құрады, ол бастапқы суда тіпті мұнай өнімдерінің 3 мг/л болғанның өзінде де толық тазалауды қамтамасыз етеді.

Теңіз суын өңдеу технологиясында (Каспий теңізі) пайдаланылады: коагуляция және флокуляциялы суды сүзіп тазалау, керіосмостық тұщылау және тұщы су құрамын физикалық-химиялық түзету.

Қауіптілікті идентификациялау кезеңі. Бастапқы суда бекітілген 19 химиялық қосылыс ранжирленді. Анықталған 11 қол жетімді химиялық заттардың бастысы болып теңіз суына төн құрғақ қалдық, хлоридтер және сульфаттар табылады.

«Доза (концентрация) – жауапқа» байланысты бағалау кезеңіне байланысты ұтымды ингредиенттер ішінде белгілі концентрацияда жүйке жүйесіне, қанайналым жүйесіне, ас-қорыту жолдарына, бүйрекке және тіс тініне, репродуктивті жүйеге қолайсыз өсер ететін заттар

бар екені тағайындалды. Олардың канцерогенді өсері жоқ.

Экспозицияны бағалау кезеңінде келесі сценарий өсері тапсырылды; Ақтау қ. және жақын маңда орналасқан тұрғылықты жерлерді ЖШС«Каспий тұщылау зауыты» кәсіпорыны өндіретін орталықтандырылған ауыз суымен қамтамасыз ету.

«Қауіп-қатерді сипаттау» кезеңінде алғашында негізгі органолептикалық көрсеткіштері және ауыз суының органолептикалық қасиетіне өсер ететін заттар бойынша рефлекторлы-ольфакторлық өсер дамуының Қауіп-қатері бағаланды.

Органолептикалық Қауіп-қатер есебінің нәтижелері 1 кестеде ұсынылған.

1 кесте - Ауыз суындағы рефлекторлық-ольфакторлық өсер дамуының Қауіп-қатерін бағалау

Талданатын критерийлер	Маңызы	ШРЕК нормативі	Prob <*>	Қауіп-қатер
20 °C-тағы иіс	0	2		0
20 °C-тағы дәмі	0	2		0
Түстілігі	0	20	-3,33	0
Лайлылығы	0	1,5	-3	0
Сүтегі көрсеткіші	7,9	9	-3,1	0,001
Жалпы қатаңдығы	3	7	-3,22168	0,0007
Хлоридтер	41	350	-5,09186	0
Құрғақ қалдық	228	500	-3,13224	0,001
Бос қалдық хлор	0,08	0,5	-4,64232	0
Байланысқан қалдық хлор	0,06	1,2	-6,31942	0
Рефлекторлық-ольфакторлық өсердің қосынды Қауіп-қатері				0,001
Рефлекторлық-ольфакторлық реакцияның қол жетімді маңызы				0,1

<*> Осы оқиғадағы халық денсаулығына өзі тудыратын Қауіп-қатерге зиянды зат концентрациясынан өту үшін Prob мәні аралық мән болып табылады.

Кесте мәліметтері көрсеткендей көптеген органолептикалық көрсеткіштерге Қауіп-қатер есептелмеді, оның салдарынан ауыз суында олар табылмады. Хлор (қалдық және байланысқан) және хлоридтер көрсеткіштер Қауіп-қатер мәні нөлге теңелген, себебі (Prob) аралық мәні төмен шекте бекітілген.

Қосынды органолептикалық Қауіп-қатерді бағалау өр затқа төн барлық топтар мәнін максималды таңдаумен іске асты. Бұндай тәсіл Вебер-Фехнер заңында жазылған және рефлекторлы реакцияларды түзетін адам рецепторларының реакцияларының ерекшеліктері туралы жалпы қалыптасқан көзқарастарға негізделген [6].

Органолептикалық Қауіп-қатерді қосынды бағалау (рефлекторлық-ольфакторлық реакциялар) осы ауыз суын пайдаланғанда 0,001 құрды, ұтымды факторлар – құрғақ қалдық және сүтегі көрсеткіші.

Ары қарай табалдырықсыз модель бойынша канцерогенсіз Қауіп-қатер бағаланды. Осы модель ұтымды заттардың ұлы өсерінің ерекшеліктерімен байланысқан патологиялы халықтың сырқаттанушылығының күтілетін өсіміне бағытталған.

«Каспий» тұщылау зауытының ауыз суының ингредиенттерінен канцерогенді емес Қауіп-қатерін есептеу нәтижелері 2 кестеде көрсетілген.

2 кесте - Тарату торына түсер алдындағы тұщылау зауытының ауыз суындағы заттардың табалдырықсыз канцерогенді емес Қауіп-қатер (Risk) мәні

Көрсеткіштер атауы	ШРЕК	Фильтрлер-кондиционерлерден шыққанан кейінгі су		Камералық-сәулелік таратушыдан шыққанан кейінгі ағым	
		Заттар концентрациясы, мг/л	Risk	Заттар концентрациясы, мг/л	Risk
Сульфаттар	500	69	0,0024	6,05	0,0005
Хлоридтер	350	41	0,0020	30	0,0037
Фтор	1,5	0,24	0,0028	0,67	0,0001
Құрғақ қалдық	1000	228	0,0040	38,75	0,0014

Бос Қалдық хлор	0,5	0,08	0,0028	10,07	0,0005
Байланысқан Қалдық хлор	1,2	0,06	0,0009	1,01	0,0117
Созылмалы уланулар Қол жетімді Қауіп Қатері			≤0,02		≤0,02
Табалдырықсыз канцерогенді емес Қосынды Қауіп-Қатер			0,01476		0,046
Табалдырықсыз канцерогенді емес Қосынды Қауіп-Қатер Қол жетімді мөлшері			≤0,05		≤0,05

2 кестеде көрсетілгендей жеке Қарастырылатын заттар үшін табалдырықсыз канцерогенді емес Қауіп-Қатер Қол жетімді деңгейден аспады, (0,02).

Табалдырықсыз канцерогенді емес Қосынды Қауіп-Қатер ауыз суынан Қол жетімді деңгейден (0,05) аспады және 0,046 құрады.

Осыған орай табалдырықсыз канцерогенді емес Қауіп-Қатер денсаулыққа таратушы торға түсетін ауыз суының

сапасынан Әр жеке заттар үшін де және олардың Қосарласқан Әсерінде де Қол жетімді деңгейден аспады.

Себебі Қауіп-Қатерді сипаттау Қауіп-Қатерді бағалаудың Қортынды кезеңі болып табылады, біздер таратушы торға берілетін ауыз суының Қауіп-Қатеріне интегральді баға бердік (Әсерлер Қосындысы).

Ауыз суының сапасын бағалаған кезде интегральді Қауіп-Қатер есептеу нәтижелері 3 кестеде көрсетілген.

3 кесте - Ауыз суының интегральді көрсеткішін есептеу

Қауіп-Қатер	Қосынды бағалау бойынша мәні	Қол жетімді мәнің мөлшері	Қол жетімді мәнің Қауіп-Қатерге Қатынасы
Рефлекторлық-ольфакторлық Әсер Қауіп-Қатері	0,001	0,1	0,01
Канцерогенді емес Қауіп-Қатер	0,015	0,05	0,30
Канцерогенді Қауіп-Қатер	0	0,00001	0,0
Интегральді көрсеткіш			0,31

3 Кестеде көрсетілгендей рефлекторлық-ольфакторлық Әсер Қауіп-Қатер дамуының Қол жетімді мәнге Қатынасы 0,01, ал Қосынды канцерогенді емес Қауіп-Қатер оның Қол жетімді деңгейге Қатынасы – 0,3 құрады. Осы кездегі интегральді көрсеткіші 0,31 құрады, ол нормативті деңгейден аспады (ИПС1).

Бұл барлық талданатын көрсеткіштер үшін Қауіп-Қатер Қол жетімді деңгейден аспады және ауыз суын реттеу үшін Қосымша шаралар қабылдауды талап етпеді.

Беймәлімдіктің сипаттамасы

Осы жұмыс бойынша Қауіп-Қатер талдау нәтижесін талдамас бұрын, оларда бар беймәлімдік дәрежесін ескеру қажет.

Қазіргі кезде «Каспий» тұщыландыру зауыты эксплуатацияға жартылай енгізілген, яғни өндірілген су Актау Қаласының тек коммунальдық қажеттілігін ғана қамтамасыз етуге бағытталған. Осыған байланысты осы зерттелген жұмыс зерттеу барысында бар болған және алынған шектеулі мәліметерге негізделген скринингтік зерттеу болып саналады.

Беймәлімдік «доза-тиімділікке» байланысты бағалау кезеңіндегі судың химиялық компоненті үшін ұсынылған мөлшерді тағайындаудың қиыншылығымен қамтамасыз етілген. Ғылыми мәліметтердің қол жетімділігі және сенімділігі, релевантностілігі бойынша салыстырмалы түрде өртүрлі көзқарастар қалыптасқан. Жануарлардың экспериментальдық мәліметтерін адамдарға экстраполяциялау жөнінен қарастырылатын мәселелер бар. Басқа көздерден алынған (ауа, тағам және т.б.) заттардың пропорциональді санын ескеру қиын.

Сонымен қатар, ауыз суындағы химиялық заттар үшін «доза-тиімділік» байланысын тағайындау кезінде эпидемиологиялық зерттеулер шектеулі пайдаланылады. Қауіп-Қатерді бағалаудың барлық кезеңінде жоғарыда аталған беймәлімділіктерді ескерсек олардың азайтылуын, соңына қорытындыласақ нәтижелер

сенімділігін жоғарлатылуын, қорытындылардың нысаналығын және қабылданатын басқару шешімдерінің адекваттылығын қамтамасыз ету керек.

Ұқсас зерттеулер ҚР аумағында жүргізілмеді. Көптеген гигиеналық зерттеулер ауыз суының сапасын қамтамасыз етуде, эпидемиологиялық және радиационды жағынан қауіпсіз, химиялық құрамының қауіпсіздігі және органолептикалық қасиетінің қолайлылығы жөнінен императив болады. Ауыз суының интегральді әдісі химиялық қауіпсіздік көрсеткіші бойынша қауіп-қатер деңгейінің қол жетімді көрсеткіштер критерийлерімен және қосынды немесе оның қауіпсіздігін интегральді бағалауының түзу алгоритмімен толықтырылған. Осы әдіспен КҚБ «Санкт-петербург суканалы» ауыз суының сапасы бағаланған [8]. Бұл жұмыстың авторлары ұсынылған әдіс (табалдырықсыз модель) ольфакторлық-рефлекторлық, санитариялық-токсикологиялық және канцерогендік Әсер ететін химиялық заттар Әсерінің ерекшеліктерін ескеруге мүмкіндіктер туғызатынын көрсетеді. Онымен қоса ол су құбырлар станцияларын ранжирлеуге, халық денсаулығына қауіп-қатер критерийінен шыға отырып, судың сапасын бақылауын ұтымды етуге, және де су даярлауды жақсартудың ұтымды шараларын таңдауға және іске асыруға мүмкіндік береді. Осыған байланысты бағалаудың «сәкес», «сәйкес емес» стандарттық жүйесінен, адам ағзасына өртүрлі Әсерлерді тікелей ескеретін неғұрлым кең және ауқымды критерийлі, ауыз суының қауіпсіздік көрсеткіштерін индекстеу қажеттілігі басып айтылады.

Осыған орай қоршаған ортаның гигиенасы аймағындағы Қазақстанның жетекші мамандарының позициясы тұрғысынан қауіп-қатер әдістемесінің бағалауды және ҚР санитарлық қызмет тәжірибесіне ендіруді ұсынады.

Қорытынды. «ЖШС «Каспий» тұщыландыру зауытының», өндіретін ауыз суы мысалында судың химиялық қауіпсіздік көрсеткіштері бойынша ДДҰ, Бүкіл әлемдік

банк және басқа да халықаралық ұйымдар ұсынған заманауи қауіп-қатерді бағалау әдістемесін пайдалана отырып ауыз су сапасын бағалау жүргізілді. Жүргізілген зерттеулер нәтижесі бойынша біз келесі қорытындыға келдік:

1. 2006 ж. сумен қамтамасыз ету көздерінде, теңіз суындағы мұнай өнімдерінің жоғары концентрациясы, ал қалған бақылау жылдарында 2011 ж. дейін теңіз суы үшін рұқсат етілген нормативтерден аспады.
2. Тұщыландыру зауытқа кірер алдында, бастапқы суда талданатын 19 химиялық заттың ұтымды 11 анықталды. Жетекші болып – құрғақ қалдық, хлоридтер және сульфаттар табылады, оған алынған салыстырмалы қауіптілігі канцерогенді емес ($HRI \geq 100$) индекстер мағынасы келтіріледі. Олардың арасында канцерогендер анықталмады.
3. «Доза-тиімділікке» байланысты бағалағанда адам ағзасына ұтымды заттар түскенде күтілетін дозасы

кезінде жүйке, жүрек-қан тамыр және ас қорыту жүйесі, бүйрек, сүйек тіні және репродуктивті ағзаларға бағытты өсерді күтуге болады.

4. Экспозицияны бағалау кезеңдері барлық ұтымды ауыз суының орташа тәуліктік дозасы референттік деңгейден төмен болды, ол халық денсаулығына қауіпті емес екендігін көрсетеді.

5. Қосынды қауіп-қатер аралас өсер еткен кезде (интегралдық өсерлерді қосқанда 0,31 құрады, регламенттен аспайды ($IPI \leq 1$)) жеке заттармен созылмалы улануларда кезінде қол жетімді болуымен бағаланады. Осыған орай қауіп-қатерді талдау әдістемесінің ережесіне сәйкес басқару шешімдері берілмеді.

Қорыта келгенде жоғарыда аталған қорытындыларды ескерсек, «Каспий» тұщыландыру зауытының кері осмос әдісімен алынған ауыз суы химиялық құрамы бойынша халық денсаулығына қауіп-қатер тудырмайды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Авалиани С.Л., Филатов Н.Н, Аксенова О.И. және т.б.. Разработка и апробация методики оценки риска здоровью населения от промышленных предприятий и автотранспорта на территории ЮВАО г. Москвы. - Сб. «Окружающая среда. Оценка риска для здоровья. Опыт применения методологии оценки риска в Москве». ЦГСЭН. РМАПО. - М.: 1999. - Б. 3-45.
- 2 Авалиани С.Л., Аксенова О.И., Пономарева О.В. Разработка и внедрение методологии оценки риска здоровью населения от воздействия загрязнения атмосферного воздуха и питьевой воды на территориях г. Москвы. – Консультационный центр по оценке риска, ЦГСЭН в г. - М.: 2000.
- 3 Авалиани С.Л., Ревич Б.М. Оценка риска загрязнения окружающей среды для здоровья населения как инструмент муниципальной экологической политики в Московской области. – М.: 2010. – 311 б.
- 4 Онищенко Г.Г., Новиков С.М., Рахманин Ю.А., Авалиани С.Л., Буштуева К.А. Основы оценки риска для здоровья при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М.: 2002. – 408 б.
- 5 Р 2.1.10.1920-04. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду (2004 жылы РФ бас мемлекеттік санитарлық дәрігерімен бекітілген).
- 6 © Щербань М.Г., Мясоєдов В.В., Шевченко О.О., Савченко В.М., 2010 «Методические аспекты использования методологии оценки риска здоровью населения при воздействии факторов окружающей среды в Украине и России» http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/vkhn/med/2010_898/17.pdf.
- 7 «МР 2.1.4.0032-11. 2.1.4. Питьевая вода и водоснабжение населенных мест. Интегральная оценка питьевой воды централизованных систем водоснабжения по показателям химической безвредности. Методические рекомендации» (2011 жылы РФ бас мемлекеттік санитарлық дәрігерімен бекітілген).
- 8 Мельцер А.В., Киселев А.В., Ерастова Н.В., Шульга А.А. Интегральная оценка питьевой воды по показателям химической безвредности на основе методологии оценки риска для здоровья населения, апробированная на водопроводных станциях ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга». В кн.: Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Гигиенические и медико-профилактические технологии управления рисками здоровью населения». Пермь: 2011. - 158-161 б.

У.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ, Н.Е. АЛИМОВА, Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА, А.М. ОРАЗЫМБЕТОВА АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, ПРОИЗВОДИМОЙ ТОО «ОПРЕСНИТЕЛЬНЫМ ЗАВОДОМ КАСПИЙ», С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА

Резюме: В данной статье впервые показаны результаты исследований с применением всемирно признанной методологии оценки риска в отечественной системе водоснабжения. На основе применения данной методологии проведена интегральная оценка качества питьевой воды, учитывающая все показатели химической безвредности.

Ключевые слова: питьевая вода; неканцерогенный риск, методика интегральной оценки.

U. KENESSARYIEV, A. DOSMUKHAMETOV, N. ALIMOVA, ZH. BEISENBINOVA, A. ORAZYMBETOVA ANALYSIS OF THE QUALITY OF DRINKING WATER PRODUCED BY LLC DESALINATION PLANT "CASPIAN" WITH THE USE OF RISK ASSESSMENT METHODOLOGY

Resume: This article shows the results of the first studies to apply the internationally recognized methodology for risk assessment in the domestic water system. On the basis of this methodology conducted integrated assessment of drinking water, taking into account all the values of chemical safety.

Keywords: drinking water; non-carcinogenic risk, drinking the method of integral evaluation.

УДК 614.1:313.13

У.И. КЕНЕСАРИЕВ, А.Е. ЕРЖАНОВА, Г.М. АЛИКЕЕВА,
С.Ш. СЛАМКУЛОВА, А.Ж. МОЛДАКАРЫЗОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра общей гигиены и экологии

**ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
ЖЫЛЫЙСКОГО РАЙОНА**

В статье приведены материалы ретроспективного анализа заболеваемости населения Жылыойского района Атырауской области с 2006 г. по 2011 г. Показана сравнительная оценка с показателями области, г. Атырау и Республики Казахстан.

Ключевые слова: Атырауская область, Жылыойский район, заболеваемость, нефтедобывающая промышленность

Актуальность: В связи с интенсивным освоением Прикаспийских месторождений нефти и газа особую остроту и внимание как ученых, так и работников практического здравоохранения привлекают проблемы здоровья населения в экологически неблагоприятных регионах. Одним из важных регионов нефтедобывающей промышленности является Жылыойский район Атырауской области. Проблемой глобального масштаба является загрязнение окружающей среды экологически опасными компонентами отработанных нефтепродуктов.

Целью наших исследований явилось изучение показателей заболеваемости населения Жылыойского района в динамике с 2006 по 2011 гг.

Результаты исследования: Анализ первичной заболеваемости населения Жылыойского района в динамике с 2006 г. по 2011 г. показывает повышение уровня в 1,3 раза [1, 2, 3]. При этом в течение всего периода наблюдений данные показатели выше, чем в Атырауской области и г. Атырау, а с 2009 г. превышают и республиканские, рисунок 1.

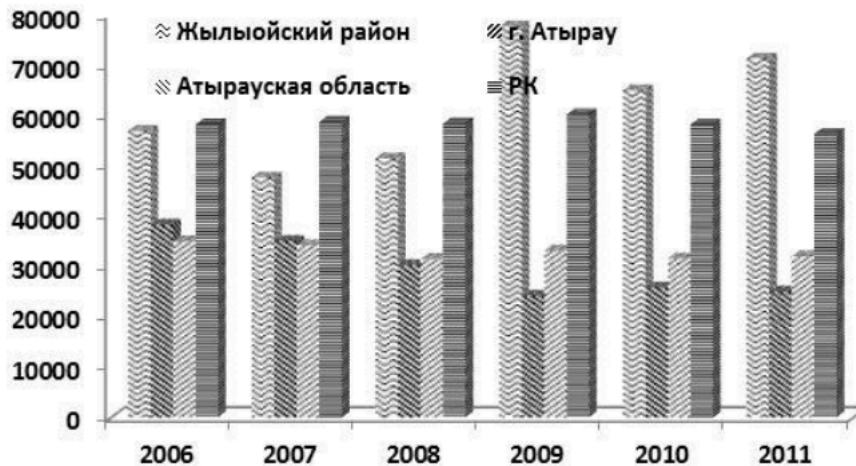


Рисунок 1 - Сравнительная оценка первичной заболеваемости населения Жылыойского района, г. Атырау, Атырауской области и Республики Казахстан за 2006-2011 гг.

Основными причинами первичной заболеваемости населения в 2006 г. были болезни органов дыхания (15011,3 на 100 тыс. населения), болезни кожи и подкожной клетчатки (9853,5 на 100 тыс. населения), осложнения беременности, родов и послеродовом периоде (7527,4 на 100 тыс. населения), травмы и отравления (3283,5 на 100 тыс. населения), болезни мочеполовой системы (2955,1 на 100 тыс. населения). К

2011 г. наблюдается снижение уровня болезней кожи и подкожной клетчатки в 4 раза, и осложнений беременности, родов и послеродовом периоде в 7,8 раз. Вместе с тем, показатели болезней органов дыхания несколько увеличились (в 1,2 раза), а количество травм и отравлений, а также болезней мочеполовой системы – в 1,3 раза, рисунок 2.

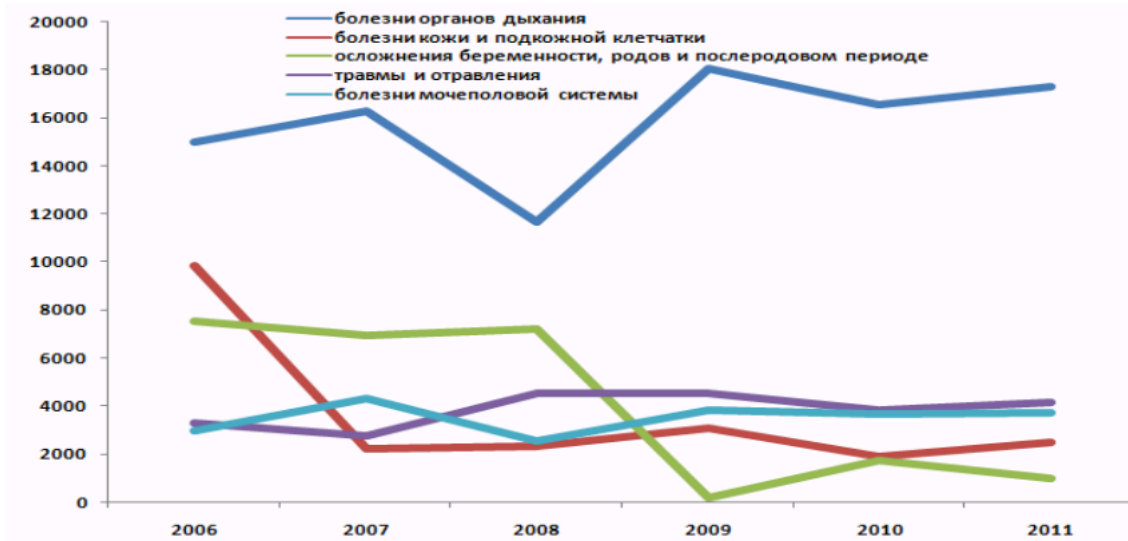


Рисунок 2 – Динамика изменения ведущих причин заболеваемости населения Жылыойского района, 2006-2011 гг.

Анализ заболеваемости по основным возрастным группам показал, что показатели взрослого населения за весь период наблюдения превышала аналогичные

показатели по г. Атырау, Атырауской области и Республики Казахстан, рисунок 3.



Рисунок 3 - Сравнительная оценка первичной заболеваемости взрослого населения Жылыойского района, г. Атырау, Атырауской области и Республики Казахстан за 2006-2011 гг.

Ведущими причинами первичной заболеваемости взрослого населения в 2006 г. были болезни кожи и подкожной клетчатки (20,3 %), болезни органов дыхания (14,1 %), болезни нервной системы (8,2 %), болезни

мочеполовой системы (7,9 %), травмы и отравления (6,3 %), которые составили 56,8 % от всех причин первичной заболеваемости данной возрастной группы, рисунок 4.

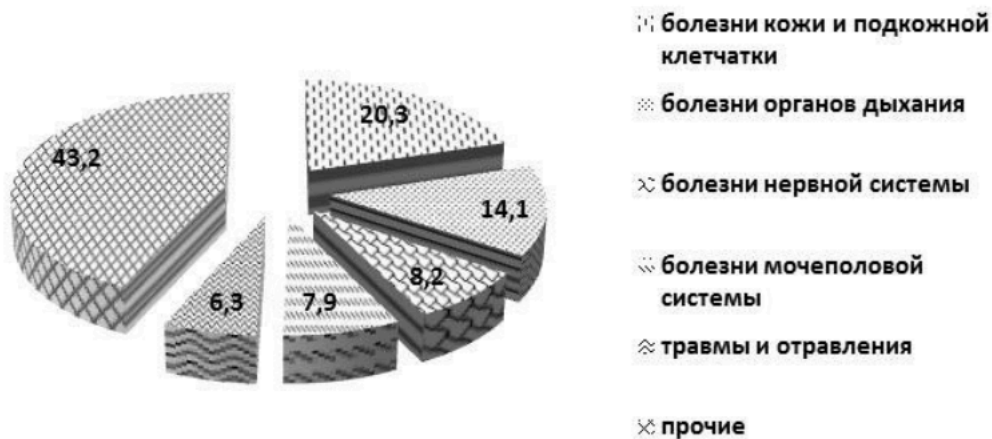


Рисунок 4 – Ведущие причины первичной заболеваемости взрослого населения Жылыойского района, 2006г.

Анализ первичной заболеваемости взрослого населения Жылыойской области в динамике имеет тенденцию к повышению, составляя 48538,4 на 100 тыс. населения в

2006 г. и 64281,0 – в 2011 г., что выше показателей Республики Казахстан в 1,6 раз.



Рисунок 5 – Динамика изменения ведущих причин заболеваемости взрослого населения Жылыойского района, 2006-2011 гг.

При этом, к 2011 г. наблюдается резкий спад болезней кожи и подкожной клетчатки – в 4,3 раза, по остальным классам уровень заболеваемости несколько повысился – от 1,2 до 1,5 раз, рисунок 5.

Сравнительная оценка первичной заболеваемости подросткового населения Жылыойского района показывает стабильно низкий уровень по сравнению с данными Республики Казахстан за весь период наблюдения. Кроме того, в 2007 г., 2010 г. и 2011 г. уровень первичной заболеваемости подростков

Жылыойского района был ниже данных г. Атырау и Атырауской области.

Первичная заболеваемость подростков в динамике имеет тенденцию к снижению. Уровень которой в 2006 г. составил 32928,5 на 100 тыс. населения, что ниже республиканских показателей в 2,2 раза. К 2011 г. показатель заболеваемости снизился в 1,1 раза, составив 28932 на 100 тыс. населения, что ниже аналогичных данных Республики Казахстан в 2,8 раз, рисунок 6.

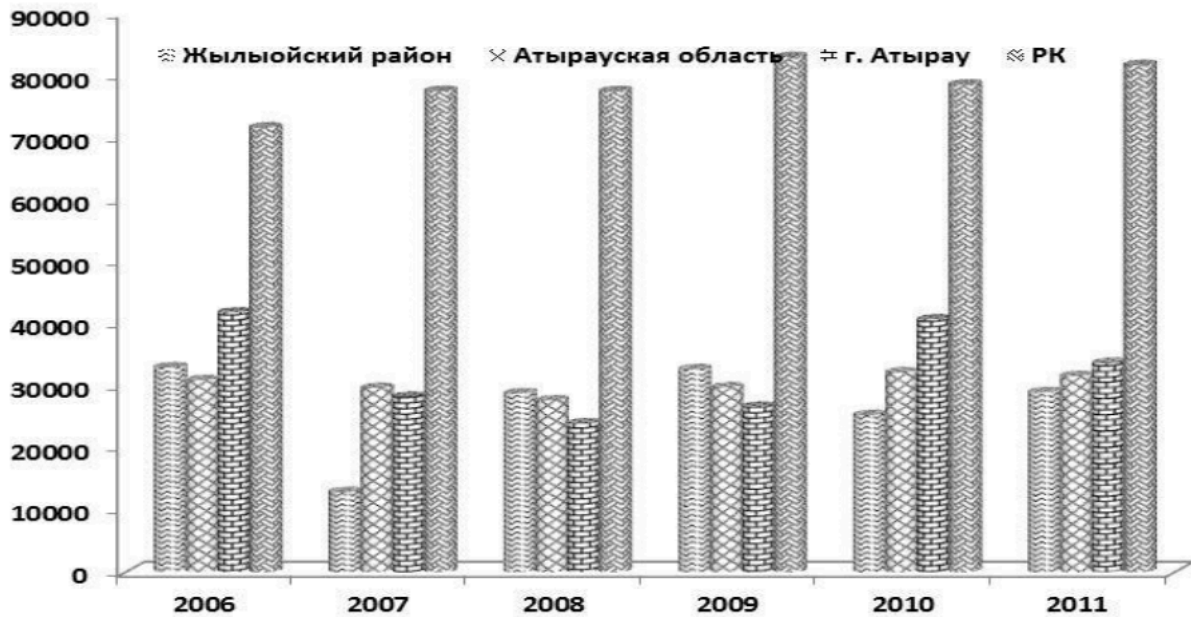


Рисунок 6 - Сравнительная оценка первичной заболеваемости подросткового населения Жылыойского района, г. Атырау, Атырауской области и Республики Казахстан за 2006-2011 гг.

Анализ подростковой заболеваемости 2006 г. выявил пять основных классов заболеваемости – болезни кожи и подкожной клетчатки (30,9 %), болезни органов дыхания (22,1 %), болезни глаз и его придатков (9,6 %), болезни

костно-мышечной системы и соединительной ткани (7 %) и болезни органов пищеварения (5,1 %), на долю которых приходится 74,8 % от всех причин подростковой заболеваемости, рисунок 7.

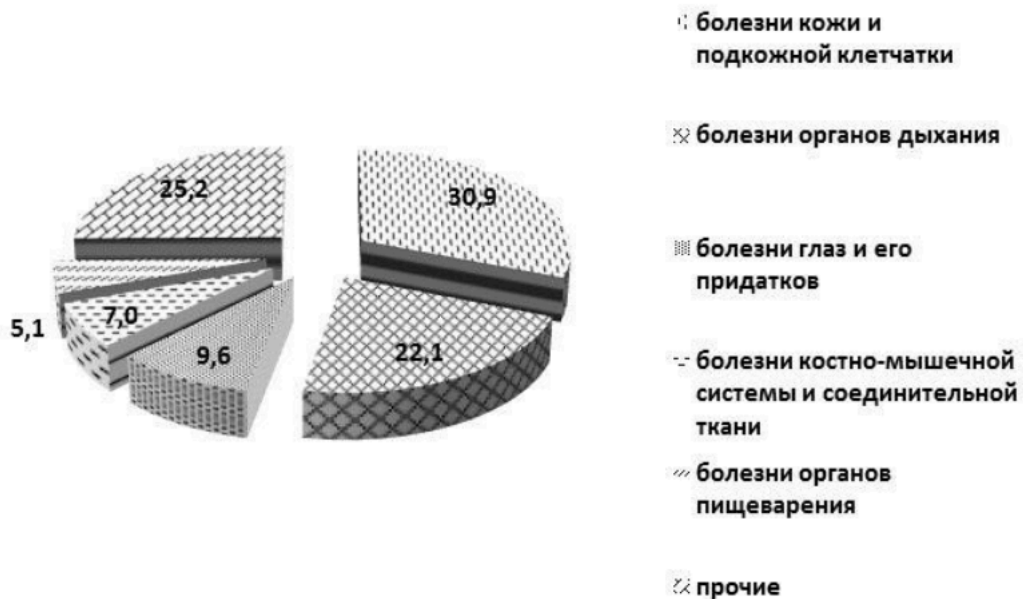


Рисунок 7 – Ведущие причины первичной заболеваемости подросткового населения Жылыойского района, 2006 г.

При этом, динамическое наблюдение за основными классами заболеваемости показало значительное снижение уровня болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 14,9 раз, болезней кожи и

подкожной клетчатки – в 5 раз, болезней органов пищеварения – в 2 раза. Уровень болезней органов дыхания и глаз и его придатков – незначительно повысился, рисунок 8.

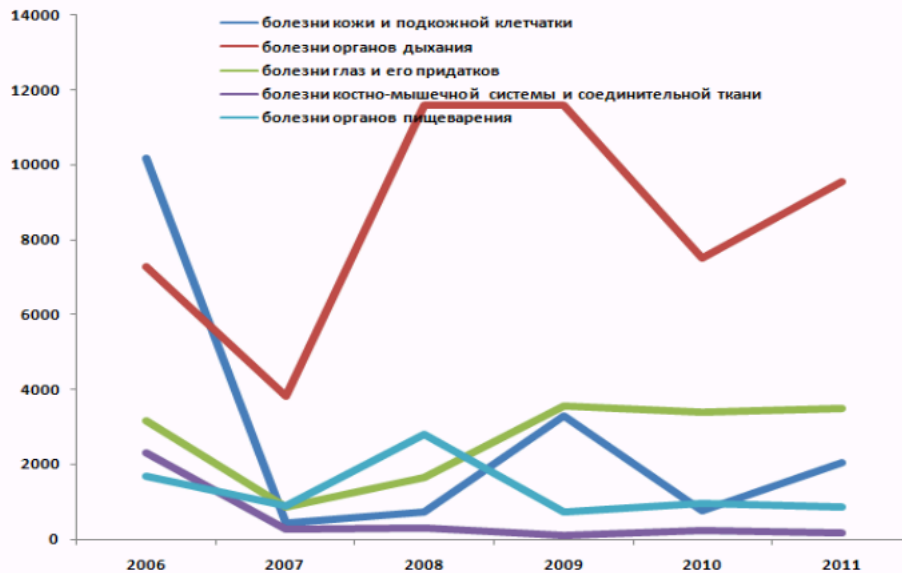


Рисунок 8 – Динамика изменения ведущих причин заболеваемости подросткового населения Жылыойского района, 2006-2011 гг.

В то же время, показатели первичной заболеваемости детского населения Жылыойского района за весь период

исследования ниже республиканских, но превышают областные и по г. Атырау, рисунок 9.

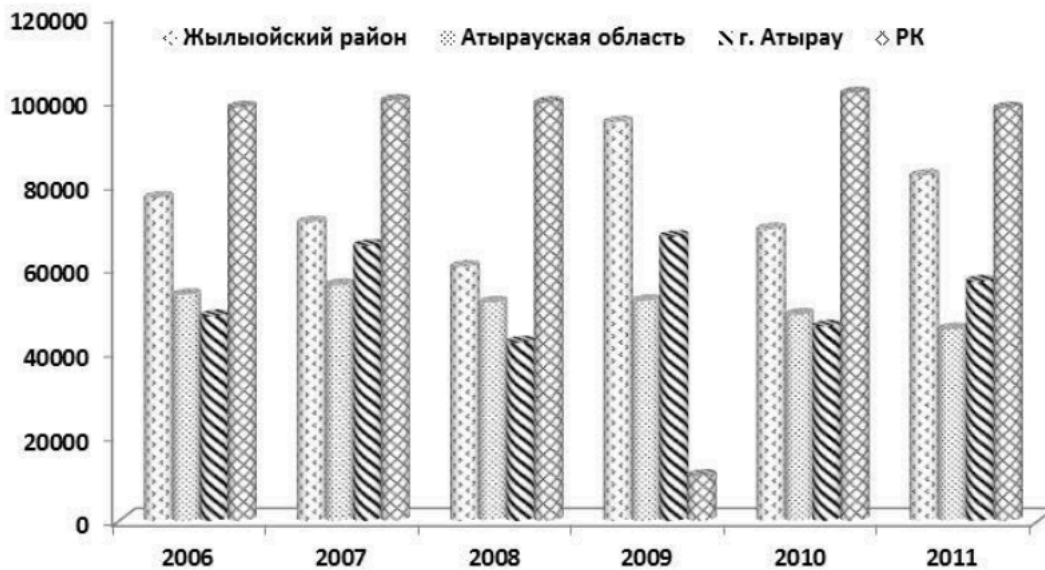


Рисунок 9 - Сравнительная оценка первичной заболеваемости детского населения Жылыойского района, г. Атырау, Атырауской области и Республики Казахстан за 2006-2011 гг.

Анализ детской заболеваемости Жылыойского района показал некоторое повышение ее уровня, от 76713,3 (2006 г.) до 81916,2 (2011 г.) на 100 тыс. населения. Однако, как в 2006 г. показатель детской заболеваемости был ниже республиканского (в 1,3 раза), так и в 2011 г. (в 1,2 раза).

Ведущее место среди причин детской заболеваемости в 2006 г. были болезни органов дыхания, которые составили 40,7 %. Высоким остался их уровень и в 2011 г. – 46,7 % от всех причин.

На втором месте находились болезни кожи и подкожной клетчатки – 12,8 %, однако к 2011 г. их уровень значительно снизился (в 3,4 раза).

Третье место занимали болезни органов пищеварения (8,4 %), к 2011 г. показатель заболеваемости повысился в 1,3 и составлял уже 9,9 %.

Четвертое и пятое места в 2006 г. занимали болезни уха и сосцевидного отростка, а также травмы и отравления (по 5,4 %), в динамике прослеживается снижение их уровня и в 2011 г. на их долю приходится 4,9 % и 4,1 % соответственно (рисунки 10, 11).

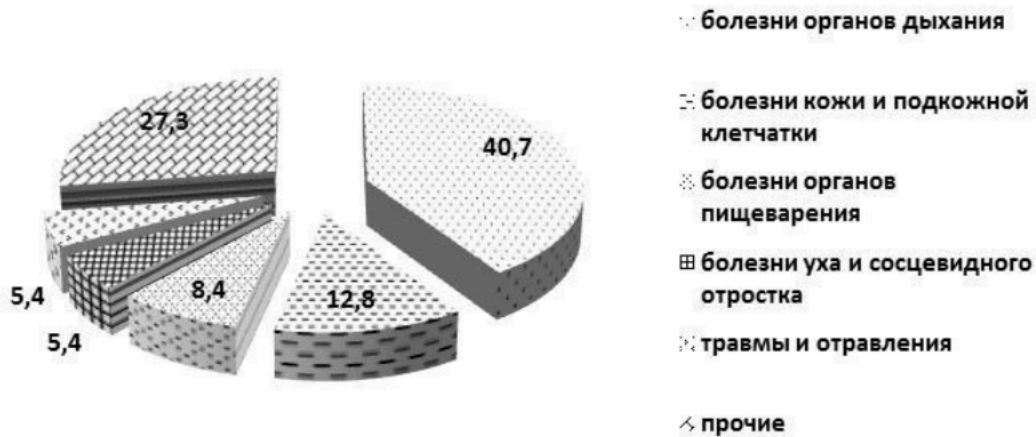


Рисунок 10 – Ведущие причины первичной заболеваемости детского населения Жылыойского района, 2006 г.



Рисунок 11 – Динамика изменения ведущих причин заболеваемости детского населения Жылыойского района, 2006-2011 гг.

Выводы: Таким образом, в ходе проведенных исследований выявлено, что уровень первичной заболеваемости населения Жылыойского района в динамике с 2006 г. по 2011 г. вырос в 1,3 раза. Показатели заболеваемости по Жылыойскому району выше, чем в Атырауской области и г. Атырау, а с 2009 г. превышают и республиканские. Основными причинами первичной заболеваемости населения Жылыойского района в 2006 г. были болезни

органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки, осложнения беременности, родов и послеродовом периоде, травмы и отравления, болезни мочеполовой системы. Наблюдается снижение уровня болезней кожи и подкожной клетчатки и осложнений беременности, родов и послеродовом периоде. Вместе с тем, несколько увеличились показатели болезней органов дыхания, травм и отравлений, а также болезней мочеполовой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айдосов А., Ажиева Г. И. Исследование загрязнения окружающей природной среды Жылыойского нефтедобывающего региона // Вестник каз.академии транспорта и коммуникации им. М. Тынышпаева. -2007. - №5.-С. 273-279.
2. Статистические сборники «Здоровье населения Атырауской области и деятельность организаций здравоохранения в 2006-2011 гг». – Астана: 2006-2011 гг.
3. Ведомственная отчетность. Форма 12 годовая. Отчет о числе заболеваний зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинских организаций, и контингентах больных состоящих на диспансерном учете под наблюдением за 2006-2011 гг. по Жылыойскому району и сельским округам.

**Ү.И. КЕНЕСАРИЕВ, А.Е. ЕРЖАНОВА, Г.М. АЛИКЕЕВА,
С.Ш. СЛАМКҰЛОВА, А.Ж. МОЛДАҚАРЫЗОВА**

ЖЫЛЫОЙ АУДАНЫНДАҒЫ ТҮРҒЫНДАР АРАСЫНДА АУРУШАҢДЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ӨЗГЕРУ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Түйін: Аталған жұмыста 2006 ж. мен 2011 ж. арасындағы аурушаңдық бойынша мәліметтерді ретроспективтік талдау жұмысы жүргізілді. Сонымен қатар, аудандағы көрсеткіштермен салыстырмалы бағалау өткізілді. Яғни, Атырау облысы мен Қазақстан Республикасы аясында.

Түйінді сөздер: Атырау облысы, Жылыой ауданы, аурушаңдық, мұнай өндірісі

**U. KENESSARIYEV, A. ERZHNOVA, G. ALIKEEVA,
S. SLAMKULOVA, A. MOLDAKARYZOVA**

TRENDS IN THE MORBIDITY OF THE POPULATION STRUCTURE OF ZHYLYOI DISTRICT

Resume: The article presents the retrospective analysis of materials morbidity Zhylyoi district of Atyrau region from 2006 to 2011. Also, shows the comparative evaluation with region, Atyrau and the Republic of Kazakhstan.

Keywords: Atyrau region, Zhylyoi district, morbidity, oil industry

УДК 614.1:313.13

**У.И. КЕНЕСАРИЕВ, Н. АБЛАЙХАНОВА, А.Е. ЕРЖАНОВА,
Г.М. АЛИКЕЕВА, С.Ш. СЛАМКУЛОВА, А.Ж. МОЛДАКАРЫЗОВА**

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра общей гигиены и экологии*

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МАКАТСКОГО РАЙОНА
АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ**

В процессе анализа уровня заболеваемости населения Макатского района выявлены стабильно низкие уровни показателей в сравнении с данными г. Атырау, Атырауской области, республики.

Ключевые слова: нефтедобывающая промышленность, Атырауская область, Макатский район, заболеваемость населения

Актуальность: Среди стран СНГ Казахстан является вторым после России производителем нефти, а среди стран мирового сообщества занимает 26 место. В Казахстане обнаружено свыше 200 нефтегазовых месторождений, расположенных большей частью на западе республики. Одним из крупнейших промышленных центров Республики Казахстан является Прикаспийский регион. Как известно, Атырауская область имеет богатые месторождения нефти и газа. Основные запасы нефти приходятся на месторождение Тенгиз и на шельф Каспийское моря, что составляет примерно половину доказанных запасов и ресурсов по всему Казахстану.

Приоритетной в Атырауской области является нефтедобывающая промышленность, обеспечивающая высокий уровень роста основных показателей социально-экономического развития, объема промышленного производства.

Целью наших исследований явилось изучение

показателей заболеваемости населения Макатского района, Атырауской области, г. Атырау.

Результаты исследования: Анализ картины тенденций и основных причин первичной заболеваемости населения Макатского района показал снижение уровня заболеваний с 2006 г. по 2011 г. За исключением 2008 г., когда у подростков данный показатель составил 40317,9 на 100 тыс. в основном за счет заболеваний органов дыхания (17473,6). А также в 2010 г. у детей был высокий уровень всех заболеваний (53179,5), основной вклад в которые также составили заболевания органов дыхания (34799,2).

К основным причинам заболеваемости населения Макатского района в 2006 г. относились болезни органов дыхания (36 %), травмы и отравления (8,3 %), болезни крови и кроветворных органов (6,6 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,9 %), болезни мочеполовой системы (4,6 %), которые составляют 61,4 % от всех заболеваний, рисунок 1.

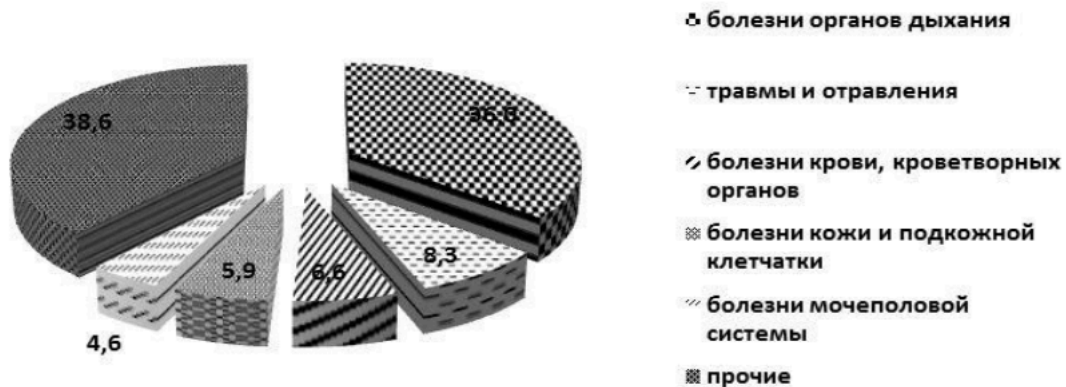


Рисунок 1 – Структура заболеваемости населения Макатского района, (в % к общему числу), 2006 г.

В 2011 г. чаще всего население обращалось в медицинские учреждения по поводу – болезней органов дыхания (25,8 %), травм и отравлений (6,2), болезней кожи и подкожной клетчатки (6,1 %), болезней глаз и его

придатков (5,2 %), осложнений беременности, родов и послеродовом периоде (4,1 %), рисунок 2. Данные классы болезней составляют 47,4% причин обращений за медицинской помощью.

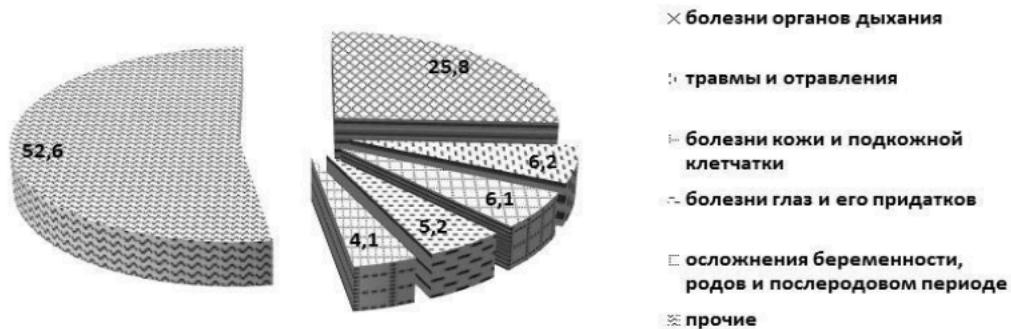


Рисунок 2 - Структура заболеваемости населения Макатского района, (в % к общему числу), 2011 г.

Ведущее место у взрослого населения занимают болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни мочеполовой системы, болезни системы кровообращения, на долю которых приходится от 52,3 % в 2006 г. и 64,7 % в 2011 г. Основной вклад в подростковую заболеваемость вносят также болезни органов дыхания, болезни крови, болезни глаз и его придатков, болезни системы пищеварения,

болезни нервной системы - 75,4 % (2006 г.) и 72,4 % (2011 г.). Болезни органов дыхания среди заболеваемости у детей также занимают первое место, затем болезни крови и кроветворных органов, на третьем месте находятся болезни органов пищеварения, болезни нервной системы и травмы и отравления, доля которых составляет 79,4 % (2006 г.) и 75,9 % (2011 г.) от всех зарегистрированных заболеваний.

Исследованиями установлено, что уровень первичной заболеваемости населения Атырауской области, как и в Мақатском районе, в динамике имеет тенденцию к снижению. Так, в 2006 г. данный показатель составил 34908,1 случая на 100 тыс. населения, а в 2011 г. – 31953,3.

Сравнительная характеристика заболеваемости по возрасту показала, что за исследуемый период наиболее высоким был уровень заболеваемости детей (53571,5 – в 2006 г. и 45430,6 - в 2011г.), что превышает показатели заболеваемости подростков в 1,7 раз (2006 г.) и 1,4 раза (2011 г.), а взрослых в 2 раза и в 1,7 раз соответственно.

Основными причинами обращения детей Атырауской области за медицинской помощью в 2006 г. были болезни органов дыхания, уровень которых в 2006 г. оказался высоким – 26716,1, против 9898,8 – у подростков и 6127,8 – у взрослых на 100 тыс. населения соответствующих возрастных групп. А в 2011 г. показатель заболеваемости органов дыхания составил 23918,9 – у детей, и соответственно 11353,4 и 6110,4 – у подростков и взрослых.

Второе место по распространенности занимают болезни крови и кроветворных органов, в 2006 г. - 4535,4 случаев на 100 тыс. детского населения, и в 2011 г. – 3532,4 соответственно. Болезни органов пищеварения с показателями 4162,2 (2006 г.), 2561,6 (2011 г.) на 100 тыс. детского населения находятся на третьем месте. Далее – болезни кожи (2766,6; 1942,3) и травмы и отравления (2182,2; 2285,3). На перечисленные пять классов приходится – 75,3 % от общей заболеваемости детского населения в 2006 г. и 75,4 % - в 2011 г.

Аналогичная картина складывается и среди заболеваемости подростков Атырауской области, где в 2006 г. на первые пять классов приходились: болезни органов дыхания (9898,8), болезни крови и кроветворных органов (5546), болезни глаза и его придатков (2423,3), болезни органов пищеварения (2358,9) и эндокринные

болезни (2236,2) на 100 тыс. населения. Всего, уровень заболеваемости подростков был ниже в 2,3 раза среднего уровня по Республике.

Первичная заболеваемость взрослого населения Атырауской области составила 27127,8 на 100 тыс. населения данной возрастной группы в 2006 г., и к 2011 г. имела некоторую тенденцию к снижению, составив – 26135,5. Что также ниже показателей Республики в 1,6 и 1,5 раз соответственно.

В структуре заболеваний взрослого населения ведущими являются болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки, травмы и отравления, болезни мочеполовой системы, болезни системы кровообращения, доля которых составляет 54,1 % (2006 г.) и 56,1 % (2011 г.).

Анализ первичной заболеваемости населения г. Атырау в динамике также имеет тенденцию к снижению с 2006 г. по 2011 г., составляя 38250,5 и 24980,7 на 100 тыс. населения, что ниже показателей Республики Казахстан в 1,5 и 2,4 раза.

Сравнительная оценка заболеваемости взрослого населения г. Атырау и Республики Казахстан показала, что в среднем республиканские показатели выше в 1,3 раза (2006 г.) и в 2,3 раза (2011 г.).

Таким образом, тенденции снижения заболеваемости в динамике с 2006 г. по 2011 г. наблюдаются во всех возрастных группах.

При этом в 2006 г. болезни органов дыхания занимали ведущее место среди всех причин заболеваемости взрослого населения г. Атырау (22,5%). Затем по рангу идут – болезни кожи и подкожной клетчатки (17,1%), травмы и отравления (8,0), болезни крови и кроветворных органов (5,7%), а также болезни мочеполовой системы (5,5%), рисунок 3. На указанные классы болезней приходилось до 58,8% всех причин первичной заболеваемости.

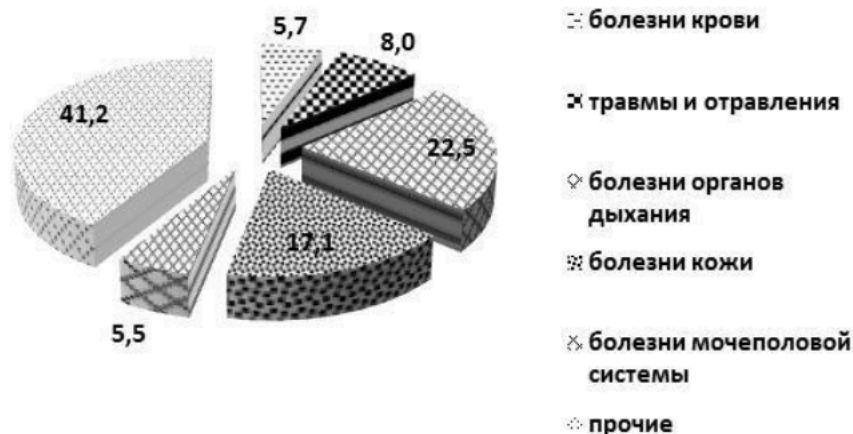


Рисунок 3 – Структура первичной заболеваемости взрослого населения г. Атырау (в % к общему числу) , 2006 г.

Анализируемые данные также имеют стабильно низкий уровень по

сравнению с республиканскими показателями (рисунок 5).

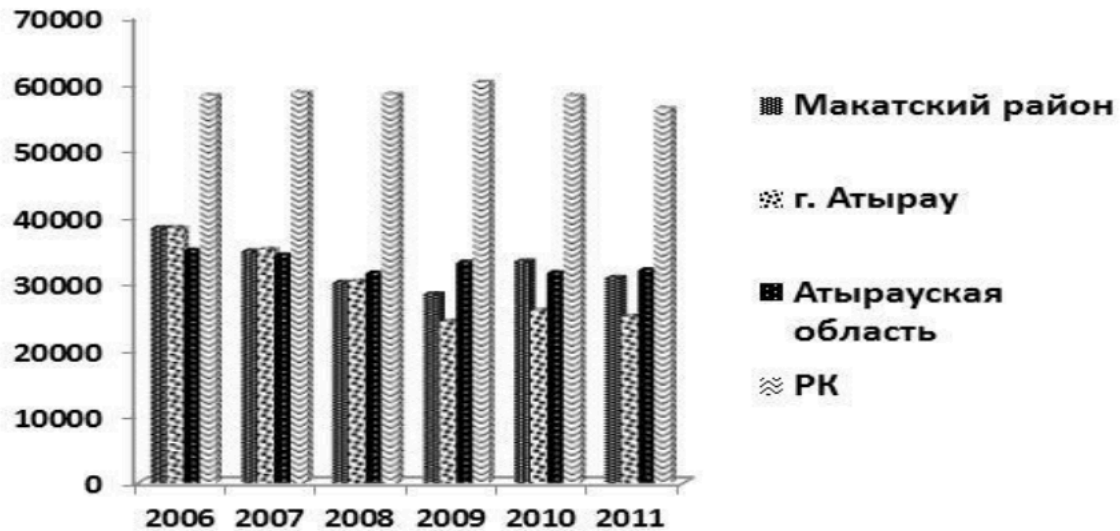


Рисунок 4 – Динамика уровня заболеваемости населения Макатского района, г. Атырау, Атырауской области и Республики Казахстан за 2006-2011 гг.

Кроме того, нами проведен трендовый прогноз заболеваемости населения Макатского района и Атырауской области до 2015 г.

Из рисунка 5 видно, что максимальный уровень заболеваемости в Макатском районе был в 2006 г. Затем наблюдается некоторое снижение показателей первичной заболеваемости, в 1,4 раза. В 2010 г. прослеживается небольшой подъем показателей – до

33269,3 на 100 тыс. населения, однако показатели также не превышали уровня 2006 г.

При трендовом анализе первичной заболеваемости населения Макатского района выявлено, что линия тренда имеет тенденцию к понижению до 2015 г.

Следует отметить высокую достоверность прогноза ($R^2 = 0,6$).

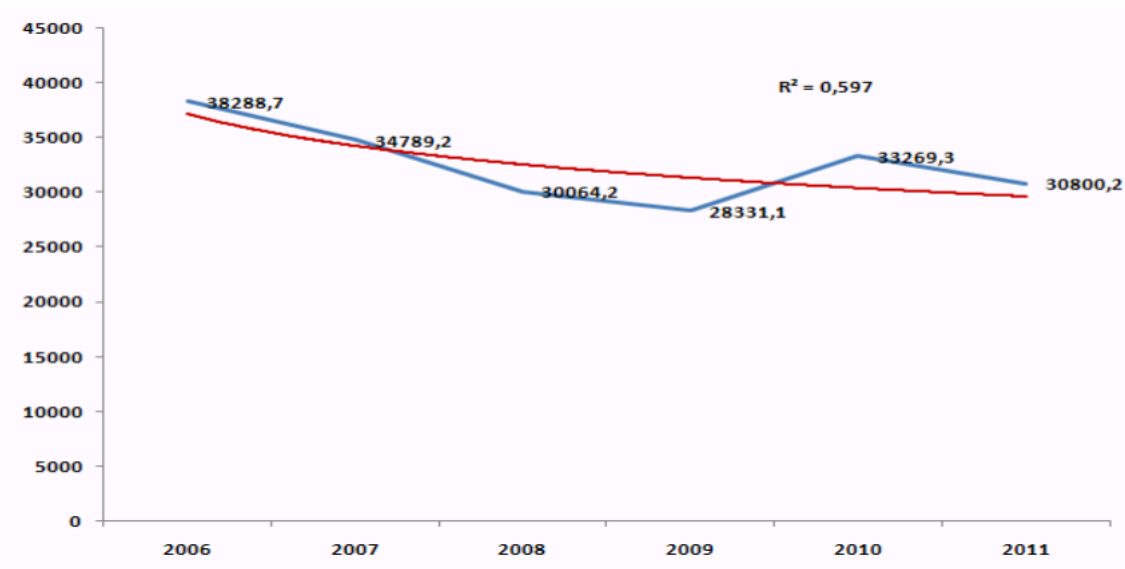


Рисунок 5 - Трендовый прогноз заболеваемости населения Макатского района

Трендовый прогноз первичной заболеваемости Атырауской области так же показывает снижение ее

уровня к 2015 г., рисунок 6, что подтверждается высоким уровнем достоверности ($R^2 = 0,7$).

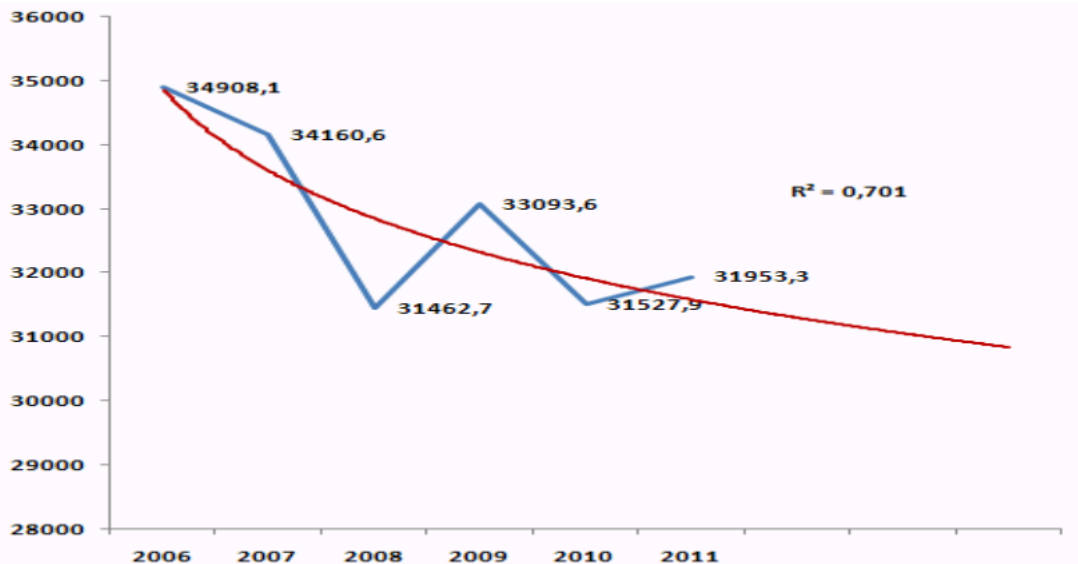


Рисунок 6 - Трендовый прогноз заболеваемости населения Атырауской области (показатели на 100 000 населения)

Выводы: Таким образом, уровень первичной заболеваемости Атырауской области, Макатского района, г. Атырау значительно ниже аналогичных показателей Республики Казахстан.

В результате анализа основных классов заболеваемости в динамике с 2006 г. по 2011 г., прослеживается понижение ее уровня практически во всех исследуемых населенных пунктах. Аналогичная картина динамики заболеваемости отмечается и в различных возрастных группах населения исследуемого региона.

К основным причинам заболеваемости населения Макатского района в 2006 г. относились болезни органов дыхания (36 %), травмы и отравления (8,3 %), болезни

крови и кроветворных органов (6,6 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,9 %), болезни мочеполовой системы (4,6 %), которые составляли 61,4 % от всех заболеваний.

В 2011 г. чаще всего население обращалось в медицинские учреждения по поводу – болезней органов дыхания (25,8 %), травм и отравлений (6,2), болезней кожи и подкожной клетчатки (6,1 %), болезней глаз и его придатков (5,2 %), осложнений беременности, родов и послеродовом периоде (4,1 %). Данные классы болезней составляли 47,4% причин обращений за медицинской помощью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мадиджан А.Т., Нурабаев Б.К., Тойпасова У.М., Ахметжанова К.М. Исследование экологического состояния на нефтяных месторождениях // Материалы Международной научно-технической конференции «Инновационные пути развития нефтегазовой отрасли Республики Казахстан». – Алматы: 2007. – С. 433-435.
2. Нурабаев Б.К., Тойпасова У.М., Камысбаева Р.У. Определение уровня загрязнения компонентов окружающей среды отходами нефти // Материалы Международной научно-технической конференции «Инновационные пути развития нефтегазовой отрасли Республики Казахстан». – Алматы: 2007. – С. 435-437.

**Ү.И. КЕНЕСАРИЕВ, А.Е. ЕРЖАНОВА, Н. АБЛАЙХАНОВА,
Г.М. АЛИКЕЕВА, С.Ш. СЛАМКҰЛОВА, А.Ж. МОЛДАҚАРЫЗОВА**
АТЫРАУ ОБЛЫСЫНЫҢ МАҚАТ АУДАНЫНДАҒЫ АУРУШАҢДЫҚТЫ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Түйін: Мақат ауданының аурушаңдық көрсеткіштерін талдау барысында Атырау қаласымен, Атырау облысымен және республикамен салыстырғанда тұрақты төмен деңгейлер анықталды.

Түйінді сөздер: мұнай өндірісі, Атырау облысы, Мақат ауданы, аурушаңдық

**U. KENESSARIYEV, A. ERZHANOVA, N. ABLAIKHANOVA,
G. ALIKEEVA, S. SLAMKULOVA, A. MOLDAKARYZOVA**
HYGIENIC ASSESSMENT OF POPULATION MORBIDITY OF MAKAT DISTRICT, ATYRAU REGION

Resume: During the analysis the level of morbidity Makat district revealed consistently low levels of indicators in comparison with the data of Atyrau, Atyrau region, country.

Keywords: oil industry, Atyrau region, Makat district, morbidity.

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Б. А. АСЫЛБЕКОВ, Г. Б. ӘЙТІМБЕТОВА

Жетісу аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы
С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ЖЕТІСУ АУДАНЫ БОЙЫНША ЗАҢСЫЗ ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН КӘСІПОРЫНДАРДЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Төмендегі мақалада Алматы қаласы Жетісу ауданында заңсыз жұмыс істейтін кәсіпорындардың жағдайы туралы мәліметтер берілген. Статистикаға жүгінсек соңғы кезде заңсыз жұмыс істейтін кәсіпорындардың саны артуда.

Түйінді сөздер: шу, діріл, шаң, тұрғын аумақ

Қазіргі кезде қаламызда заңсыз ашылған көптеген өндірістік мекемелер мен жекеменшік кәсіпорындардың көбеюі және олардың жұмыс істеу тәртібі мен қызмет көрсету сапасы, халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік-құқықтық актілерге сәйкес келмеуі Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексіне қайшы келуде.

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінің 6-бөлім, 144-бабында көрсетілгендей, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер, гигиеналық нормативтер Қазақстан Республикасының аумағындағы барлық жеке және заңды тұлғалардың орындалуы үшін міндетті. Санитариялық-эпидемиологиялық талаптарды, оның ішінде мекендеу факторларының, кәсіпкерлік және өзге де қызметтің, өнімдердің, жұмыстар мен көрсетілген қызметтердің адам үшін қауіпсіздігінің немесе зиянсыздығының критерийлерін белгілейді. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік-құқықтық актілер санитариялық қағидалар болып табылады. Оларды

сақтамау адамның өміріне немесе денсаулығына қауіп төндіреді, сондай-ақ аурулардың пайда болуы мен таралуына қауіп бар. Соңғы жылдары қаламызда кең етек алған заңсыз өнеркәсіп ұйымдары, қала аумақтарындағы атмосфералық ауаға, өндірістік, тұрғын үй мен басқа да үй-жайлардың ауасына, микроклиматына нұқсан келтіруде. Осы өнеркәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылардың көршілес мемлекеттерден заңсыз қоныс аударып келуі, олардың жеке басын растайтын куәліктерінің болмауы, медициналық тексеруден өткендігін растайтын мәліметтердің жоқтығы және жеке бас гигиенасын дұрыс сақтамауы жалпы Алматы қаласының санитарлық жағдайының төмендеуіне себеп болуда. Жоғарыда айтылған жағдайларға байланысты Алматы қаласы Жетісу аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасының МСЭҚБ қызметкерлері аудан аумағын аралау кезінде келесі мекен-жайларда орналасқан нысандарды анықтады. Бұл нысандар МСЭҚБ-нан санитарлық-эпидемиологиялық саласындағы нормалық құқықтық актілерге сәйкес келетіндігі туралы қорытынды алмаған төменде көрсетілген мекемелер:

1. ДЖО Бөкейханов көшесі, 237
2. ДЖО Бөкейханов көшесі, 85
3. АТҚС Бөкейханов көшесі, 225
4. АТҚС Қыдырбекұлы көшесі, 153А
5. АТҚС Дорожник ы/а 27/2
6. АЖО «Ильнарус» Дорожник ы/а
7. АЗС «Тума» Эльдорадо Солтүстік айналым көшесі
8. АЗС Т-Ойл Солтүстік айналым көшесі
9. АТҚС Солтүстік айналым көшесі, 41
10. МАО, жүк көліктеріне арналған ДЖО Солтүстік айналым көшесі Камаз орталығы жанында
11. АЗС «V-Ойл» жанында МАО, ДЖО Солтүстік айналым көшесі
12. АЖО Тет а Тет қонақ үйі жанында Солтүстік айналым көшесі
13. Тігін цехы Дорожник ы/а, Дорожник қонақ үйі жанында
14. АТҚС Бөкейханов көшесі, 213А
15. АЖО Жұмабаев-Помяловский
16. Пенопласт цехы Дорожник ы/а
17. Тігін цехы Айнабұлақ-2, Жұмабаев көшесі, 71 «Ранс Белес» сауда үйі
18. АТҚКС Айнабұлақ-2, «Гулистан» қонақ үйі ғимараты
19. АТҚС Жұмабаев-Хожамиярова

Соңғы 2-3 жыл ішінде Жетісу ауданының аумағында заңсыз жұмыс істеп жатқан өндірістік цехтардың, дөңгелек желімдеу учаскілерінің, май ауыстыру нүктелерінің саны күрт жоғарылауда. Осындай кәсіпорындар негізінен жекеменшік тұрғын үйлердің аумақтарында орналасады және олардың жарнамасы мен маңдайша жазулары болмағанымен, ол жерлерде тұрғындарға көлік жөндеу мен техникалық қызмет

көрсету, жиһаз және басқа да балташылық бұйымдар, темір мен пластик өнімдерін жасау жұмыстары жасалып жатады. Жоғарыда аталған кәсіпорындарда негізінен Қырғызстаннан, Өзбекстаннан, Тәжікстаннан, Қарақалпақстаннан келген азаматтар жұмыс істейді, ал олардың осы салада жұмыс істеуге денсаулық жарамдылығы мен жұмыс істеуге куәлігі бар болуы туралы айтудың да қажеті жоқ. Осындай жұмысшылар

негізінен жұмыс орнының қасына қойылған вагондарда немесе жазғы ас үй түрінде жанаса салынған үйлерде тұрады. Тығыз тұрады, екі қабатты төсектерде ұйықтайды, жеке бас гигиенасын сақтауға жағдайлары жасалмаған. Ұйықтайтын жерлерінде тамақтанады. Еңбек және тұрмыстық қызмет жағдайлары санитарлық нормалардың талаптарына сәйкес келмейді. Өндірістік жайларындағы жарықтандыру жүйесі талаптарға сәйкес емес, желдету жүйесі негізінен механикалық қозғалтқышпен және осы жағдай өндірістік аумақтың ауасының жақсаруына алып келмейді. Өндірістік цехтардың ауа температурасы санитарлық ережелер мен нормаларға сәйкестендірілмеген. Жаз мезгілінде ыстық, ал қыс мезгілінде суық, себебі осындай өндірістердің қожайындары үнемдеу мақсатында бұл жайларды жылытпайды. Негізінен осындай кәсіпорындардың жұмысшылары арнайы жұмыс киімдері мен көру, есту, тыныс алу жолдарын қорғауға арналған жабдықтармен қамтамасыз етілмеген. Жоғарыда аталған кәсіпорындардың қожайындары жұмыс орындарында

болмайды, сол себептерден осындай кәсіпорындарды прокуратура органдарына тіркеу мен одан әрі тексеру жүргізіп және жабу үшін материалдарды сот органдарына беру үшін реквизиттерді алу мүмкін болмай отыр. Еңбек, тұрмыстық қызмет көрсету жағдайының және медициналық тексеруден өткендігі туралы куәліктің болмауы өз кезегінде ауданның және жалпы Алматы қаласының санитарлық-гигиеналық жағдайының төмендеуіне әкеп соғады. Осындай кәсіпорындар негізінен көрші тұратын тұрғындардың шағымдарының есебінен анықталады. Олар көрші тұратын үйлердің тұрғындарына келеңсіз тұрмыстық жағдай жасап отыр (шу, діріл, шаң, жағымсыз иіс және т. б.).

Қорыта келгенде, Алматы қаласы тұрғындарының қалыпты өмірі мен санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығына нұқсан келтіріп отырған кәсіпорындарына өкілетті органдар мен саналы азаматтардың бірлескен күшімен шара қолдану қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. – Алматы: ЮРИСТ, 2009. – 109 б.
- 2 Постановление Правительства РК от 8 октября 2012года № 1271. Стандарт государственной услуги «Выдача санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии (несоответствии) объекта государственного санитарно-эпидемиологического надзора нормативным правовым актам в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и гигиеническим нормативам»

Б. А. АСЫЛБЕКОВ, Г. Б. АЙТИМБЕТОВА

САНИТАРНО–ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НЕЗАКОННО ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ
ПО ЖЕТЫСУЙСКОМУ РАЙОНУ ГОРОДА АЛМАТЫ

Резюме: В данной статье представлены сведения о незаконной работе предприятий, что влияет на санитарно-эпидемиологическую состояние города Алматы. Предприятия, которые работают незаконно, караются законом.

B. A. ASYLBEKOV, G. B. AITIMBETOVA

SANITARY CONDITIONS ILLEGAL FUNCTIONING OF ENTERPRISES BY ZHETYSU DISTRICT OF THE CITY ALMATY

Resume: In this article provides information about illegal operation of enterprises, what influence on the sanitary-epidemiological status of the Almaty city. Enterprises, which work illegal punishable by law.

УДК 614.3:657.5:61

А.Н.НУРБАКЫТ, М.Н.ЖАКУПОВА, А.А.АЙТМАНБЕТОВА, С.С. БУЗДАЕВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.С.ЖОЛДАСБЕКОВА,
Н.Ж.ДАРМЕН, Р.К. БАЙГЕНЖЕЕВА, О.Н.СЕЛЮКОВА,
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, АО Медицинский
университет г.Астана, УГСЭН Ауэзовского района г. Алматы

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ САНИТАРНО-ТЕХНИЧЕСКИХ НОРМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Приоритетные гигиенические факторы, способствующие оздоровлению, или наоборот осложнению при несоответствии норме, воздействуя на здоровье больных требуют периодической комплексной оценки гигиенических показателей и микробиологических критериев качества больничной среды.

Ключевые слова: гигиенические факторы, лечебно-профилактические организаций, санитарно-эпидемиологического надзора.

Лечебно-профилактические организации являются основными санитарно-гигиеническими заведениями службы охраны здоровья, выполняя функции профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, санитарного образования, подготовки медицинских кадров. В связи со сказанным выше особую актуальность приобретают вопросы гигиены медицинских организаций (МО). Успех стационарного лечения больных во многом зависит от оптимизации больничной среды. Должны быть также обеспечены оптимальные условия для работы медицинского персонала, охрана окружающей среды от загрязнения специфическими для медицинских организаций загрязнителями. Практически все вредные факторы нормируются установленными стандартами, санитарно-противоэпидемическими правилами и нормами, а их уровни определяют с применением инструментальных и/или лабораторных методов [1,2].

Одним из основных направлений деятельности санитарно-эпидемиологической службы республики является осуществление предупредительного и текущего санитарного надзора за медицинскими организациями. В этой связи существенный интерес представляют данные официальной отчетности органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора в части контроля выполнения санитарно-гигиенических норм и правил по содержанию и эксплуатации лечебно-профилактических организаций.

В 2011 году по республике зарегистрировано 14556 лечебно-профилактических объектов. Из них обследовано 13108 единиц, в ходе которых осуществлено 24776 единиц проверок. В.т.ч. с лабораторно-инструментальными методами – 11376. В ходе обследования не соответствующих СанПиН обнаружено – 475 объектов. Выдано предписаний – 10112, из них выполнено в срок – 9619.

По городу Алматы всего объектов – 1163. И только 66,2% были подвергнуты обследованиям (770), в которых совершенно – 1297 случаев проверки. Лабораторно-инструментальный метод, который обладает наиболее достоверным результатом измерения использован лишь в 44% (577) случаях. Нарушения и несоответствия СанПиН объектов медицинского значения по г. Алматы обнаружено – 3. Следовательно, предписаний по устранению мелких дефектов в деятельности выписано – 10112, из них 95% (9619) выполнено в срок.

Показательно, что в городе столичного статуса Астана цифры близки по значению по нескольким позициям: всего объектов – 289, обследовано – 289, проведено лабораторно-инструментальных исследований – 246.

число объектов не соответствующих СанПиН не обнаружено.

Отличительно из областей республики, в СКО было обнаружено 161 случаев несоответствия СанПиН лечебно-профилактических организаций, в ЮКО 87 из 1772, Жамбылская 44 из 848, Акмолинская 35 объектов не соответствуют из 1097.

По результатам работы РСЭН, нами проанализировано санитарно-эпидемиологическое состояние лечебно-профилактических организаций. В ходе бактериологического исследования медицинских объектов выполнены следующие процедуры: взятие смывов, исследование проб воздуха, проб на стерильность. По республике общее количество взятых смывов – 532370, в.т.ч. положительные оказались – 5894, что составляет около 1,1%. По данной позиции показательны данные по г. Алматы (4,2%) и ЮКО (2,2%), что значительно превышает общереспубликанский долевой процент положительных смывов. Пробы воздуха составили – 53607. из них с положительным результатом незначительное число случаев – 505 (0,9%). Санитарно-эпидемиологическое состояние атмосферного воздуха по результатам исследованных проб, можно оценивать удовлетворительным. За исключением нескольких областей, в которых атмосферный воздух оказался неблагоприятным по эпидпоказателям: в Алматинской – 1,3%, ЗКО – 0,7%, ВКО – 0,7%, Карагандинской – 0,4%, Кызылординской – 4,6%, ЮКО – 2,1% и в г.Алматы – 1,5%.

Проба на стерильность указывает на предмет нежелательных искусственно инициированных заразных случаев по вине медицинского персонала ответственных за стерильность изделий медицинского назначения. В этом отношении в разрезе областей выявляется следующая картина: в общем по республике 590 случаев (0,8%) положительных проб на стерильность из 73485 случаев; ЮКО – 162 случая (2,3%) из 7097, Кызылординская – 49 (1%) из 4616, Карагандинская – 83 (1,1%) из 7440, Алматинская – 106 (1,7%) из 6097, и по г.Алматы – 70 (0,9%) из 7030.

Санитарно-гигиеническая характеристика рабочей зоны лечебно-профилактических организаций составлена с помощью данных, полученных по материалам обследования РСЭН. В целом по республике проведено замеров освещенности 54022 единиц, из них не соответствовало нормативам 781 случая. В разрезе областей по замеру освещенности отклонения от нормы составляют от 0,08% (Костанайская) до 3% (Кызылординская) в тех областях, где они имели место.

Утешительно, что по трем позициям санитарно-гигиенического обследования (освещенность, шум и микроклимат) медицинских объектов г.Алматы несоответствия СанПиН не выявлено.

Результаты замера микроклимата показали, что 1929 случаев из 52712 не соответствует принятым нормативам. В т.ч. в г.Астане 101 из 778 (13%), Акмолинской области 446 из 7571 (5,9%), Атырауской – 213 из 1330 (16%), Жамбылской – 105 из 1501 (7%), Кызылординской 258 из 4233 (6,1%), Павлодарская 248 из 7431 (3,3%), ЮКО – 111 из 4884 (2,3%).

По данным анализа, наиболее благоприятный результат сложился по следующим разделам таблицы б-2: замер шума, ЭМП и на радиоактивность. Общее количество замеров шума по республике, составившее 4747 единиц, только в 73 случаях не соответствовал норме. По уровню шума в лечебно-профилактических организациях Павлодарской (9,7%), Акмолинской (5,7%) и Жамбылской (1,6%) областях показатели превысили норматив допустимых диапазонов.

Электромагнитное поле, что воздействует неблагоприятно на здоровье из 7496 единиц 113 раз (2,3%) оказалось сверх нормы. Многие областные и обеих столиц медицинские учреждения, кроме Акмолинской и ВКО, где несоответствия норме сводятся одинаково 4,3%, ЮКО – 4%, по уровню ЭМП рабочей зоны, благополучны.

Замеры на радиоактивность по республике составило 102711 единиц, из которых не допускаемыми в рабочем микроклимате оказались 359 случаев. Так как данный

параметр в небольшом объеме отклонения от нормы имеет серьезные последствия, в разрезе некоторых областей имеет небольшие колебания. Следует отметить более 3% диссонанс по радиоактивности выявлен по объектам г.Астаны.

Наряду с другими проведено исследование блюд на калорийность. В целом по республике взято проб на калорийность – 5565. Из них не соответствовал норме – 673. Общеизвестно, что одним из важных составляющих аспектов здорового функционирования организма является рациональное питание. Больной организм тем более нуждается в детальном балансе ингредиентов в рационе питания. Тем не менее, начиная с города столичного значения все регионы республики в местах оздоровления имели значительное число дефектов. В этих показателях лидируют обе столицы; в г.Астана – 43%, г.Алматы – 26%, затем следуют Карагандинская (22%), ЮКО (16,6%), Кызылординская (12%) области и т.д.

В целом санитарно-гигиенические условия обследованных объектов можно оценить как удовлетворительное. При этом, считаем нужным остановиться на принципиальных моментах несоблюдения норм и правил осуществления деятельности данных учреждений.

Полученные данные позволили совершенствовать систему социально-гигиенического и санитарно-эпидемиологического мониторинга объектов внутрибольничной среды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Зуева Л.П., Трегубова Е.С., Колосовская Е.Н., Петрова Н.А. Биологический фактор условий труда в лечебных учреждениях и его влияние на состояние здоровья медицинских работников // Медицина труда и промышленная экология. - 1998. - № 5. - С. 37-41.
- 2 Щербо А.П. Больничная гигиена: руководство для врачей. - СПб.: 2000. – 58 с.

А.Н.НҰРБАҚЫТ, М.Н.ЖАҚЫПОВА, Р.К. БАЙГЕНЖЕЕВА, О.Н.СЕЛЮКОВА

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДАҒЫ САНИТАРЛЫҚ-ТЕХНИКАЛЫҚ ҚАЛЫПТАРДЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ МЕН ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР НӘТИЖЕЛЕРІН БАҒАЛАУ

Түйін: Сауығуға немесе нормаға сәйкес емес жағдайда асқынуда ықпал ететін басымдылықты гигиеналық факторлар науқастың денсаулығына әсер ете ауруханалық орта сапасына қатысты гигиеналық көрсеткіштері мен микробиологиялық көрсеткіштеріне кезеңді кешенді бағалаудың жүргізіліп отырылуын талап етеді.

Түйінді сөздер: гигиеналық факторлар, емдеу-профилактикалық ұйымдар, санитарлық-эпидемиологиялық бақылау.

A.N.NURBAKYT, M.N.ZHAKUPOVA, R.K.BAYGENZHEEVA, O.N.SELYUKOVA

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LABORATORY RESEARCH AND VIOLATIONS OF SANITARY AND TECHNICAL STANDARDS OF MEDICAL ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

Resume: The priority hygienic factors promoting improvement, or on the contrary to complication at discrepancy to norm, influencing health of patients demand a periodic complex estimation of hygienic indicators and microbiological criteria of quality of the hospital environment.

Keywords: hygienic factors, treatment-and-prophylactic the organizations, sanitary-and-epidemiologic supervision

УДК: 611.311.018:546.48:616.311.2-08:615.246.2

З.Б. ТУНГУШБАЕВА, Ж.Ж. АЛЖАНОВА

Казахский Национальный педагогический университет имени Абая

ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТЯЖЕЛОГО МЕТАЛЛА И ЕГО КОРРЕКЦИИ ТАГАНСОРБЕНТОМ

Известно, что постоянство внутренней среды организма – его эндоэкологическое пространство поддерживается функциями лимфатической системы. При этом ее роль может быть сформулирована как дренажно-детоксикационная. Дренаж эндоэкологического пространства с его непрерывно изменяющимся биофизическим, биохимическим и антигенным содержанием требует столь же непрерывного многоуровневого контроля. Такими контролирующими структурами выступают лимфоидные органы [1]. Изучение органов лимфатической системы на тканевом уровне при действии различных экстремальных факторов позволяет выявить степень повреждения и возможности восстановительных процессов лимфоидной ткани [2]. Химические вещества, попадая в организм, загрязняют эндоэкологическую среду, нарушая гомеостаз. Основными гомеостазирующими органами лимфатической системы являются лимфатические узлы [3,4]. Эндоэкологическая реабилитация проводится путем воздействия на все системы детоксикации организма, в результате чего достигается блокада развития эндотоксикоза [4].

Цель работы: изучить особенности структуры подчелюстного регионарного лимфатического узла крыс после отравления хлористым кадмием и восстановлении Тагансорбентом.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования служили подчелюстные лимфатические узлы крыс Вистар. Для создания экспериментальной модели хронического отравления был использован хлористый кадмий. Ежедневно в течение 2,5 месяцев в утренние часы (8-9 часов) с пищей получали хлористый кадмий (1,5 мг/кг). Было 3 группы животных: первая – контрольная, не подвергавшиеся воздействию; вторая – с экзотоксикозом; третья – экзотоксикоз в условиях энтеросорбции (ежедневно добавляли в пищу 1 г Тагансорбента на 1 кг веса). Изучение всех групп животных проводили через 1, 7, 21 сутки после хронического отравления хлористым кадмием в течение 2,5 месяцев.

Для изучения образцов слизистой оболочки десны в просвечивающем режиме электронного микроскопа их фиксировали в 1% растворе OsO₄ на фосфатном буфере (рН = 7,4) [5], дегидратировали в этиловом спирте возрастающей концентрации и заключали в эпон. Из полученных блоков готовили полутонкие срезы толщиной 1 мкм, окрашивали метиленовым голубым,

изучали под световым микроскопом и выбирали необходимые участки тканей для исследования в электронном микроскопе. Из отобранного материала получали ультратонкие срезы толщиной 35-45 нм на ультратоме LKB-8800, контрастировали насыщенным водным раствором уранилацетата, цитратом свинца [6] и изучали в электронном микроскопе JEM 1010.

Результаты исследования: При исследовании структуру подчелюстных лимфатических узлов крыс через 1 сутки после окончания введения хлористого кадмия, отмечали отек капсулы узла, при этом ее размеры были увеличены у животных, не получавших Тагансорбент на 21%, а у получавших его – на 19%. Имела место тенденция к возрастанию объемных плотностей соединительно-тканых трабекул лимфатического узла. Увеличивалась объемная плотность краевого синуса на 32% и 27%, соответственно. Имела место тенденция к возрастанию объемных плотностей промежуточных и мозговых синусов. Наблюдала стаз эритроцитов в кровеносных сосудах. Имела место тенденция к снижению объемной плотности коркового вещества лимфатических узлов, на 20 и 19%, соответственно, увеличивалась объемная плотность мозгового вещества. Величина корково-мозгового индекса уменьшилась на 24% и 20%, соответственно (таблица 1).

Таблица 1 - Результаты исследования структурной организации подчелюстных лимфатических узлов крыс, через 1 сутки после введения хлористого кадмия в дозе 1,5 мг (M±m)

Компоненты лимфатического узла	Контроль	Кадмий 1сутки после воздействия	Кадмий + Тагансорбент 1сутки после воздействия
Капсула (Vv)	7,3±0,12	8,8±0,06*	8,7±0,12*
Краевой синус (Vv)	6,7±0,15	8,9±0,14*	8,5±0,25*
Трабекулы (Vv)	3,7±0,29	4,0±0,16	4,2±0,43
Корковое вещество (Vv)	33,6±1,32	30,7±0,89	31,5±0,16
Корково-мозговой индекс	1,22±0,08	0,93±0,09*	0,98±0,11

Примечание - * обозначены величины, достоверно отличающиеся от соответствующих показателей у крыс контрольной группы.

При исследовании структуру подчелюстных лимфатических узлов крыс через 7 суток после окончания введения хлористого кадмия, отмечали сохраняющиеся отежные явления во всех структурных элементах органа. Объемная плотность капсулы была увеличенной на 30%. Объемная плотность краевого синуса была также увеличена на 30%. Сохранялась тенденция к возрастанию объемных плотностей промежуточных и мозговых синусов. Наблюдалась стаз эритроцитов в кровеносных сосудах. Имела место возрастание объемной плотности коркового вещества лимфатических узлов. На 29% увеличивалась объемная плотность мозгового вещества. Величина корково-мозгового индекса уменьшилась на 21%. Сходные изменения на этот срок исследования отмечали в структуре лимфатических узлов животных, которые получали Тагансорбент. Возрастала объемная плотность капсулы на 26%. Увеличивалась объемная плотность краевого синуса на 29%. Имела место тенденция к возрастанию объемных плотностей промежуточных и мозговых синусов. Имела место тенденция к возрастанию объемной плотности коркового вещества лимфатических узлов и на 30% увеличивалась объемная

плотность мозгового вещества. Величина корково-мозгового индекса уменьшилась на 19% (таблица 2). При исследовании структуру подчелюстных лимфатических узлов крыс через 21 сутки после окончания введения хлорида кадмия, отмечали сохраняющиеся отежные явления в структурных элементах органа у животных не получавших Тагансорбент. Объемная плотность капсулы была увеличенной на 20%. Сохранялась тенденция к возрастанию объемных плотностей краевых, промежуточных и мозговых синусов. Имела место тенденция к возрастанию объемной плотности коркового вещества лимфатических узлов, на 13% увеличивалась объемная плотность мозгового вещества. Величина корково-мозгового индекса была меньшего значения, чем в контроле на 9%. В структуре лимфатических узлов животных, которые получали Тагансорбент объемная плотность капсулы и объемная плотность краевого синуса не отличались от соответствующей величины в контроле. Величина корково-мозгового индекса также не отличалась от соответствующей величины в контроле (таблица 3).

Таблица 2 - Результаты исследования структурной организации подчелюстных лимфатических узлов крыс, через 7 суток после введения хлористого кадмия в дозе 1.5 мг (M±m)

Компоненты лимфатического узла	Контроль	Кадмий 7-е сутки после воздействия	Кадмий + Тагансорбент 7-е сутки после воздействия
Капсула (Vv)	7,3±0,12	9,4±0,09*	8,9±0,26*
Краевой синус(Vv)	6,7± 0,15	8,7±0,17*	8,6±0,25*
Трабекулы(Vv)	3,7±0,29	4,2±0,16	4,1±0,55
Корковое вещество (Vv)	33,6±32	34,7±18	35,1±16
Корково-мозговой индекс	1,22±0,08	0,97±12*	0,99±32*
Примечание - * обозначены величины, достоверно отличающиеся от соответствующих показателей у крыс контрольной группы.			

Таблица 3 - Результаты исследования структурной организации подчелюстных лимфатических узлов крыс, через 21 сутки после введения хлористого кадмия в дозе 1,5 мг (M±m)

Компоненты лимфатического узла	Контроль	Кадмий 21-е сутки после воздействия	Кадмий + Тагансорбент 21-е сутки после воздействия
Капсула (Vv)	7,3±0,12	8,8±0,07*	7,4±0,18
Краевой синус(Vv)	6,7±0,15	7,2±0,11	6,9±0,08
Трабекулы(Vv)	3,7±0,29	3,9±0,12	3,8±0,16
Корковое вещество (Vv)	33,6±32	35,1±16	34,2±24
Корково-мозговой индекс	1,22±0,08	1,12±07*	1,20±09
Примечание - * обозначены величины, достоверно отличающиеся от соответствующих показателей у крыс контрольной группы.			

Таким образом, в структуре подчелюстных лимфатических узлов животных, не получавших Тагансорбент после окончания введения хлористого кадмия в дозе 1,5 мг, сохранялись отечные явления в

капсуле органа. У животных, получавших Тагансорбент, восстанавливался промежуточный тип лимфатического узла. Имели место структурные признаки восстановления защитной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Булекбаева Л.Э. Функциональные сдвиги в лимфатической системе при ишемии-реперфузии тонкого кишечника и головного мозга. //Проблемы экспер.клин. и профил. лимфологии. Материалы I Сибирск. Съезда лимфол. С междунар. Участием 10-12 окт. 2006. – Новосибирск: 2006. - С. 71-74.
- 2 Майбородин И.В., Любарский М.С., Спарин С.А. и др. Морфологическое обоснование энтеросорбции при онкологическом процессе в толстой кишке. // Бюлл. СО РАМН. – Новосибирск: 1999. - № 2. - С. 37-42.
- 3 Бородин Ю.И., Нурмухамбетова Б.Н. Энтеросорбенты как средства санации внутренней среды организма. // Пробл. Саногенного и патогенного эффектов экол. Воздейств. На внутр. Среду организма. - Чолпан-Ата: 2003. - т. 1. - С. 26-28.
- 4 Бородин Ю.И. Лимфология в Сибири: некоторые итоги и перспективы. // Проблемы экспер.клин. и профил. лимфологии. Материалы I Сибирск. Съезда лимфол. С междунар. Участием 10-12 окт. 2006. - Новосибирск: 2006. - С. 50-52.
- 5 Milloning G. In Filth Internation Congress in Electron Microscopy (Ed.by S.S.Breese), New York, academic Press. - 1962. - 8 p.
- 6 Reynolds E.S. I.Cell Biol. – 1963. - Vol.17. - P. 208-212.

Түйін: Ұзақ уақыт хлорлы кадмиймен әсер ету барысында жақ асты лимфа түйіндерінің құрылымында өзгерістер туады. Бұл өзгерістер уландыруды тоқтатқаннан кейін бір ай өтсе де толық қалпына келмейді, ісіну процестері бар екені көрініс береді. Ал, рациондарына Тагансорбент қосылған жануарларда бір ай шамасында лимфа түйіндерінің құрылымы бастапқы аралық қалпына келгенін және қорғаныс қызметін атқара алатыны байқалады.

Z.B. TUNGUSHBAEVA, J.J. ALZHANOVA

Abai Kazakh National Pedagogical University

LYMPH NODE UNDER THE INFLUENCE OF HEAVY METAL AND ITS CORRECTION WITH TAGANSORBENT

It is known that the constancy of the internal environment of the body – is supported by the functions of lymphatic system. Moreover, its role can be formulated as a drainage and detoxification. Drainage endoecological space with its constantly changing biophysical, biochemical and antigenic content requires an equally continuous multi-level control. These regulatory agencies are the lymphoid organs [1]. The study of the lymphatic system at the tissue level by the action of various extreme factors reveals the extent of the damage and the possibility of recovery processes associated lymphoid tissue [2]. Chemicals entering the body, endoecological pollute the environment, disrupting homeostasis. The main organs of the lymphatic system gomeostaziruyuschimi are the lymph nodes [3,4]. Endoecological rehabilitation is conducted by exposing all of detoxification, which results in a blockage of endotoxemia. [4]

Objective: To study the characteristics of regional structure of the submandibular lymph node of rats after exposure cadmium chloride and recovery Tagansorbentom.

Materials and methods: The material of the study were the submandibular lymph nodes of Wistar rats. To create an experimental model of chronic poisoning was used cadmium chloride. Daily for 2.5 months in the morning hours (8-9 hours) from food prepared cadmium chloride (1.5 mg / kg). There were 3 groups of animals: the first - a control not exposed to the second - with ekzotoksikozom the third - ekzotoksikoz in enterosorption (daily added to food Tagansorbenta 1 g per 1 kg of body weight). The study of animal groups were at 1, 7, 21 days after chronic toxicity of cadmium chloride for 2.5 months.

УДК: 616-079.6:615.212.7-099(075.8)

Ю.С.ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, А.Н. БЕКИШЕВА, У.А. АЛШЕРИЕВА
 Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
 Кафедра патологической анатомии

НАРКОМАНИЯ, МОРФИН И МОРФИНИЗМ

В статье представлены литературные данные, включающие определения наркомании, наркотиков, наркоманов и, в частности, опиоидных наркоманов. Рассмотрено происхождение природного и синтетического морфина, приведены цветные реакции для выявления морфина и методы его выделения из биологического материала. Показано влияние морфина на организм человека, причины абстиненции и её проявления. Охарактеризованы причины и проявления острого и хронического отравления морфином. Приведены некоторые аспекты судебно-медицинской экспертизы при остром отравлении и морфинизме.

Ключевые слова: наркомания, наркотики, патологическое пристрастие, морфин, наркотическая зависимость, острое отравление морфином, хроническое отравление морфином

Несмотря на многолетние и многочисленные исследования наркомании, этот феномен остается все еще недостаточно изученным. Наркомания – это не просто болезнь в медико-биологическом аспекте, но и образ жизни, существования, то есть дорога, ведущая к разрушению души, тела, интеллекта [1,2,3,4,5].

Для Казахстана проблема наркомании становится все более актуальной во всех возрастных группах и социальных слоях. По данным годовых отчетов Алматинского филиала РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, смертность от отравления наркотическими веществами занимает 2-ое место после отравления этиловым алкоголем из всех случаев смертельных отравлений, составляя до 9,8 % от общего количества аутопсий ежегодно.

К наркомании относятся заболевания, проявляющиеся влечением к постоянному приему возрастающих количеств наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости. У наркоманов появляется патологическое пристрастие (влечение) к наркотику, изменяется толерантность, происходит изменение первоначального действия наркотика на организм и при прекращении употребления наркотика развивается абстинентный синдром [6,7,8].

Наркотиками являются вещества растительного или синтетического происхождения, которые при введении в организм могут менять его функции, а при неоднократном употреблении приводят к развитию психической или физической зависимости. Согласно Международной классификации наркотиков и психотропных веществ, различаются следующие группы: препараты опия; снотворные и седативные средства; кокаин; препараты индийской конопли; психостимуляторы; галлюциногены. Широкое распространение получила опиатная наркомания. По некоторым данным, в РФ около 90% лиц, страдающих наркозависимостью, являются опиоидными наркоманами, употребляющими морфин, героин или другие препараты опиоидной группы [9,10,11].

Морфин (от имени древнегреческого бога Морфей, греч. «тот, кто формирует сны» устаревший вариант названия-морфий) является одним из главных алкалоидов опия. Известно, что в опийном маке *Papaver somniferum* содержится только один стереоизомер (-)- морфин, (+)-морфин был получен в результате синтеза и не обладает фармакологическими свойствами (-)- морфина.

Торговое название морфина – «ораморф». Этот алкалоид опия является опасным для здоровья и жизни человека наркотиком, наряду с гашишем и марихуаной. Его привлекательность для людей заключается в том, что при разовом употреблении появляется эйфория, при которой все видится только в положительном ракурсе («розовые очки»), возникает счастливое и радостное беспроblemное настроение, что и обуславливает тягу к последующему употреблению наркотика [12].

Морфин и его аналоги применяют только в инъекциях, при этом доза должна увеличиваться для наркомана в геометрической прогрессии. В случае отмены наркотика через 8-18 часов при наркомании появляются признаки абстиненции: слюнотечение, плаксивость, потливость, зевота, расширяются зрачки, присоединяются дрожание конечностей, исчезает аппетит. Через 36 часов после последнего приема морфина возникают озноб, тахикардия, повышается кровяное давление, присоединяются тошнота, рвота, боли в суставах. Значительно повышается тонус мышц брюшной стенки («доскообразный живот»), судороги мышц конечностей. В этом состоянии наркоман опасен для общества, становится агрессивным, ожесточенным, пытается достать наркотик любыми средствами, вплоть до преступления. Прием необходимой дозы морфина устраняет эти признаки только на определенное время. Хроническое отравление наркотиками, в том числе морфином, формирует характерные признаки внешнего облика наркомана: похудание вплоть до истощения, одутловатость лица, землистый цвет сухой кожи, ломкость волос и ногтей. На кожных покровах в местах инъекций определяются признаки применения наркотика: следы уколов, рубцы, возможны воспаление, вплоть до гнойного. В итоге наркоман становится полностью асоциальным, возможна деградация личности [13,14].

Впервые морфин был выделен немецким фармакологом Фридрихом Сертюрнером из опиума в 1804 году, который дал морфину его название по имени бога сновидений в греческой мифологии – Морфея, сына Гипноса, бога сна. Морфин был первым алкалоидом, полученным в очищенном виде. Большое распространение морфин получил после изобретения инъекционной иглы в 1853 году. Он использовался (и продолжает использоваться под строгим контролем) как анестетик для облегчения болей, его применяли также в

качестве «лечения» опиумной и алкогольной зависимости. Известно, что широкое применение морфина во время Американской гражданской войны, согласно предположениям, привело к возникновению опиоидной зависимости («армейской болезни») у более 400 тысяч человек.

В небольших количествах морфин образуется в ходе деметилирования около 10% кодеина внутри печени человека после применения кодеинсодержащих препаратов. В 1874 году из морфина синтезировали диацетилморфин (диаморфин), более известный как героин, который был впервые синтезирован английским химиком Алдером Райтом.

Полный синтез морфина был осуществлен в 1952 году Робертом Вудвордом, однако длительность и сложность процесса сделали нецелесообразным его коммерческую реализацию. В настоящее время предложено несколько различных методов синтеза, но природный морфин по-прежнему остается более дешевым и доступным, чем синтетический.

Заболевание, вызванное длительным употреблением морфина, то есть наркотическую зависимость, можно выявить внутривенным или внутримышечным введением налоксона. При этом наблюдается характерный приступ абстиненции, так как налоксон является опиоидным антагонистом, который действует по типу конкурентного антагонизма и блокирует связывание агонистов или вытесняет их из опиоидных рецепторов. В медицине и врачебной практике морфин можно обнаружить химическими реакциями. Наркотик выявляется цветными реакциями: концентрированной азотной кислотой (кровяно-красный цвет, переходящий в оранжево-желтый), реактив Эрлдана (концентрированная серная кислота с молибденовой кислотой), реактив Манделина (концентрированная серная кислота с ванадиевой кислотой), реактив Марки (концентрированная серная кислота и формальдегид) дают фиолетовое окрашивание.

Также для обнаружения морфина используют реакцию Пеллагри, реакцию с хлоридом железа, йодноватой кислотой, с гексацианоферратом калия и хлоридом железа, а также методы хроматографии, фотоколориметрии. Фотоколориметрический метод позволяет определять от 0,2 до 4 мг морфина в пробе. Морфин даёт осадки с реактивами группового осаднения алкалоидов - реактивы Бушарда, Драгендорфа, Майера и др.

Морфин и другие опиоидные алкалоиды встречаются в растениях рода мак, стевания, синомениум, луносемянник. Природный морфин получают из застывшего млечного сока (опия), который выделяется при надрезании незрелых коробочек опиумного мака. В сыром опии содержание морфина может достигать 10-20%. Из биологического материала морфин выделяют методами, основанными на изолировании водой, подкисленной серной щавелевой кислотой, а также подкисленным щавелевой кислотой спиртом. Морфин имеет низкую (около 26%) биодоступность при энтеральном введении, в то время как при внутривенном введении интенсивно поглощается тканями и в течение 10 минут после внутривенного введения 96-98 % морфина исчезает из системного кровотока [15,16].

Эффект наркотика проявляется при пероральном введении через 20-30 минут, при внутримышечном через 10-15 минут, при внутривенном – через 1 минуту. В плазме крови морфин образует комплекс с белками, преодолевает плацентарный барьер, выявляется в молоке матери, возможно преодоление гематоэнцефалического барьера. Агонистическое влияние морфина на опиоидные рецепторы сопровождается снижением уровня рецепторной активности, ощущением тепла, сонливостью и эйфорией; при первичном введении препарата может развиваться дисфория. Метаболиты морфина выводятся в основном почками и в небольшой степени – желчью. До 8 % введенной дозы выделяется в неизменном виде. Через 8 ч выводится 80% введенной дозы наркотика, за 24 ч - 64-90%, через 72-100ч в моче определяются следы морфина.

До синтеза героина морфин был наиболее распространенным наркотическим анальгетиком в мире. Введение наркотика чревато развитием как острого, так и хронического отравления. Острое отравление опиоидом характеризуется рядом определенных признаков, включающих угнетение дыхания вплоть до возникновения дыхания Чейн-Стокса, угнетением сосудодвигательного центра с гипотензией, развитием миоза, возбуждением центра глазодвигательных нервов, возбуждением центра n.vagus с брадикардией, снижением температуры тела, гипоксией, общим цианозом, бронхоспазмами, клоникотоническими судорогами, исключением сознания и сопорозным состоянием.

При отравлении опиоидом используют антагонисты опиоидных рецепторов, в частности, налоксон (антагонист) и налоксон (антагонист). Благодаря конкуренции за рецепторы, налоксон уменьшает проявление всех эффектов морфина – эйфорию, тошноту, головокружение, восстанавливает нормальное дыхание. Судебно-медицинские экспертизы проводятся при острых отравлениях и опиоидизме [17]. Острые отравления опиоидом возможны при передозировке, с целью самоубийства или при ошибочном введении вместо другого лекарственного средства. Летальная суточная доза морфина для взрослого составляет 0,1–0,5 г, при хроническом опиоидизме смертельная доза может возрастать до 3-4 г вследствие развития привыкания.

В случаях смертельных исходов от отравления опиоидом, проводится судебно-медицинская экспертиза.

Морфин не разрушается в тканях и органах в течение длительного времени, поэтому при судебно-химическом исследовании возможно его выявление даже через несколько месяцев спустя после захоронения. Для судебно-химического анализа используют кровь и мочу, а также желудок, части тонкой кишки с содержимым, ткани печени, селезенки, почек, лёгких, головного и спинного мозга. Обязательным является микроскопическое гистологическое исследование органов и тканей при судебно-медицинской экспертизе [18].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Zaskon F. Энциклопедия психоактивных наркотиков: героин, уличный наркотик. - 1992.
- 2 П.Д.Шабанов, О.Ю Штакелберг. // Наркомании. Патопсихология. Клиника. Реабилитация. – СПб.: 2001. - 423 с.
- 3 Пятницкая И.М. Наркомании // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994 г.
- 4 Наркотики: социальные, медицинские и правовые аспекты // Справочник. - Минск: ООО «Новое знание», 2001.
- 5 Маслов С.В., Кцоева Т.В., Ковалев Ю.Р., Инфекционный эндокардит клапанов левых камер сердце у инъекционных наркоманов // Клиническая медицина. - №3. – 2002. – С. 23-28.
- 6 Мещеряков А.Ф., Судаков С.К., Центральные механизмы формирования морфиновой зависимости // Вопросы наркологии. – 1991. - №2. – С. 33-41.
- 7 Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий. Лекции по наркологии // Под редакцией Н.Н Иванца. - М.:Медпрактика, 2002.- С.269-367.
- 8 Schuckit M.A, Segal D.S // Princip. Intern.Med. - 1997.- Vol 10. – P. 446 – 454.
- 9 Гришина, Е.И. Клинико-диагностические критерии поражения сердечнососудистой системы при опийной наркомании: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.И. Гришина; АГМА.- Астрахань, 2004.- 22 с.
- 10 Богомолов Д. В. Судебно-медицинская диагностика наркотической интоксикации по морфологическим данным: автореф. дис. ... д-р. мед. - М., 2001. - 38 с.
- 11 Саломатин И.В. Соматические аспекты танатогенеза при опийной наркомании второй стадии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.05 / И.В. Саломатин; Самар.воен.-мед. ин-т. - Самара, 2003.- 26 с.
- 12 Горгаслидзе А.Г., Сайфуллаева М.А., Кузьмина М.М. и др. Нарушения ритма сердца и сократимости миокарда при опийной и эфедроновой наркомании // Кардиология. – 1993. - Т. 3. - № 1. – С. 14-16.
- 13 Кочеткова Е.А., Шерстюк Б.В., Гельцер Б.И. Кардиореспираторные нарушения при наркоманиях // Терапевтический архив. - 1998. - №12. – С. 84-87.
- 14 Анохина И.П., Веретинская А.Г., Васильева Г.Н., и др. О единстве биологических механизмов индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению различными психоактивными веществами // Физиология человека. – 2000. – Т. 26. - №6. –с. 74-81.
- 15 Шабанов П.Д. // Руководство по наркологии. - СПб.: Лань, 1999.
- 16 Николаева Э.Г. // Сохраняемость опиоидных алкалоидов в биологических объектах. – В кн.: Перспективы развития и совершенствования СМЭ РФ: материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – Москва – Астрахань: 2000. – 323 с.
- 17 Коротун Б.И., Катаева С.С., Смирнова И.Ю. // Наркотики как одна из современных проблем судебной медицины В кн.: Перспективы развития и совершенствования СМЭ РФ: материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – Москва – Астрахань: 2000. – 308 с.
- 18 Пиголкин Ю.И. Морфологическая диагностика наркотических интоксикаций в судебной медицине.– М.:2004. – 303 с.

Ю.С.ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, А.Н. БЕКИШЕВА, У.А. АЛШЕРИЕВА

ТҮЙІН: Мақалада жалпы нашакорларға және опиоид тәуелді нашакорларға анықтама берілген, есірткі заттардың түрлері жөнінде әдеби мәліметтер жарияланған. Табиғи және синтетикалық морфиннің шығу тегі қарастырылған, оны анықтайтын түсті реакциялармен қатар, биологиялық материалдардан морфинді анықтау әдістері көрсетілген. Морфиннің адам организміне әсерін, абстиненция себептері және оның көріністері аталып өткен. Морфинмен жедел және созылмалы улану көріністері және себептері де қамтылған. Есірткімен жалпы улану және морфинизмнің сот-медициналық сараптамасының кейбір сұрақтары жарияланып отыр.

Түйінді сөздер: нашакорлық, есірткі заттар, патологиялық құштарлық, морфин, есірткіге тәуелділік, морфинмен жедел улану, морфинмен созылмалы улану

Y.S. ISMAILOVA., A.J. ALTAEVA., A.N. BEKICHEVA., Y.A. ALCHERIEVA

*S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Morbid Anatomy*

ADDICTION, MORPHINE AND MORPHINISM

Resume: The article presents the literary data including definitions of drug addiction, drugs, addicts and, in particular, opiate addicts. The origin of natural and synthetic morphine is considered, color reactions for identification of morphine and methods of its allocation from a biological material are given. The influence of morphine on a human body, the reasons of an abstinence and its manifestation are shown in the article. The reasons and manifestations of sharp and chronic poisoning by morphine are characterized. Some aspects of a forensic medical examination are given at sharp poisoning and at morphine addiction.

Keywords: drug addiction, drugs, pathological addiction, morphine, drug addiction, sharp poisoning with morphine, chronic poisoning with morphine

УДК 340.6_615.015.6_615.099.091

Ю.С. ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, А.Н. БЕКИШЕВА,
Б.Ж. АНАЯТОВА, С.Г. УМБЕТАЛИЕВ, Н.В. СЕЛИВОХИНА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова,
Кафедра патологической анатомии,

Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины» Министерства здравоохранения Республики Казахстан

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В статье представлены результаты морфологических изменений миокарда лиц, умерших от хронической наркотической интоксикации морфином. Аутопсийное исследование при судебно-медицинской экспертизе выявило в миокарде морфологические признаки токсического влияния наркотика. Отмечены выраженные расстройства кровообращения, очаговое повреждение кардиомиоцитов с наличием контрактур и очагов миоцитолитического некроза, признаки гипертрофии и атрофии кардиомиоцитов. Характерным признаком являлся некоронарогенный кардиосклероз.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, хроническая наркотическая интоксикация, патоморфология миокарда

Проблемы заболеваемости и смертности от наркомании актуальны как для врачей наркологов (токсикологов), так и для судебно-медицинских экспертов, так как по данным токсикологического отделения ГБСНП города Алматы прогрессирует количество не смертельных отравлений наркотиками, а также летальных исходов от острого отравления наркотическими веществами [1]. В судебно-медицинской экспертизе количество случаев смертельных отравлений наркотическими веществами, особенно морфином, ежегодно увеличивается в структуре насильственной смерти [2, 3].

В практической работе судебно-медицинских экспертов возникают ситуации, при которых предполагаемое на аутопсии отравление наркотическим веществом не подтверждается при последующем химико-токсикологическом исследовании. Поэтому важное значение имеют результаты судебно-гистологического (патоморфологического) исследования, выявляющие патологические изменения органов, свидетельствующие об интоксикации наркотическими веществами [4].

При хронической наркотической интоксикации поражаются все органы и системы, в том числе и сердечнососудистая система. Поэтому патоморфологические изменения в нём оказывают непосредственное влияние на вариант танатогенеза, а также позволяют установить непосредственную причину смерти и длительность употребления наркотиков. Вопрос экспертной оценки патоморфологических изменений миокарда при интоксикации морфином с учетом возраста потерпевших остается актуальным до настоящего времени [5, 6, 7].

Целью нашей работы являлось изучение патоморфологических изменений миокарда у лиц молодого возраста, умерших от острого отравления морфином на фоне хронической наркотической интоксикации.

Материал и методы исследования. Объектами исследования были 142 сердца, изъятые при проведении судебно-медицинских экспертиз у умерших от отравления морфином, в возрасте от 15 до 30 лет, при жизни страдавших наркотической зависимостью. На аутопсии из различных отделов сердца брали кусочки миокарда (правое и левое предсердие, межпредсердная перегородка, правый и левый желудочек, межжелудочковая перегородка, верхушка), маркировали и фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван

Гизону, фуксином на эластические волокна по Вейгерту, по Маллори. Окрашенные срезы исследовали в проходящем свете в мультителовом микроскопе Axio Zeiss A1 и в поляризованном свете микроскопа Leica DM 750P.

Результаты исследования. При микроскопическом исследовании в проходящем свете в кардиомиоцитах отмечались очаги неравномерной окраски гематоксилином и эозином, что, по-видимому, было обусловлено наличием субсегментарных контрактур кардиомиоцитов (рисунок 1), представляющих собой чередование мелких участков пересокращения кардиомиоцитов и перерастяжения миокардиальных клеток. Были выявлены признаки острого расстройства кровообращения, представленные полнокровием сосудов капиллярного и венозного типов с диапедезными кровоизлияниями (рисунок 2), спазмом сосудов артериального типа. Нарушения реологических свойств крови проявлялись в агрегации и адгезии форменных элементов, преимущественно в сосудах микроциркуляторного русла, в виде так называемых «монетных столбиков». Во многих наблюдениях расстройства кровообращения носили более выраженный характер: отмечалось сладжирование и агглютинация форменных элементов крови, иногда с появлением микротромбов, плазматическое пропитывание стенок артериальных сосудов. При поляризационной микроскопии были выявлены острые повреждения кардиомиоцитов, чаще в виде контрактур 2-3 степени и мелкоочаговый кардиомиоцитолитический некроз. Строма миокарда была резко отечной, особенно вокруг сосудов среднего калибра, в прилежащих кардиомиоцитах отмечались очаги гомогенизации цитоплазмы. В средних артериях в части наблюдений выявлялся спазм с гофрированностью внутренних эластических мембран. В большинстве случаев были выявлены группы миокардиоцитов, находящихся в состоянии гипертрофии, и отдельные мышечные волокна в состоянии атрофии. В световом и поляризационном микроскопе выявлялись участки исчезновения поперечной исчерченности кардиомиоцитов. В ряде случаев отмечались обширные участки контрактур мышечных волокон. Практически во всех случаях выявлялись очаги кардиосклероза, которые имели периваскулярную или мелкоочаговую интрамуральную локализацию. Очаги склероза иногда носили сетчатый характер, отмечались участки кардиосклероза, в которых просматривались «замурованные» гипертрофированные

кардиомиоциты; в ряде случаев отмечался диффузный кардиосклероз (рисунок 3). В миокарде встречались очаги с наличием в цитоплазме кардиомиоцитов небольших групп жировых клеток. Кроме контрактурной дегенерации, выявлялись участки волнообразной деформации мышечных волокон, что является морфологическим признаком фибрилляции желудочков. При острой интоксикации наркотическим средством отмечалось нарушение тинкториальных свойств кардиомиоцитов, окраска по Маллори (рисунок 4). В подавляющем большинстве исследованных случаев отсутствовали морфологические признаки атеросклеротического поражения коронарных сосудов. Таким образом, проведенные морфологические исследования позволяют нам сделать следующее заключение: при судебно-гистологическом исследовании миокарда, у лиц, умерших от отравления морфином, выявлены морфологические признаки, свидетельствующие о кардиотоксическом влиянии морфина. Установлены морфологические признаки острых повреждений миокарда при отравлении морфином, проявляющиеся расстройствами кровообращения и очагами альтерации кардиомиоцитов. Также выявлены морфологические признаки

хронического действия морфина на миокард в виде некоронарогенного кардиосклероза очагового и диффузного характера с компенсаторно-приспособительными изменениями миокарда, в виде неравномерной гипертрофии и атрофии кардиомиоцитов. Выше перечисленные морфологические изменения свидетельствуют о дистрофических и компенсаторно-приспособительных изменениях в миокарде, степень выраженности которых была прямо пропорциональна «наркотическому» стажу умерших. Хроническая интоксикация морфином по данным наших судебно-медицинских экспертиз проявляется микроструктурными нарушениями в мышечной оболочке сердца. Повреждение кардиомиоцитов характеризуется контрактурами, очагами миоцитолита, перифокальной гипертрофией групп кардиомиоцитов. Характерным признаком структурных изменений миокарда явился некоронарогенный миокардиосклероз очагового и диффузного характера. Выявленные структурные изменения миокарда свидетельствуют о проявлениях острого отравления морфином на фоне хронической наркотической интоксикации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тойбаев Г. М. Токсикологическая ситуация по г. Алматы в период времени с 1999 по 2010 года // Вестник КазНМУ. – Алматы: - 2012. - (выпуск посвященный 1-й годовщине БСНП г. Алматы) - С. 76-85.
- 2 Поданева В. И., Абдраимов М. А., Жунисов С. С., Райымбердиева Ж. Ш. Анализ смертельных отравлений в г. Алматы за 1996-1999гг., //Судебная медицина в Казахстане. – Алматы: - 2003. - № 7. - С. 40-41.
- 3 Алтаева А. Ж., Селивохина Н. В., Даирбекова Ж. Д., Ким О.Б., Поданева В.И., Жолумбетов О. О. Ретроспективный анализ смертельных комбинированных отравлений наркотическими веществами и алкоголем //Международный научно-практический журнал «Морфология и доказательная медицина». – Алматы: 2010. - №4. – С. 15-17.
- 4 Пиголкин Ю.И., Должанский О. В., Голубева А. В. Судебно-медицинская диагностика хронической наркотической интоксикации по морфологическим данным // судебно-медицинская экспертиза. – М.: - 2012. - №1. - С. 34-37.
- 5 Hantson P., Beauloye C. Myocardial metabolism in toxin-induced heart failure and therapeutic implications // Clin. Toxicol (Phila). - 2012 Mar. - 50(3):166-71.
- 6 Kul'bitskiĭ B.N., Larev Z.V., Fedulova M.V., Denisova O.P., Bogomolov D.V. Pathology of the heart conducting system in the thanatogenesis of sudden death from alcoholic cardiomyopathy and coronary heart disease // Sud.med.ekspert. - 2012 Mar.-Apr. - 55(2):62-5.
- 7 Bogomolova I.N. Bogomolov D.V. Shpekht Dlu., Kul'bitskiĭ B.N. The characteristic morphological changes of the internal organs in certain forms of combined poisoning. Sud.med.ekspert. - 2012. 55 (2). – P.18-21.

**Ю.С. ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, А.Н. БЕКИШЕВА,
Б.Ж. АНАЯТОВА, С.Г. УМБЕТАЛИЕВ, Н.В. СЕЛИВОХИНА**
ОПИЙ ЕСІРТКІМЕН СОЗЫЛМАЛЫ УЛАНУ КЕЗІНДЕГІ МИОКАРДАҒЫ
МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

Түйін: Мақалада морфинмен созылмалы улану нәтижесінде өлген адамдардың миокардындағы морфологиялық өзгерістерді зерттеу нәтижелері берілген. Аутопсиялық материалды сот-медициналық сараптау кезіндегі миокардта есірткі әсерінен дамиды морфологиялық өзгерістер көрсетілді. Нақтылап айтқанда қан айналымының ерекше бұзылыстары, кардиомиоциттердің ошақты бұзылыстары, контрактуралық өзгерістері, ошақты миоцитолиті, гипертрофиялық немесе атрофиялық өзгерістері табылды. Коронарогендік емес кардиосклероздың дамуы осы жағдайларға тән белгі деп қарастыруға болады.

Түйінді сөздер: сот-медициналық сараптау, морфинмен созылмалы улану, миокард патоморфологиясы

Y.S. ISMAILOVA, A. ZH. ALTAYEVA, A.N. BEKISHEVA,
B. ZH. ANAYATOVA, S. G. UMBETALIEV, N.V. SELIVOHINA
MORPHOLOGICAL CHANGES OF MYOCARDIUM AT CHRONIC DRUG INTOXICATION

Resume: The article presents the results of morphological changes of myocardium of people who died because of the chronic narcotic intoxication. The autopsy researches of forensic medical evaluation revealed the morphological indications of toxic influence in myocardium. Clear blood circulation disorders, focal damage of myocardium cells with contractures and myocytolysis along with hypertrophy and atrophy of myocardium cells have been observed. Non-coronary sclerosis is shown as a characteristic feature.

Keywords: forensic medicine expert operation, chronic narcotic intoxication (poisoning), myocardium patomorphology.

ПРИЛОЖЕНИЕ

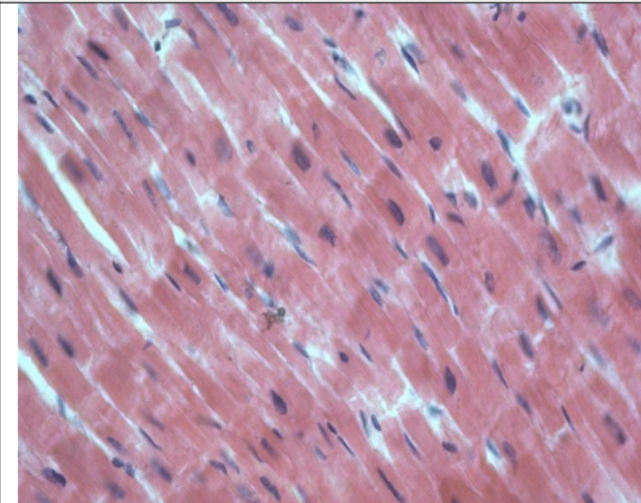


Рисунок 1 - Контрактурная дегенерация кардиомиоцитов при острой наркотической интоксикации.
Окраска гематоксилин и эозин.
Увеличение X200
Микроскопия в проходящем свете

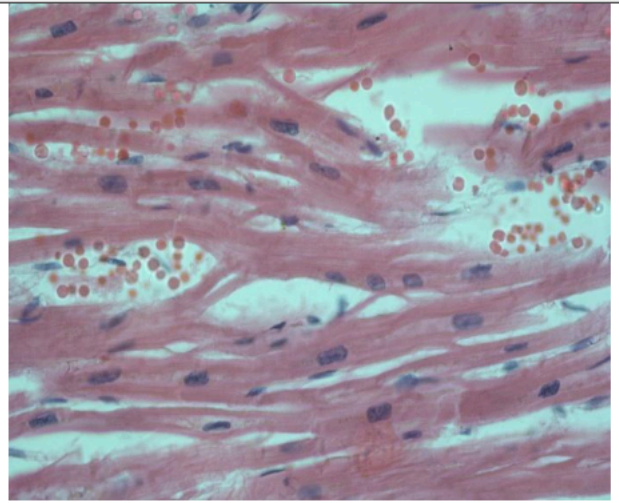


Рисунок 2 - Диapedезные кровоизлияния в миокарде острой наркотической интоксикации.
Окраска гематоксилин-эозин.
Увеличение X400
Микроскопия в проходящем свете

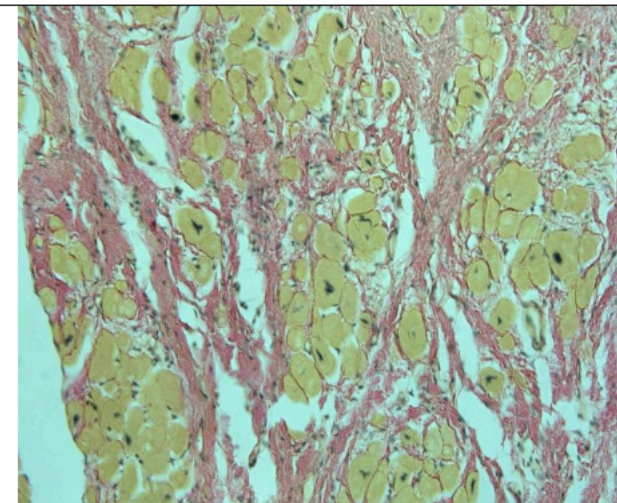


Рисунок 3 - Сетчатый кардиосклероз с компенсаторной гипертрофией кардиомиоцитов при хронической наркотической интоксикации
Окраска пикрофуксином по ван Гизон. Увеличение X100
Микроскопия в проходящем свете

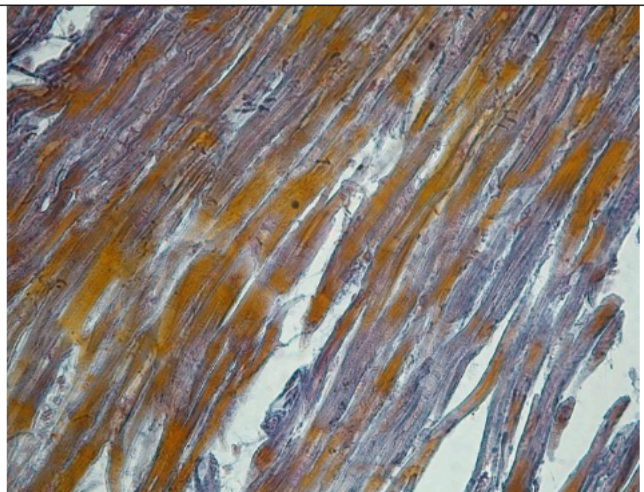


Рисунок 4 - Нарушение тинкториальных свойств кардиомиоцитов при острой интоксикации
Окраска по Маллори
Увеличение X100
Микроскопия в проходящем свете

УТК: 615.1-336.121-338.45(574)

U.M. DATKHAYEV, A.S. NEMCHENKO, A.R. SHOPABAYEVA, N.ZH. ZHUMABAYEV,
K.S. ZHAKIPBEKOV, E.K. ORAZBEKOV

Kazakh National Medical University named of S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan
National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

PRINCIPLES OF DESIGNING THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN KAZAKHSTAN

Abstract: Modernization of existing facilities and construction of new pharmaceutical companies is a mega-project at the regional level, which requires knowledge and skills in organizational design. In this article the basic design principles of the pharmaceutical industry in the Republic of Kazakhstan meeting the requirements and rules of GMP and ISO international standards were determined.

Keywords: Pharmaceutical industry, the principles of design, organizational design, GMP, ISO

Transition of enterprises to a modern level, creating effective production that could become competitive on a global scale is a complex and demanding task that requires knowledge and skills in business, organizational designing (engineering), informational technology, training, and many other areas. Just correct and balanced implementation of any project, as well as reasonable and balanced investments is a pledge of high quality and competitiveness in the market.

Designing (Engineering) is among the most important processes for the project, as a result of its implementation is the development of the unique facilities, goods or services [1, 2, 3, 4].

From the methodological point of view, the process designing of industrial enterprise is a transformation process, leading to processing raw data due to the given tasks, by means of instructions, formulas and calculations, variants of solutions for interim or final results, ie in the output data draft.

Designing has its own methodology, which includes the structure of the principles and norms of activity, subject, object and its model methods.

Principles of designing production is starting positions, general requirements, rules of the formation of the production systems and conditions for their proceeding [5, 6, 7]. Principles of designing pharmaceutical industry, in addition to general design principles of production, are based on industry specifics.

For the designing of the pharmaceutical industry in the Republic of Kazakhstan, we identified the basic principles, which are subdivided into three groups (Fig. 1):

- general principles for the designing of production systems;
- specific principles for the designing of the pharmaceutical industry;
- principles taking into account regional differences.

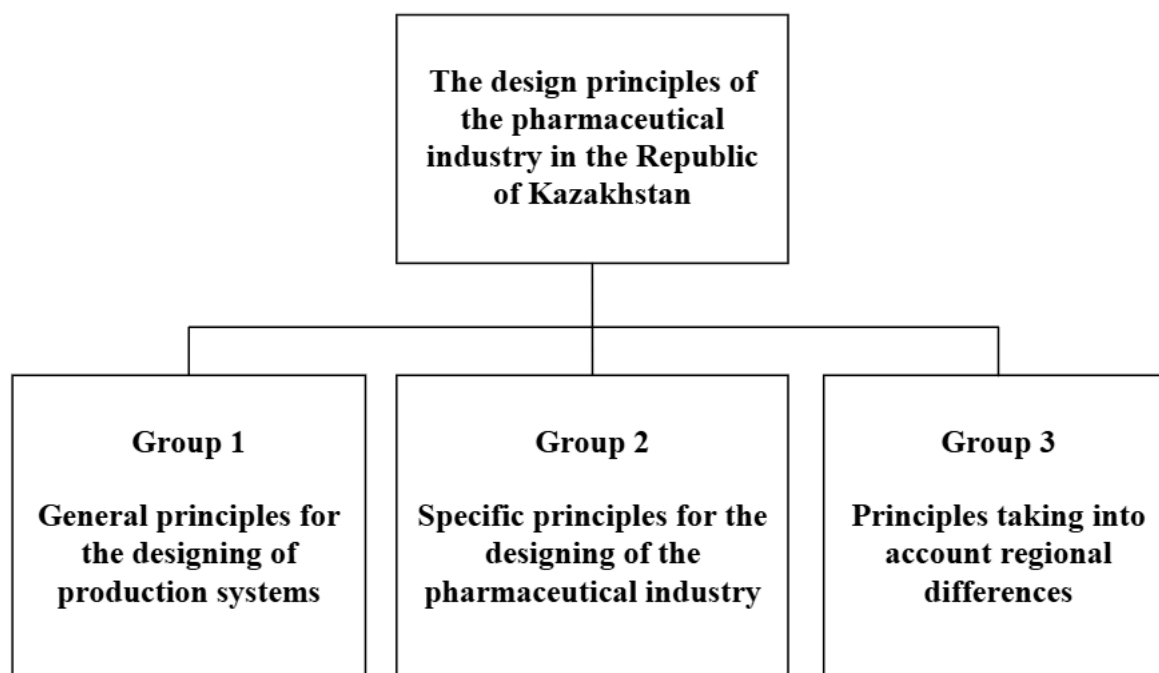


Figure 1 – Principles of designing the pharmaceutical industry in the Republic of Kazakhstan

The above principles are closely intertwined in each production phenomenon, are specified in separate regulations of designing pharmaceutical manufactures.

Group 1 principles. General principles for the designing of production systems.

Principle of systems. It suggests that the pharmaceutical industry is a complex, multi-level socio-economic system consisting of interconnected, interacting, balanced in time and space subsystems, which in some external surroundings fulfill the goal set for the system as a whole.

The principle of an object orientation. It is accomplished by constructing tree goals, and using program – based and network planning.

The principle of a phased approach. Planning from general to specific (ie, gradually increasing concretization). Particular problems as possible differentiate and distribute the stages for consistent designing.

The principle of correspondence of production organizational forms to its technical and economic content. It requires the formation of an organizational structure taking into account the features of production processes and conditions of their occurrence.

The principle of urgency. Transformation of random, unstable, disordered structural connections, relationships and the corresponding structures to stable and regulated.

The principle of concentration. Subordination of the individual functions for implementing a single system of function to get the desired effect.

The principle of cyclicity. According to the cyclicity of material world - the structure, the vital cycles of various elements of the production system have the sequence of the stages.

The principle of continuous improvement. According to the law of instability of the production system, the work is needed to increase the level of its organization.

The principle of control. Using the principles of scientific management of lab our.

The principle of integration and coordination. It defines the basic function of a project manager.

The principle of experience. All experience gained in the design process should be recorded and transferred for use in other phases of the designing and organizing projects.

The principle of parallelism. Building a process that enables the simultaneous designing component subsystems, elements, links of the production system.

The principle of digitalization. Involves the use of electronics.

The principle of monitoring changes in the project. All the processes of the project must be carefully controlled.

Quality management principles. The standards of RK ISO 9001-2001 [8] have 8 quality management principles:

- a) Customer focus. Organizations depend on their customers and therefore should understand current needs, meet customer requirements and strive to exceed their expectations.
- b) Leadership. Leaders establish unity of purpose and direction of the organization. They should create and maintain the internal environment in which people can become fully involved in achieving the organization's objectives.
- c) Involvement of people. People at all levels are the essence of an organization and their full involvement enables organizations to capitalize their ability with benefit.
- d) The process approach. The desired result is achieved more efficiently when activities and related resources are managed as a process.

e) System approach to management. Identifying, understanding and managing interrelated processes as a system, promote the efficiency and effectiveness of the organization in achieving its objectives.

f) Continuous improvement. Continual improvement of the organization as a whole, should be regarded as a permanent objective.

g) Decision making based on facts. Effective decisions are based on the analysis of data and information.

h) Mutually beneficial supplier relationships. An organization and its suppliers are interdependent and a mutually beneficial relationship enhances the ability of both sides to create value.

The principle of unity of social, economic and technological solutions. It defines the relationship of social factors to the optimization of the economic and technological solutions.

The principle of information sufficiency. It defines the requirements for the information, its accuracy, timeliness, completeness, etc.

The principle of reliability. The property of the production system to maintain stability in the small, within the established standard in time and in space.

The principle of specialization. It is a form of organization of the production process, in which a given workplace, site shop, divisions of the production system is concentrated on production of similar products, as well as the minimum number of manufacturing processes and operations.

The principle of proportionality. It is to quantify the proportionality (combination) of the elements of the production process: the output parameters of the elements of performance, capacity, production (main and auxiliary serving) and coordination of bonds.

The principle of optimality. The design of all the processes for the production of products in a given amount and time and with the greatest economic efficiency and the lowest cost of labor and material resources.

The principle of continuity. Assumes the shape of the production process, in which all of its operations are carried out continuously, without interruption, and all the intermediate components of products continuously move from stage to the operation.

The principle of concentration. It means focusing on perform of certain manufacturing operations for the production of technologically similar products at individual workplaces, sites, in workshops or production company.

The principle of compatibility. Creating unity of appropriate operating elements and their relationships in the organization of the system.

The principle of consistency. Continuous following the implementation of productional (technological) operations.

The principle of competitiveness. Production design, producing products that can compete.

The principle of flexibility. Organization of production, capable of rapidly under certain characteristics of the elements of the production system, to reorganize producing other products, or change any of its components.

The principle of cost-effectiveness of the design. It is important to estimate the real cost of the required design.

Uniflow principle. Building a technological process that excludes "reverse" of the produced products, equipment placement during the process.

The principle of automaticity. The construction of technological process, in which partial processes and the manufacturing process, in general, are performed automatically (mechanisms) for the maximum possible

economically and technologically grounded releasing from manual labor.

The principle of ecology. Enforcement of environmental rules and regulations, excluding harmful influence not only on the production processes and wastes on the environment, but also the impact of the environmental situation in the area of locating production on quality of production.

2nd group of principles. Specific guidelines for the design of the pharmaceutical industry.

The principle of standardization (implementation of GMP, ISO guidelines). It involves the use of obligatory conditions, control points, providing the best course of the manufacturing process and output of quality products.

The principle of the quality of medicines. The main principle of GMP is the quality of medicines should be provided with the technology and organization of production so that the products do not meeting the requirements will not be able to appear.

The principle of variance. Compulsory examination of fundamentally valid options of project for creating the pharmaceutical industry.

Principle of integrated designing. Need for a multidisciplinary approach to design pharmaceutical plants.

The principle of cross-contamination. Compliance with regulatory and technical documents, providing technical

measures, procedures and precautions during the process to be followed to avoid the risk of cross contamination.

The principle of trained personnel. Production of drugs should be completed with the necessary number of professionals with the proper skills and experience.

The 3^d group of principles. Principles that take into account regional differences.

Sufficiency principle of regional resources - natural, labor, financial, etc.

The principle of preserving the ecological balance. It's provides environmental management.

The principle of creating an economically viable industry for the economy of the Republic of Kazakhstan.

The principle of improving the health of the country through the creation of regional pharmaceutical industry.

The principle of integration of the economy of the Republic of Kazakhstan to the world market of the EU, CIS, SCO. Establish close cooperative and investment cooperation with the EU, CIS, SCO.

Thus, we have defined the basic principles of organizational design for the pharmaceutical industry of the Republic of Kazakhstan, which are divided into 3 groups: general principles for the design of production systems, specific guidelines for the design of the pharmaceutical industry, the principles that take into account regional differences.

REFERENCES

- 1 Paramonov, F.I., Soldak, J.M. Theoretical foundations of industrial management /F.I. Paramonov, J.M. Soldak// - M.: BINOM. Knowledge Laboratory, 2003. – 280 p.
- 2 A Guide to the Project Management Body of Knowledge. Project Management Institute. - New York: 1996.
- 3 Angyris, C. Intervention Theory and Methods: Reading/ C. Angyris. - Mass: Addison - Wesley, 1970
- 4 Ralf L. Kliem, Irwin S. Ludin. Project management practitioner's handbooks - Amacom American Management Association, 1998.
- 5 Antonov, A.N., Morozov, L.S. Fundamentals of modern production/ A.N. Antonov, L.S. Morozov. - M.: Business and Services, 2004. – 432 p.
- 6 Ershov, V.F. Business planning/ V.F. Ershov. - St.P: Peter, 2005. – 288 p.
- 7 Lieberman, I. Planning for the enterprise/I. Lieberman. - M.: Publishing RIOR, 2005. – 127 p.
- 8 RK ISO 9001-2001. Quality management system. Requirements.

**У.М. ДАТХАЕВ, А.С. НЕМЧЕНКО, А.Р. ШОПАБАЕВА, Н.Ж. ЖҰМАБАЕВ,
К.С. ЖАҚЫПБЕКОВ, Е.К. ОРАЗБЕКОВ**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНЕРКӘСІПТІ ЖОБАЛАУДЫҢ ҚАҒИДАЛАРЫ

Түйін: Қолданыстағы өндірістерді жаңғырту және жаңа фармацевтикалық кәсіпорындар салу ұйымдық жобалау бойынша білім мен дағдыларды талап ететін аймақтық деңгейдегі мегажоба болып саналады. Бұл мақалада GMP және ISO Халықаралық стандарттарының талаптары мен тәртіптерін есекере отырып, Қазақстан Республикасында фармацевтикалық өнеркәсіпті жобалаудың негізгі қағидалары анықталған.

Түйінді сөздер: фармацевтикалық өнеркәсіп, жобалау қағидалары, ұйымдық жобалау, GMP, ISO

**У.М. ДАТХАЕВ, А.С. НЕМЧЕНКО, А.Р. ШОПАБАЕВА, Н.Ж. ЖУМАБАЕВ,
К.С. ЖАКИПБЕКОВ, Е.К. ОРАЗБЕКОВ**

ПРИНЦИПЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Резюме: Модернизация действующих производств и строительство новых фармацевтических предприятий является мегапроектом регионального уровня, который требует знаний и навыков в организационной проектировании. В данной статье определены основные принципы проектирования фармацевтической промышленности в Республике Казахстан, с учетом требований и правил международных стандартов GMP и ISO.

Ключевые слова: Фармацевтическая промышленность, принципы проектирования, организационное проектирование, GMP, ISO

УДК547-313.241.632.2+615.014.23:587.11

М.К. КАМАНОВА, Д.К. КИЯШЕВ, Б.М. АККАМИЕВА, А.А. ТАНАТАРОВА
 Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НОВОЙ КОМПОЗИЦИОННОЙ МАЗИ «АЗИСАЛ ЛФ» СОСТОЯЩЕЙ ИЗ АЗИТРОМИЦИНА И КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ

Разработана технология приготовления комбинированной мази «Азисал ЛФ» в целях определения антимикробной, алергизирующей, раздражающей активности

Проблема патогенеза и лечения ран, в том числе инфицированных ран относится к числу наиболее старых разделов медицины и имеет многовековую историю. Существуют множество самых разнообразных методов и способов лечения ран, но ни один из них не удовлетворяет хирургов полностью.

Поэтому поток новых предложений не убывает и до сих пор вопросы лечения ран и раневой инфекции продолжают занимать умы практических врачей и ученых.

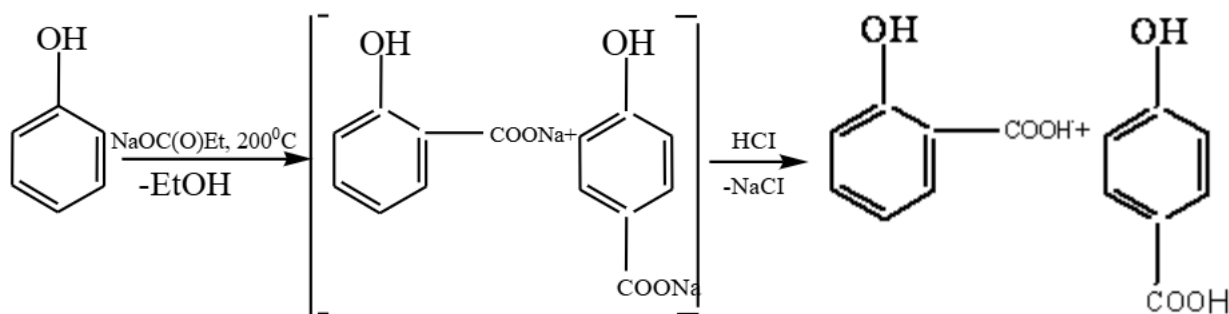
Такой непроходящий интерес и постоянное внимание к этой старой проблеме объясняется прежде всего тем, что представления о раневом процессе постоянно меняются вместе с развитием медицины, биологии, технических и других наук. Кроме того, прогресс науки всегда открывает новые возможности в лечении ран, особенно это проявилось в последние десятилетия с приобретением унифицированных комбинированных лекарственных препаратов.

Для получения комбинированных препаратов, в частности, мазей, обладающих лучшими фармакологическими свойствами, чем их составляющие лекарственные вещества, нами взяты антибиотик

азитромицин и салициловая кислота. Как известно, азитромицин является антибиотиком группы макролидов, а салициловая кислота обладает кералитическими и противовоспалительными действиями. При их комбинировании проявляется синергизм этих препаратов. Помимо этого они являются химически совместимыми и стойкими (Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Ташкент: 1998г. – 590с.). Ранее салициловую кислоту получали карбоксилированием фенолята натрия диоксидом углерода под давлением по Кольбе-Шмидту /1,2/. Одним из главных недостатков данного способа является необходимость предварительного синтеза фенолята натрия, связанное с его чрезмерной гигроскопичностью, это, в свою очередь, осложняет технологический процесс.

В связи с этим, мы предлагаем более удобный альтернативный путь синтеза салициловой кислоты. Так, разработан новый оригинальный способ получения салициловой кислоты карбоксилированием фенола натриевой солью этилугольной кислоты /3/.

По схеме:



ИК, ПМР – спектры салициловой кислоты приведены в таблице №1.

Таблица 1 - ИК-, ПМР-спектры салициловой кислоты (1).

№ соед.	Частота валентных колебаний (ν), см ⁻¹				Величины хим. Сдвигов (σ), м.д.		
	Ar	Alk (CH ₃)	C=O	OH спирт.	Ar	Alk (CH ₃)	OH спирт.
1.	700,1610, 3020	-	1670	3240	7,56 (м)	-	11,7 (с)

Сочетание антибиотика азитромицина с кислотой салициловой целесообразно: во-первых, кислота салициловая потенцирует антимикробное действие антибиотика азитромицина, во вторых определяет

низкую себестоимость препарата и возможность импортозамещения.

Практически самую важную группу лечебных средств составляют химиотерапевтические препараты, угнетающие воспалительную реакцию и, тем самым,

уменьшая деструктивные изменения в тканях, ускоряет сроки ее регенерации, что способствует скорейшему выздоровлению больного.

Важным этапом при разработке состава мазей является выбор мазевых основ, которые как активные носители лекарственных веществ, обеспечивают оптимальную резорбцию последних в зависимости от назначения. Современная нормативная документация предъявляет ряд требований к мазевым основам: они должны обеспечить мази мягкую консистенцию, необходимую для удобства нанесения на кожу и слизистые оболочки, быть химически индифферентным, не обладать раздражающим и сенсibiliзирующим действием и не нарушать физиологическую функцию кожи, а также соответствовать цели назначения мази.

При выборе мазевой основы руководствовались нормативной рекомендациями к мазям, доступностью вспомогательных веществ и их влиянием на физические, химические и структурно-механические свойства мази, ее биологическую доступность и фармакологическую активность.

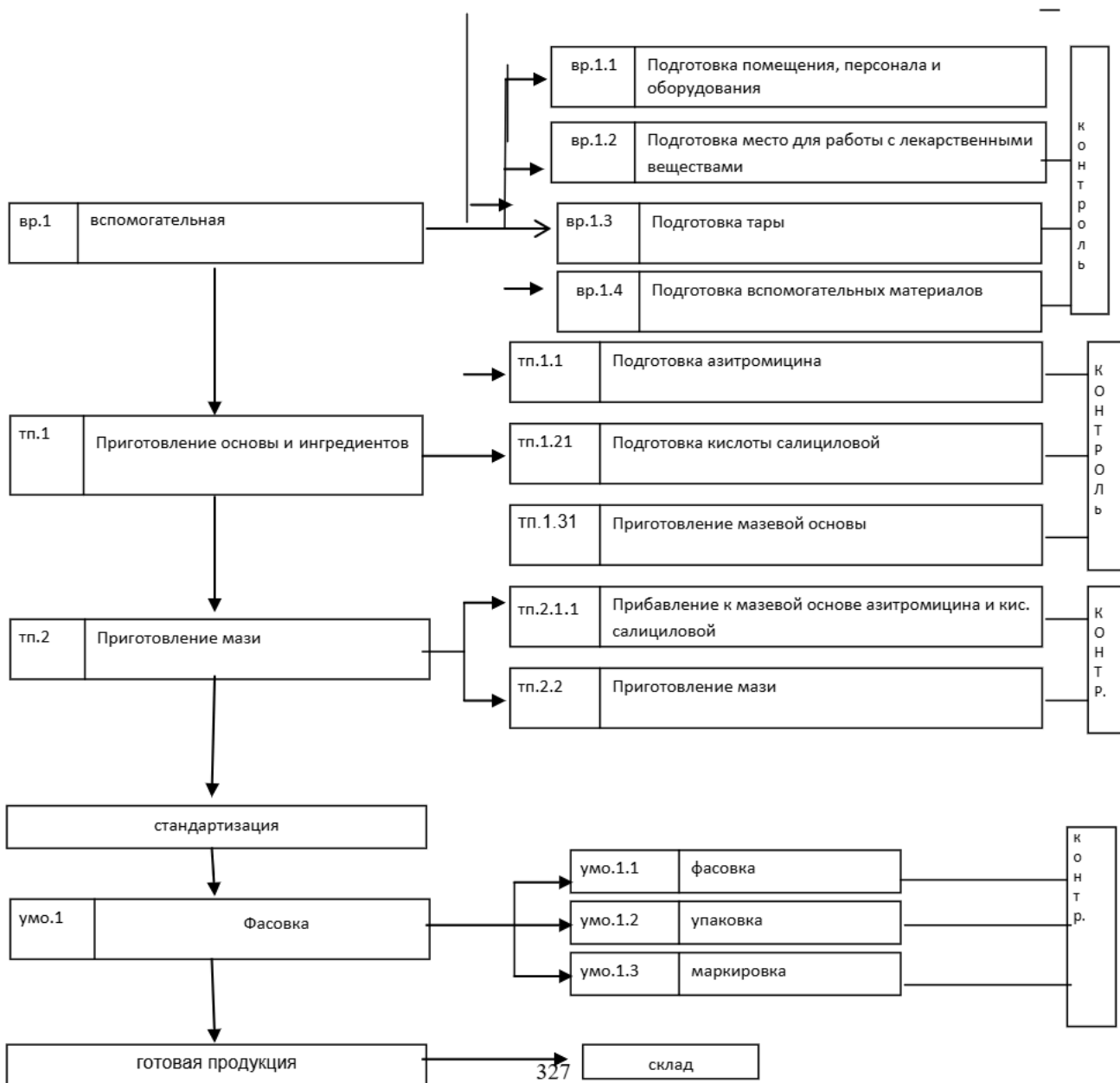
Исходя из вышеизложенного, нами в качестве мазевой основы были выбраны гидрофобная основа в виде комбинации вазелина и безводного ланолина. При

выборе соотношений дозы действующих ингредиентов и мазевой основы взяты литературные данные /4-6/.

Таким образом, в качестве такого препарата нами предлагается мазь под условным названием «Азисал ЛФ». Активно действующие вещества и основа со следующим соотношением компонентов на 100 г:

Азитромицин	-0,1
Кислота салициловая	-1,0
Вазелин	-60,0
Ланолин б/в	-40,0

Исходя из вышеуказанного, нами разработана технологическая схема приготовления мази «Азисал ЛФ». Вазелина 60 г ланолина б/в 40 г растирают в ступке при постоянном перемешивании в целях гомогенизации и по частям добавляют азитромицина и метилурацила при постоянном растирании пестиком. Перемешивание продолжают до получения густой жидкости. Через 20-25 минут мазь приобретает консистенцию упруго-пластичной массы светло-желтого цвета. Таким способом готовят мази. Технологический процесс производства мази «Азисал ЛФ» состоит из 2 технологических процессов, 5 операции, 4 вспомогательных работ, и 3 УМО. В таблице №1 показан технологический процесс в рисунке 1 - аппаратная схема производства.



ВР - стадия вспомогательных работ
 ТП - стадия технологического процесса
 УМО - стадия упаковки, маркировки и отпуска на склад.

Рисунок 1 - Аппаратурная схема производства мази «Азисал ЛФ»

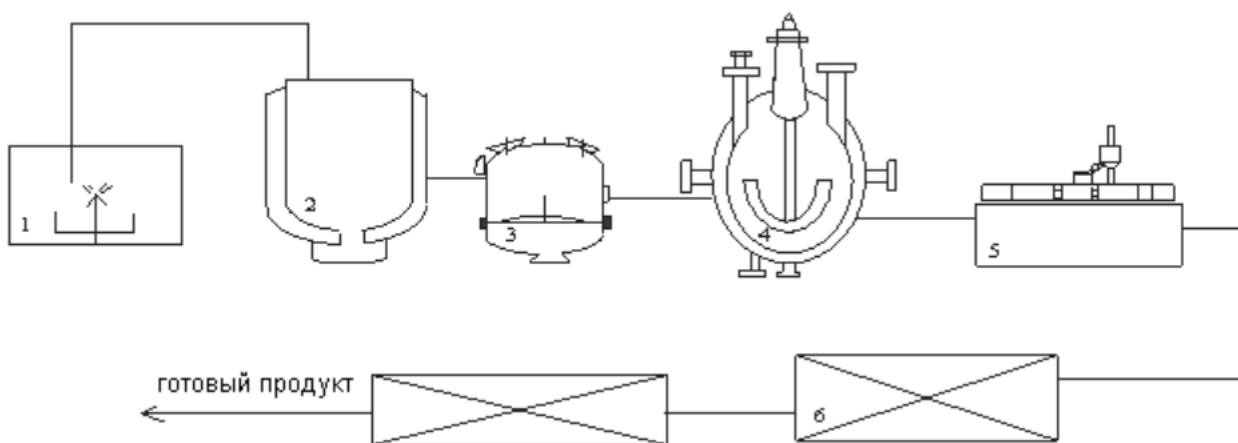


Рисунок 2

1.технические весы, 2- котел для расплавления основных компонентов мази, 3-друк-фильтр, 4- реактор со смесителем, 5- автомат для упаковки мази, 6-стол для упаковки готовых продуктов.

Таким образом, нами разработана технология приготовления комбинированной мази «Азисал ЛФ» в целях определения антимикробной, аллергизирующей, раздражающей активности в предклинических и клинических исследованиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Alan S. Jindsey, Hasold Jeskey. The Kolbe – Shmitt reaction. // Chem. Rev., V.I.S/7. - P.583-620
- 2 Кияшев Д.К. Синтез салициловой, ацетилсалициловой кислоты, бриллиантового зеленого и на их основе приготовление лекарственных форм. //Караганда: 2008 г. - 127 с.
- 3 Суербаев Х.А., Құлажанов К.С., Сметанникова О.Е., Шалмагамбетов К.М. Синтез на основе оксидов углерода. //Вестник КазНУ. Серия химич. - 2002. - №4. - С. 25-29.
- 4 Кияшев Д.К., Тяп Е.В., Шакиев С.Ш. Мазь «Левас» для местного лечения гнойных ран. //Предварительный патент РК №12538 от 13.11.2002г.
- 5 Кияшева А.К., Шакиев С.Ш., Юсупов Р.Р., Кияшев Д.К. Исследование антимикробной активности композиционной мази «Левисал» и мази «Левисал с метилурацилом» // Фармацевтический бюллетень. – Алматы: 2010. - №9-10. - С.17-18.
- 6 Саулебекова М.С., Кобдикова Н.К., Кияшев Д.К. Синтез и антимикробная активность ацетилсалициловой кислоты. // Клиническая медицина. Меж. вуз. Сборник стран СНГ. Великий Новгород. – Алматы: 1999. - Т.4. - С. 51 – 54.

Түйін: Микробқа қарсы, аллергиялаушы, тітіркендіргіш белсенділігін анықтау мақсатында комбинацияланған «Азисал ЛФ» жағылмасының дайындалу технологиясы жасалды

M.K.KAMANOVA, D.K.KIYASHEV, B.M. AKKAMIEVA, A.A. TANATAROVA
 TECHNOLOGY OF PREPARATION OF THE NEW COMPOSITE OINTMENT "AZISAL LF"
 FROM AZITHROMYCIN AND SALICYLIC ACID

Resume: Preparation technology of combined ointment "Azisal LF" was elaborated in order to determine antimicrobial, allergic, irritant properties.

The problem of the pathogenesis and treatment of wounds, including infected wounds is among the oldest branches of medicine and has a long history. There are lots of different methods and techniques for the treatment of wounds, but none of them fully satisfies surgeons.

Therefore, the flow of new proposals does not decrease and still questions the treatment of wounds and wound infections continue to occupy the minds of practitioners and academics.

This not passing interest and constant attention to this old problem is due primarily to the fact that the idea of the wound healing process is constantly changing with advances in medicine, biology, engineering and other sciences. In addition, the progress of science has always opens up new possibilities in the treatment of wounds, especially apparent in the last decade with the acquisition of standardized kombinirovannyyh drugs.

For combination products, in particular, ointments having better pharmacological properties than its constituents drugs, antibiotic azithromycin taken Center and salicylic acid. As it is known, is an antibiotic azithromycin macrolide, and salicylic acid has anti-inflammatory and keratolytic actions.

УДК 621.3.049.77

А.А. АЗЕМБАЕВ, А.Р. ТУЛЕГЕНОВА, КУРМАНАЛИЕВА А.Р.
РГП «Научный центр противоинфекционных препаратов»

СОЗДАНИЕ ЧИСТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НАУЧНОГО ЦЕНТРА

Резюме: чистые помещения обеспечивают стерильность и качество в производстве инъекционных лекарств.

Ключевые слова: стандарты GMP; классы чистоты; перепады давления; воздухоподготовка; фильтры HEPA; воздушный шлюз; контаминация

Чистые помещения — одно из важнейших научных достижений человечества — это инновационное техническое помещение, в котором концентрация частиц загрязняющих веществ поддерживается в определенных пределах в соответствии с требованиями стандартов производства различных продуктов. Это помещение, в котором контролируется счетная концентрация аэрозольных частиц, построенное и используемое так, чтобы свести к минимуму поступление, генерацию и накопление частиц внутри помещения, и позволяющее, при этом, контролировать другие параметры, такие как температура, влажность и давление.

Впервые о необходимости создания чистых помещений задумались хирурги в XIX веке. В 1860-е годы Лорд Листер добился значительного снижения инфекционных осложнений в своей операционной в Королевской больнице г. Глазго благодаря применению антисептического раствора (карболовой кислоты), убивающего бактерии. Этим раствором он обрабатывал инструменты, руки хирурга и хирургический разрез, и пытался предотвратить аэрозольное распространение инфекции путем распыления этого раствора в воздухе.

Разработка первых чистых помещений для промышленного производства началась во время второй мировой войны, и это, в основном, было обусловлено попытками повышения качества и надежности узлов и деталей различных видов вооружения, танков и самолетов.

Открытие процессов ядерного расщепления, а также исследования в области разработки биологического и химического оружия, проводимые в период Второй мировой войны с 1939 по 1945 гг., стимулировали производство высокоэффективных воздушных фильтров HEPA (High Efficiency Particulate Air), необходимых для очистки воздуха от опасных микробиологических или радиоактивных аэрозольных загрязнений.

Чистые помещения с большими объемами хорошо очищенного воздуха, подаваемого через потолочные воздухораспределители, начали строить в период с 1955 г. до начала 1960-х годов. Кондиционированный воздух фильтровался «абсолютными» фильтрами, способными задерживать 99,95% частиц размером 0,3 мкм; в помещении поддерживалось избыточное давление.

Правила GMP ЕС носят рекомендательный характер и не содержат технических требований к чистым помещениям. Не существует единого руководящего документа по проектированию и эксплуатации фармацевтической чистой зоны. Однако отраслевой стандарт «Надлежащая производственная практика» (GMP, Good Manufacturing

Practice), версии которого приняты во всех странах мира - GMP FDA, GMP ЕС, GMP Всемирной организации здравоохранения и др., использует методологию чистых помещений, изложенную в серии международных стандартов ИСО 14644. Принципы GMP и стандарты ИСО 14644 лежат в основе подготовки четкой и функциональной спецификации на все этапы производства фармацевтической продукции, отвечающей требованиям контролирующих органов.

Международные эксперты внесли значительные изменения в стандарты серии ИСО 14644, связанные с чистотой воздуха по аэрозольным частицам.

Новая FDIS-версия ИСО 14644-1 определяет 9 классов чистоты, в каждом из которых задана максимально допустимая концентрация в зависимости от размера частиц для каждого класса

В области технологии чистых помещений международная стандартизация ведется двумя органами:

- на европейском уровне — **CEN**;
- на общемировом уровне — **ISO**.

ISO (Международная организация по стандартизации) и CEN (Европейский комитет по стандартизации) — основные координаторы международной технической стандартизации

Согласно соглашения, вступившего в силу в 1991 году, существуют процедуры взаимного признания стандартов, разработанных в любой из этих двух организаций.

GMP ВОЗ «чистые» зоны для производства стерильной продукции классифицирует в соответствии с требуемыми характеристиками воздуха на классы чистоты А, В, С и D

Класс А. Локальные зоны для технологических операций требующих самого минимального риска контаминации, например зоны наполнения, укупорки, вскрытия ампул и флаконов в открытом состоянии, проводится смешивания в асептических условиях.

Класс В. Окружающая среда для зоны А в случае приготовления и наполнения в асептических условиях.

Классы С и D. чистые зоны для выполнения менее ответственных стадий производства стерильной продукции.

Чистое помещение, в Научном центре Противоинфекционных препаратов смонтировано по требованиям международных стандартов.

На входе в чистое помещение имеется воздушный шлюз, обеспечивающий доступ в помещение согласно действующим правилам.

Воздушный шлюз является небольшой камерой с двумя дверьми, в которую через два HEPA-фильтра подается кондиционированный воздух.



Рисунок 1 – Шлюзовая камера

На рисунке 1 показана шлюзовая камера, через которую проходит персонал в «чистую» зону. Двери воздушного шлюза не отрываются в разные стороны одновременно, так как предусмотрена система блокировки, которая предотвращает проникновение микроорганизмов и загрязняющих частиц из одного помещения в другое.

Оборудования чистого помещения и все системы (в том числе установки обработки воздуха, воздуховоды, канальное оборудование) имеют возможность чистки, замены и сервисного обслуживания.

В помещениях, в которых необходима высокая степень стерильности, используется трехступенчатая фильтрация:

- Фильтр первой ступени. Для содержания в чистоте установки обработки воздуха, располагается во входной секции установки (Класс F4-F5).
- Фильтр второй ступени. Применяется в качестве конечного элемента для содержания в чистоте воздуховода. (Класс F7-F9).
- Фильтр третьей ступени. Ставится на входе в чистое помещение для обеспечения гигиенических условий. (Класс H13-H14).

В помещениях с отрицательным перепадом давления воздух откачивается через обратный HEPA-фильтр,

создавая отрицательное давление внутри (что предотвращает выход загрязнений из помещения), в то время как через вентиляционные и другие проемы поступает воздух снаружи. Давление воздуха, поступающего в помещение, предотвращает выход из него загрязнений.

Гигиеническая установка обработки воздуха с одной стороны предотвращает проникновение микроорганизмов и загрязняющих частиц в помещение, с другой стороны, исключает образование и накопление посторонних веществ.

Система вентиляции поддерживает положительный перепад давления по отношению к окружающим зонам более низкого класса и соответствующий поток воздуха при всех условиях функционирования, а также эффективное обтекание воздухом контролируемой зоны. Помещения различных классов имеют перепад давления 10 - 15 Па (рекомендуемый диапазон).

Согласно таблице 1, чистые помещения и чистые зоны подразделяются в зависимости от максимально допустимой счетной концентрации аэрозольных частиц в единице объема воздуха, размером от 0,1 до 5,0 мкм.

Таблица 1 - Максимально допустимое число частиц в 1 м³ воздуха

Зона	в оснащённом состоянии		в эксплуатируемом состоянии	
	0,5 мкм	5,0 мкм	0,5 мкм	5,0 мкм
A	3 520	20	3 520	20
B	3 520	29	352 000	2 900
C	352 000	2 900	3 520 000	29 000
D	3 520 000	29 000	Не регламентируется	Не регламентируется

Допустимое число частиц в 1 м³ воздуха чистого помещения в оснащённом состоянии должно достигаться после короткого периода санитарной уборки в течение 15-20 минут (норма GMP EC) после завершения технологических операций при отсутствии персонала.

Все ингредиенты, входящие в состав стерильных лекарственных средств регулярно подвергаются проверке на стерильность или микробную

контаминацию. Допустимое количество микроорганизмов указываются в стандартах предприятия на каждый вид сырья.

Воздух в помещениях - потенциальный источник загрязнения лекарств, поэтому уровень его чистоты является одним из главных вопросов технологической гигиены и определяет класс чистоты помещения.

Еще одним из основных источников загрязнения является сам персонал. Поэтому в чистых помещениях во время работы должно находиться минимальное количество рабочих, предусмотренное соответствующими инструкциями. Как известно, среднее количество микроорганизмов, выделяемых человеком за 1 мин. достигает 1500-3000. Защита лекарств от загрязнений, источником которых служит человек, является одной из основных проблем и решается благодаря личной гигиене сотрудников и использованию технологической одежды.

В Научном центре чистое помещение опытного производства расположено в изолированной части производства. Конструкторское решение принято с учетом коммуникационных путей, чистоты подаваемого воздуха по специальной воздухоподготовительной системе.

Удобство чистого помещения в опытном производстве Научного центра также заключается в том, что по ходу производства можно выяснять любые детали процессов по внутреннему телефону, не покидая чистое помещение. Телефон встроен в стену, легким нажатием кнопок набирается нужный номер не только внутреннего АТС, но и любой городской телефон. Через микрофон телефона можно говорить, находясь в любой точке внутри помещения. Однако использование телефона считается исключением, так как все действия на производственном рабочем месте строго регламентированы по Стандартным Операционным Процедурам (СОП). Все действия сотрудников в чистом помещении может наблюдать и контролировать руководитель через специальное окно в стене и только в крайнем случае использовать внутренний телефон.



Рисунок 2 – Смотровое наружное окно и шлюз для передачи материалов в чистое помещение

Как видно на рисунке 2, большое окно расположенное рядом со шлюзом для передачи вспомогательного материала из помещения классов разной чистоты позволяет наблюдать за работой персонала, а также проследить передвижение вспомогательного материала из одного класса чистоты в другой.

Шлюз для передачи материалов имеет систему «ниппель»: при открытии дверца одной стороны, автоматический блокируется дверца с другой стороны. При закрытии дверца снаружи, проводится обработка ультрафиолетом поставляемого материала в самом шлюзе. Кроме того, большую роль играет и перепад давления между помещениями разных классов чистоты. Таким образом, материал поступающий с помещения одного класса в другой, проходит обработку на бак. чистоту.

Одним из уязвимых мест является электроснабжение. Уже на этапе проектирования планируются типы, виды, количество и

месторасположение электрооборудования. Кроме того, обязательно нужен автономный аварийный источник питания, обеспечивающий подачу 100% установленной мощности.

Вентиляционное оборудование обеспечивает заданный проектным решением коэффициент воздухообмена в помещении, надлежащий класс чистоты воздуха, его влажность и температуру.

При создании проектного решения для чистых помещений обычно применяется система рециркуляции воздуха с постоянным забором свежего воздуха в объемах от 15% до 50% с целью экономии ресурса фильтрующих элементов и сокращения теплотерь, как при нагревании внешнего воздуха, так и при охлаждении. Конструкция рециркуляционной системы использует обычно пространство двойного потолка (рисунок 3) - пространство между потолками или двойной стены - пространство между стенами либо комбинацию таковых.



Рисунок 3 – Вентиляционная камера в пространстве «двойного потолка»

Наличие «двойного потолка» позволяет инженерам Научного центра контролировать инфраструктуру воздухоподготовки в свободном доступе.

Система воздухоподготовки - это создание определенных параметров воздуха в помещениях. Поддержание избыточного давления в чистых помещениях необходимо для защиты помещения от нежелательных загрязнений, предотвращения перекрестного загрязнения между зонами, поддержания требуемых значений температуры и влажности.

Разность температур приточного и внутреннего воздуха также оказывает влияние на воздухоподачу системы.

Влажность в каждой зоне чистого помещения контролируется зональным регулятором влажности.

Работающее оборудование может являться источником шума. На передачу вибрации влияют размеры и масса

оборудования. Слоистые («вафельные») бетонные плиты, расположенные под оборудованием в чистых помещениях, хорошо предотвращают передачу вибрации от работающего оборудования на другие производственные зоны и метрологические приборы.

Выводы:

1. Чистое помещение создает условие для предотвращения проникновения микроорганизмов и загрязняющих частиц из одного помещения в другое и тем самым повышает качество производимой продукции.

2. Чистое помещение должно быть удобным в работе для персонала, который выполнял бы все свои обязанности без нарушения норм чистоты класса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ISO 14644-1:1999 "Cleanroom and associated controlled environments — Part 1: Classification of air cleanliness"
- 2 VDI 2083 Part 5.1 (Sep. 2007) "Cleanroom technology - Cleanroom operation" (VDI-Society Civil Engineering & Building Services)
- 3 ГОСТ ИСО 14644-1-2002 «Чистые помещения и связанные с ними контролируемые среды. Часть 1. Классификация чистоты воздуха».
- 4 ГОСТ 28471-90 01.07.91 Продукция микробиологическая. Упаковка, маркировка, транспортирование и хранение.
- 5 Журнал «Чистые помещения и технологические среды». – 2012г. - №2.
- 6 Б.В.Баркалов, Е.Е.Карпис. Кондиционирование воздуха в промышленных, общественных и жилых зданиях. М.: Стройиздат, 1982. – 312 с.
- 7 В.Н.Богословский, О.Я.Кокорин, Л.В.Петров. Кондиционирование воздуха и холодоснабжение. – М.: Стройиздат, 1985. - 367 с.
- 8 ГОСТ 10581 – 91 Межгосударственный стандарт.

Ә.А. АЗЕМБАЕВ, А.Р. ТУЛЕГЕНОВА, А.Р. КУРМАНАЛИЕВА

РМҚ «Инфекцияға қарсы препараттар Ғылыми орталығы»

ҒЫЛЫМИ ОРТАЛЫҚТЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІ ӨНДІРІСТІГІҢ ҮЛГІСІ БОЙЫНША ТАЗА БӨТМЕЛЕРДІ ҚҰРУ

Түйіндемe: таза бөлмелер дәрі-дәрмектердің таза және зарасыздырылған сапасы жоғары болып шығуын қамтамасыз етеді.

Кілт сөздер: GMP стандарттары; тазалықтың таптары; қысым алмасуы; ауа тыныстығы; HEPA сүзгілер; ауа шлюз; контаминация.

A.A. AZEMBAYEV, A.R. TULEGENOVA, A.R. KURMANALIYEVA

RSE "Scientific Centre for Anti-infectious Drugs"

CREATION OF PURE FACILITIES ON AN EXAMPLE OF PILOT PRODUCTION OF SCIENTIFIC CENTRE

Resume:

A clean room (or cleanroom) is an enclosed space in which airborne particulates, contaminants, and pollutants are kept within strict limits. In industry, clean rooms are used in the manufacture and servicing of hardware such as integrated circuits. In biotechnology and medicine, clean rooms are used when it is necessary to ensure an environment free of bacteria, viruses, or other pathogens. In addition, the temperature and humidity may be controlled.

Clean room specifications for particulate matter (such as dust) are defined according to the maximum allowable particle diameter, and also according to the maximum allowable number of particles per unit volume (usually cubic meters). For non-particulate contaminants, the maximum allowable density in terms of microbes per cubic meter, or molecule's per cubic meter, is specified. Four fundamental rules apply to clean rooms. First, contaminants must not be introduced into the controlled environment from the outside. Second, the apparatus within the controlled environment must not generate or otherwise give rise to contaminants (for example as a result of friction, chemical reactions, or biological processes). Third, contaminants must not be allowed to accumulate in the controlled environment. Fourth, existing contaminants must be eliminated to the greatest extent possible, and as rapidly as possible.

For the first time the question of the clean room necessity was raised in the 19th century.

In 1860 Lord Lister achieved a significant reduction in infectious complications in its operational at the Royal Hospital in Glasgow by the use of an antiseptic solution (carbolic acid) that kills bacteria. This solution it processed tools hand surgeon and the surgical incision, and tried to prevent the spread of infection by aerosol spraying of the solution in air.

Development of the first clean room for the industrial production began during the Second World War, and it was mainly due to the efforts to improve.

Keywords: standards GMP; classes of cleanliness; pressure differences; air handling; filters NERA; an air sluice; contamination

УДК 615. 07 (075).

А.А.АЗЕМБАЕВ, А.Р.КУРМАНАЛИЕВА

РГП «Научный центр противомикробных препаратов»

ОСОБЕННОСТИ ВАЛИДАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРОИЗВОДСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Резюме: процессы валидации обеспечивают подтверждение доказательства пригодности качества лекарственного препарата.

Ключевые слова: GMP, гарантия качества, производство, СОП, стандарты предприятия, валидационный мастер-план, протокол валидации

Одним из важных критериев внедрения стандартов GMP и его дальнейшего соблюдения является процесс валидации, описывающий точки критического оборудования и критических процессов.

Валидация - раздел правил GMP, касающийся надежности условий производства и их способности приводить к ожидаемым результатам по показателям качества продукции.

Исследования по изучению рекомендаций отечественных стандартов, ВОЗ, ICH, FDA, EMEA по валидации в производстве лекарственных средств выявили отсутствие единого системного подхода к оформлению валидационных документов и позволили сформулировать принципы эффективного подхода к валидации в производстве лекарственных средств.

Валидация - акт доказательства и документирования того, что процедура осуществляется эффективно. Валидация процессов - это средство обеспечения и предоставления документированного свидетельства того, что процессы способны постоянно приводить к получению готового лекарственного препарата требуемого качества.

Отечественные и международные нормативные документы и публикации дают общие подходы к проведению валидации и документированию ее этапов, не давая разъяснений по частным случаям на фармацевтическом производстве. В отечественных и зарубежных источниках требования к валидации изложены в ряде материалов, которые носят рекомендательный характер, мало затрагивающий конкретные примеры реального фармацевтического производства.

Фармацевтические организации при проведении валидации используют собственные протоколы и отчеты, составленные в свободной форме и не всегда отвечающие предъявляемым к этим документам требованиям. В связи с чем необходимо разработать собственные стандарты предприятия к проведению валидации аналитических методик, технологических процессов, квалификации оборудования, методов очистки и т.п. при организации фармацевтического производства и грамотном документировании основных этапов валидации.

Результаты валидации могут поднять степень гарантии качества, либо указать на необходимость совершенствования условий производства.

В связи с этим актуально интегрирование основных валидационных документов: плана валидации, валидационных протоколов и отчета о проведении валидации, что позволит пользователям упростить предлагаемые заполняемые формы на различных этапах валидации, что существенно ускорит сам процесс составления полного пакета документов по валидации, а

также даст возможность стандартизовать разные валидационные формы.

Особенностью в данном случае является то, что рассматриваемое производство является опытным. Такого научного предприятия, занимающегося синтезом на основе химических изысканий новых лекарственных препаратов и имеющего в составе опытное производство не имеет аналогов в Казахстане и ближнем зарубежье. Процесс подготовки производства к сертификации по требованиям стандартов GMP, является очень непростым делом и занимает много времени в разработке и подготовке документов. И в этом контексте, процесс валидации является обязательным требованием при производстве лекарственных средств, которое проводится для критического оборудования и критических процессов. Для выполнения данной задачи на производстве должен быть организован отдел обеспечения качества, в состав которого, желательно, включают инженеров по валидации.

Созданный отдел обеспечения качества опытного производства Научного центра столкнулся с тем, что в Республике нет единого центра, который бы консультировал специалистов производства и помогал бы с самого начала процесса подготовки документов по внедрению стандартов GMP и доведению до «ключа», т.е. до получения сертификата GMP. Все проводимые семинары и лекционные материалы в Республике Казахстан проводятся приезжими специалистами на коммерческой основе, что может быть обременительной для производителей среднего масштаба. Носят они не системный характер, все зависит от времени приезда и возможности лектора из России или Украины.

Каждое предприятие определяет методику проведения валидации, исходя из специфики производства, все понимают, что валидация является важной частью системы обеспечения и контроля качества. Проведение процедур валидации производства лекарственных препаратов предполагает, что тщательным образом продуманы и отработаны все процессы и процедуры, где охвачены все критические точки производственного процесса, от разработки до производства в опытном и промышленном масштабе.

В опытном производстве научного центра все виды валидации -перспективная, сопутствующая, ретроспективная и повторная проводятся в порядке и сроках, установленные предприятием в плане о проведении валидации.

Как известно из требований стандартов GMP валидации подлежат:

- технологические процессы;
- аналитические методы;
- процессы очистки оборудования, коммуникаций и др.;

- процессы санитарной обработки помещений и др.;
- технологическое и лабораторное оборудование;
- инженерные системы, непосредственно влияющие на качество полупродукта и готового продукта (обеспечение чистым воздухом, водой, паром, инертным газом, сжатым воздухом и др.);
- "чистые" помещения и зоны, "холодные" комнаты и др.;
- результаты валидации оформляются отчетом о проведении валидации. Отчет оформляется отдельно для каждого конкретного вида продукта.

Валидации не подлежат:

- оборудование, не влияющее на качество полупродукта и/или готового продукта;
- инженерные системы, непосредственно не влияющие на качество продукта, но обеспечивающие устойчивость процесса производства (системы энергообеспечения, паро- и водоснабжения и др.);
- общие конструктивные элементы зданий и помещений;
- вспомогательные компьютерные системы, непосредственно не связанные с процессом производства.

В опытном производстве научного центра вся валидация начинается согласно Стандартной Операционной Процедуры (СОП) - *валидационный мастер-план - Validation master plan*, где отражаются необходимые моменты, проводимые при валидации. При его составлении был принят во внимание целый комплекс гармонизированных методических материалов, и данный СОП можно рассматривать как образец для дальнейшей работы в аналогичных предприятиях.

Целью валидационного плана является определение объема, порядка и сроков проведения мероприятий по оценке монтажа и работоспособности основного технологического и вспомогательного оборудования, оценке условий и параметров технологических процессов, оценке методов анализов и получение документального подтверждения того, что оборудование, процессы и методики анализов, применяемые при производстве лекарственного средства в РГП «Научный Центр Противоионфекционных Препаратов» соответствуют своему назначению, приводят к получению надежных и воспроизводимых результатов.

Валидация требует детальной подготовки и планирования различных этапов и стадий. Кроме того, вся работа должна выполняться в определенной последовательности в соответствии с действующими нормативными и технической документацией.

Отличительной особенностью работы по валидации является участие специалистов разных подразделений предприятия и, при необходимости, сторонних организаций или экспертов.

Для планирования валидации используется следующая документация:

- проектная документация, разработанная в установленном порядке;
- приемно-сдаточная документация, подтверждающая завершение строительно-монтажных и пусконаладочных работ;
- Регламенты, фармакопейные статьи, стандартные операционные процедуры, производственные инструкции, спецификации и сертификаты соответствия

(оборудование, сырье, материалы, конструкции, средства измерений и др.);

- Обязательным элементом планирования является разработка форм валидационных протоколов, отчетов, методик.

Валидация проводится в два этапа: квалификация помещения и оборудования, а также валидация процессов.

Квалификация (Qualification) – это начальный этап валидации, который проводится для проверки и оценки проектной документации и условий производства (оборудование, инженерные системы, помещения и др.) на соответствие требованиям нормативной и технической документации.

Валидация процессов (Process Validation - PV) -это завершающий этап валидации, который проводится отдельно по каждому процессу с использованием образцов не менее трех серий реального продукта.

В опытном производстве Научного Центра, проведение валидационных процессов завершается составлением *протокола валидации -validation protocol*, где отражаются:

- цель и вид валидации.
- идентификация валидаторов (ФИО, должность, подпись, дата);
- валидируемые серии препарата, согласно промышленного регламента
- критические параметры процесса относительно качественных признаков продукта
- выборка при внутрипроизводственном контроле, согласно утвержденного плана
- критерии приемлемости ОКК
- перечень оборудования и материалов
- перечень технических документаций (регламенты, фармстатьи, проектная документация, инструкции, спецификации, сертификаты, паспорта и др.).
- перечень методик проведения испытаний (измерений, отбора проб и др.) и критериев оценки результатов.
- математические расчеты и статистические анализы
- сведения средств измерений (приборы, датчики, весы и др.), установленных в оборудовании, инженерных системах, помещениях и др. и используемые при проведении валидации/ квалификации.
- валидационные протоколы всех стадий квалификации (DQ,IQ,OQ,PQ) и валидации процессов (PV), или ссылка на них с указанием места хранения.
- протоколы (отчеты и др.) с данными и результатами испытаний, отбора проб и т.п.

На каждой странице валидационного протокола приводится краткая информация (название предприятия, наименование протокола, этап/вид/стадия, код, страница)

Выводы:

1. Правильно оформленные валидационные документы - один из важных элементов стандартов GMP
2. Валидационные документы должно быть последовательными и реально применительны к данному производству с учетом специфики предприятия.
3. Правильность оформления валидационных документов дает высокую степень уверенности в том, что конкретный технологический процесс и аналитическая методика приводят к результатам, отвечающим заранее

установленным критериям качества лекарственных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Надлежащая производственная практика лекарственных средств. – Киев, "Морион": 1999.
- 2 Нормирование фармацевтического производства. Обеспечение качества продукции. - Москва, "Ремедиум": 2001г. – 524с.
- 3 Беляев В.В. Валидация в производстве и контроле качества лекарственных средств // Тезисы докладов межвузовской научной конференции студентов и молодых ученых «Фармация в XXI веке: Эстафета поколений». – С-Пб.: 2009 – С. 146.
- 4 Люлина Н.В. Рекомендации по проведению валидации на предприятии. / Производство лекарств по GMP: сб. статей. – М.: Изд. дом «Медицинский бизнес», 2005. – С. 16-19.
- 5 Мешковский А.П. Валидация аналитических методов' // Современные требования к организации и деятельности контрольно-аналитических лабораторий отделов контроля качества фармацевтических предприятий. – М., 2002. – С. 26-30.
- 6 Носырев П., Носырева М., Рассказова Т., Корнеева Н. Практикум по GMP. Валидация аналитических методик: теория. ОАО "Ай Си Эн Лексредства".
- 7 А.А.Азембаев, З.Н. Демидова. Проведение валидационных процессов в производстве лекарственных средств по стандартам GMP. Методические рекомендации, Алматы 2013г.

АЗЕМБАЕВ А.А., КУРМАНАЛИЕВА А.Р.

РМК «Инфекцияға Қарсы препараттар Ғылыми орталығы»

Дәрі-дәрмектерді Өндіру барысында валидациялық үдерістің өзгешеліктері

Түйіндеме: валидации үдерістері дәрілік препараты сапасының жарамдығының айғағының растамасын қамсыздандырады.

Түйінді сөздер: GMP; сапаның кепілдемесі; өндіріс; СОП; кәсіпорынның қалыптары; валидационный шебер-жоспар; валидации хаттамасы .

A.A.AZEMBAYEV, A.R.KURMANALIYEVA

RGP the "Scientific center of antiinfectious preparations"

FEATURES OF VALIDATION PROCESSES IN DRUGS MANUFACTURING

Resume: The purpose of this work is to present an introduction and general overview on process validation of pharmaceutical manufacturing process especially tablet manufacturing process. Quality is always an imperative prerequisite when we consider any product. Therefore, drugs must be manufactured to the highest quality levels. End-product testing by itself does not guarantee the quality of the product. Quality assurance techniques must be used to build the quality into the product at every step and not just tested for at the end. In pharmaceutical industry, Process Validation performs this task to build the quality into the product because according to ISO 9000:2000, it had proven to be an important tool for quality management of pharmaceuticals. Process validation is defined as the collection and evaluation of data, from the process design stage throughout production, which establishes scientific evidence that a process is capable of consistently delivering quality products. Process validation is a requirement of current Good Manufacturing Practices (GMPs) for finished pharmaceuticals (21CFR 211) and of the GMP regulations for medical devices (21 CFR 820) and therefore applies to the manufacture of both drug products and medical devices. Process validation involves a series of activities taking place over the lifecycle of the product and process.¹⁰

From the study it can be stated that pharmaceutical Process Validation is the most important and recognized parameters of cGMP. The cGMP regulation require that manufacturing processes be designed and controlled to assure that in-process materials and finished product meet predetermined quality requirements and do so consistently and reliably. The product should be designed robustly enough to withstand variations in the manufacturing process and the manufacturing process should be capable and stable to assure continued safe products that perform adequately. Process validation involves a series of activities taking place over the lifecycle of the product and process.

Keywords: Process Validation, Qualification, Good Manufacturing Practices GMP

А.Р. ШОПАБАЕВА, Е.Н. ДЕМЧЕНКО

Казахский Национальный Медицинский Университет им.

С.Д. Асфендиярова

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ РЕКЛАМЫ В СТРАНАХ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА И ЕС

В статье представлен сравнительный анализ законодательного регулирования фармацевтической рекламы в странах Таможенного союза и ЕС.

Ключевые слова: фармацевтическая реклама, законодательное регулирование, Таможенный союз, ЕС

В настоящее время реклама помимо экономической роли выполняет коммуникационную и маркетинговую роль. Реклама (Р.) в целом, в том числе и фармацевтическая реклама, или реклама лекарственных средств (ЛС), - это уже не просто «двигатель торговли», это одно из важнейших средств маркетинговых коммуникаций, средств диалога между производителями и потребителями товаров или услуг. Она является одним из необходимых условий осуществления любого вида предпринимательской деятельности, затрагивает интересы не просто миллионов людей, а практически каждого человека в этом мире, ведь на протяжении жизни мы постоянно сталкиваемся с Р., и она становится частью нашей жизни. При этом немаловажен тот факт, что интересы участников рекламной деятельности: рекламодателей (РД) и потребителей рекламы, рекламной информации - не всегда совпадают, более того, они часто входят в противоречие. Вполне очевидно, что рекламодатель (РД) заинтересован в увеличении прибыли, путем увеличения сбыта рекламируемых товаров по максимально возможным ценам. Потребитель, которому адресуется реклама, наоборот, больше внимания уделяет свойствам и характеристикам товара и желает приобрести его по возможно более низкой цене. Это противоречие, хотя и довольно упрощенное, нередко перерастает в конфликт между участниками рекламных коммуникаций. Вероятность его возникновения повышается, если кто-либо из участников нарушает правила «честной игры» (например, использование в рекламе лживых утверждений, агрессивное навязывание продукта и т.д.). В этой связи возрастает значение правового регулирования отношений в сфере оказания рекламных услуг, и фармацевтической рекламы, в частности [1].

Целями законодательного регулирования в сфере рекламы, в целом, являются:

1. Обеспечение необходимых условий для производства, распространения, размещения и использования рекламы;
2. Предотвращение и пресечение ненадлежащей рекламы, то есть той рекламы, в которой допущены нарушения требований к содержанию, времени, месту и способу распространения;
3. Защита от недобросовестной конкуренции в области рекламы [2].

Таким образом, рекламное законодательство направлено на защиту интересов всех участников рекламного рынка.

Большинство стран мира считает фармацевтическую рекламу специфическим сектором рекламы на рынке и устанавливает для него особые требования, поскольку непродуманная, чрезмерная и агрессивная реклама негативно влияет на здоровье населения и даже может нести угрозу жизни людей, а от здоровья нации зависит процветание любого государства.

А также еще и потому, что, помимо прочего, ЛС, как рекламируемый продукт, имеет целый ряд особенностей:

- 1) потребитель рекламы часто не является потребителем продукции (многие ЛС отпускаются по рецепту и в данном случае промежуточным потребителем становится врач);
 - 2) рекламирование достоинств фирмы (престижная реклама) более важно на рынке ЛС, чем на многих других;
 - 3) в связи с характером продукции нередко путают рекламную информацию с научной (как реклама может распространять результаты исследований, так и — позитивные научные отчеты в авторитетных журналах могут стимулировать продажу продукции);
 - 4) врач - это лицо, которое принимает рациональное решение, потому эмоциональные призывы рекламы могут быть неприемлемыми для потребителя;
 - 5) количество читателей фармацевтической рекламы в значительной мере зависит от доступности и репутации журнала, в котором опубликована реклама: позитивное отношение к рекламе может быть следствием доверия к самому журналу;
 - 6) большие фирмы, которые рекламируют ЛС, должны доверять тем средствам массовой информации (СМИ), где реклама размещается;
 - 7) развитие рекламы ЛС, которые отпускаются по рецептам врача, связано с появлением значительного количества разных способов продвижения продукта на рынке;
 - 8) фармацевтическая реклама является уникальным явлением, потому что она дает информации, как о преимуществах, так и о недостатках препарата.
- В данной статье представлен обзор законодательного регулирования фармацевтической рекламы в странах Таможенного Союза и ЕС. В качестве примера страны-участницы ЕС, для освещения частных норм законодательства, выбрана Испания. Основные законодательные акты, регулирующие фармацевтическую рекламу в странах Таможенного Союза и ЕС, представлены в таблице 1 [2,3,4,5,6,7,8,9,10,12].

Таблица 1 - Основные законодательные акты, регулирующие фармацевтическую рекламу в странах Таможенного Союза и ЕС

Таможенный союз (ТС)	Республика Казахстан (РК)	Закон РК «О рекламе» от 19.12.2003 г. № 508-II
		Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г. № 193-IV
		Приказ МЗ РК «О некоторых вопросах выдачи разрешения на рекламу» от 18.11.2009 г. № 737
	Российская Федерация (РФ)	Федеральный закон "О рекламе" от 13.03.2006 г. N 38-ФЗ
		Федеральный закон «Об обращении ЛС» от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
	Республика Беларусь (РБ)	Закон РБ «О рекламе» от 10.05.2007 г. № 225-3 Закон РБ «О лекарственных средствах» от 20.07.2006 г. № 161-3
Европейский союз (ЕС)	Директива ЕС «О Кодексе Сообщества о ЛС для использования человеком» от 06.11.2001 г. № 2001/83/ЕС Раздел VIII "Реклама" статьи 86-100 (с изменениями, внесенными Директивой 2004/27/ЕС от 31.03.2004 года, пункты 61 до 71).	
	Директива ЕС «О координации некоторых положений, закрепленных в законах и правилах в государствах-членах, касающиеся предоставления аудиовизуальных медиа-услуг» от 3.10.1989 г. 89/552/ЕЕС (с изменениями, внесенными Директивой 2007 / 65/СЕ).	
	Директива ЕС «О вводящей в заблуждение и сравнительной рекламе» от 12.12.2006 г. 2006/114/ЕС	
	Директива ЕС «О услугах на внутреннем рынке» от 12.12.2006 г. 2006/123/ЕС	
Испания	Постановление Министерства здравоохранения от 10 декабря 1985 года, которое регулирует рекламные сообщения, касающиеся некоторых лекарств и медицинского оборудования Закон 14/1986 от 26 апреля «О здравоохранении»	
	Закон 34/1988 от 11 ноября «О рекламе»	
	Королевский указ 1416/1994 от 25 июня, который регулирует рекламу ЛС для человека	
	Закон 29/2006 от 26 июля «О гарантиях и рационального использования лекарственных средств и товаров медицинского назначения»	
	Королевский указ 1345/2007 от 11 октября, регулирующий процедуру авторизации, регистрации и условиях поставки ЛС, используемых для человека, изготовленных промышленным способом	
	Королевский указ 109/2010 от 5 февраля, вносящий изменения в законы, касающиеся здравоохранения	

Обратимся к тому, что же представляет собой фармацевтическая реклама в соответствии с законодательством стран Таможенного Союза и ЕС (таблица2) [2,4,5,8,10,12].

Таблица 2 - Определения рекламы

Таможенный союз				Европейский Союз	Испания
РК		РФ	РБ		
Закон РК «О рекламе» от 19.12.2003 г. № 508-II	Приказ МЗ РК «О некоторых вопросах выдачи разрешения на рекламу» от 18.11.2009 г. № 737	Федеральный закон "О рекламе" от 13.03.2006 г. N 38-ФЗ	Закон РБ «О рекламе» от 10.05.2007 г. № 225-3	Директива ЕС «О Кодексе Сообщества о ЛС для использования человеком» от 06.11.2001 г. № 2001/83/ЕС	Королевский указ 1416/1994 от 25 июня, который регулирует рекламу ЛС для человека
Определения рекламы					
Реклама - распространяемая и размещаемая в любой форме, с помощью любых средств	Реклама ЛС, ИМН и МТ - отдельные сведения или совокупность сведений о ЛС, ИМН и МТ, распространя	Реклама - информация, распространенная любым способом, в любой форме и с использованием любых	Реклама - информация об объекте рекламирования, распространяемая в любой форме с помощью любых средств, предназначенная	Реклама ЛС - любой вид прямого предоставления информации, опрос населения, побуждение к применению лекарственных средств, отпускаемых по рецептам, поставки, их реализация либо их потребление,	Реклама любая форма предоставления информации о ЛС, агитационная деятельность или побуждение, преследующие целью содействие

<p>информация, предназначенная для неопределенного круга лиц и призванная формировать или поддерживать интерес к физическому или юридическому лицу, товарам, товарным знакам, работам, услугам и способствовать их реализации (гл.1, ст.3, п.1)</p>	<p>емые и размещаемые в любой форме, способствующие их продвижению и реализации (прил.2, п.3)</p>	<p>средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и его продвижение на рынке (гл.1, ст. 3, п. 1)</p>	<p>для неопределенного круга лиц (потребителей рекламы), направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и (или) его продвижение на рынке (ст.2)</p>	<p>включая: - рекламирование ЛС населению; -рекламирование ЛС лицам, имеющим право на их назначение либо их реализацию; -посещение представителями реализующих ЛС организаций лиц, имеющих право назначения ЛС; - поставку образцов; - направление рекламных листовок, призывающих к поставкам ЛС в качестве подарков, предложений о продаже со скидкой в денежном либо натуральном выражении, за исключением тех, стоимость которых невелика сама по себе; - спонсорство либо рекламные совещания с присутствием лиц, уполномоченных назначать либо поставлять ЛС; - спонсорство научных конференций с участием лиц, которым предоставлено право назначения, либо поставки ЛС, включая, в первую очередь, оплату транспортных расходов и расходов по проживанию, связанных с целью проведения указанных конференций (разд.8, ст. 86)</p>	<p>выписыванию, поставке, продаже или потреблению ЛС, включая: - рекламу ЛС для населения; - рекламу ЛС лицам, уполномоченные назначать или поставлять их - деятельность медицинских представителей - предоставление бесплатных образцов - спонсорство либо рекламные совещания с присутствием лиц, уполномоченных назначать либо поставлять ЛС; - спонсорство научных конференций с участием лиц, которым предоставлено право назначения, либо поставки ЛС г) стимулы для назначения или поставки ЛС, кроме случаев, когда их ценность минимальна.</p>
---	---	---	--	--	--

Как видно из таблицы 2, в странах ТС под фармацевтической рекламой подразумевается информирование потребителей с целью продвижения и реализации ЛС, ИМН, МТ, БАДов, то есть прямая реклама, в странах ЕС, как на уровне законодательства Сообщества, так и на уровне национального законодательства, – это не только прямая реклама, но и деятельность медицинских представителей, поставка образцов и спонсорство, то есть продвижение ЛС, ИМН, МТ, БАДов в целом.

Реклама является родоначальницей всех маркетинговых коммуникаций, которые появились в результате эволюции рекламной деятельности в политику продвижения товаров и услуг, поэтому закономерным является необходимость подобной эволюции законодательного регулирования, которое прослеживается в нормах европейского законодательства и является возможным путем совершенствования и развития законодательства стран Таможенного Союза, в том числе и Республики Казахстан.

Все требования, предъявляемые к фармацевтической рекламе, можно разделить на общие (предъявляемые к рекламе в целом, действительные для всех видов

товаров и услуг) и специальные (предъявляемые к рекламе фармацевтической продукции).

Общие требования к фармацевтической рекламе включают следующее:

- требование к достоверности рекламы и
- следующие запреты:
- на рекламу нелегитимной продукции (в случае фармацевтической рекламы - незарегистрированных в Государственном реестре ЛС);
- рекламу без разрешения экспертного органа и
- ненадлежащую рекламу.

Соблюдение этих требований является обязательным в соответствии с законодательством, как стран Таможенного Союза, так и стран ЕС, в том числе, и Испании.

Среди общих требований можно выделить следующие особенности европейского законодательства:

- реклама должна способствовать рациональному применению ЛС,
- быть социально ответственной и
- информация, содержащаяся в ней должна быть достаточной для того, чтобы специалист мог составить мнение о терапевтической ценности ЛС.

Введение норм, касающихся рационального применения ЛС в законодательство о рекламе ЛС является важным шагом в обеспечении прав населения, как потребителей, пациентов.

Специальные требования к фармацевтической рекламе включают:

- соответствие рекламного сообщения утвержденным инструкции по применению или эксплуатационным документам,
- разделение фармацевтической рекламы (на рекламу для специалистов (врачей, фармацевтов) и для потребителей фармацевтической продукции с

соответствующими ограничениями в размещении рекламных материалов) и

- запреты в сфере фармацевтической рекламы - специфичные, исторически сложившиеся для каждого государства – такие, как запрет на наружную рекламу и рекламу на транспорте, использование образа врача, фармацевта, детей, обращение к несовершеннолетним, мотивов страха и запугивания и т.д. [2,3,4,5,8,10,12].
- Требования к содержанию рекламы, как одно из специальных требований введены в законодательстве одной из стран ТС - РБ и в странах ЕС, в том числе и Испании (таблица 3) [8,10].

Таблица 3 - Требования к содержанию фармацевтической рекламы

Таможенный союз Республика Беларусь (РБ)	Европейский Союз
Закон РБ «О рекламе» от 10.05.2007 № 225-3	Директива ЕС «О Кодексе Сообщества о ЛС для использования человеком» от 06.11.2001 г. № 2001/83/ЕС
Требования к содержанию рекламы	
Р. ЛС, БАД должна содержать: - наименование ЛС, БАДа; - наименование производителя ЛС, БАДа; информацию о том, что рекламируемый товар – ЛС или БАД; - информацию о необходимости ознакомления с инструкцией по применению ЛС или БАДа и консультации с врачом перед применением ЛС; - регистрационный номер и дату государственной регистрации ЛС или номер и срок действия удостоверения о государственной гигиенической регистрации БАДа (ст.15, п.3,4)	Все рекламные объявления населению о ЛС должны: 1) формулироваться таким образом, чтобы было ясно, что указанное послание есть не что иное, как рекламное объявление, а сам продукт является не чем иным, как ЛС; 2) включать следующую информацию: - наименование ЛС, а также его общепринятое наименование, если оно содержит только одну активную субстанцию; - информацию, необходимую для правильного применения ЛС; - четко выраженную и удобочитаемую рекомендацию, содержащуюся в приложении к упаковке ЛС либо на его вторичной упаковке (разд.8а, ст.89,п.1) - даты их составления и последнего пересмотра (разд.8а, ст.92,п.1) Любое рекламное объявление о ЛС, направленное лицам, которые обладают правом назначения либо реализации указанных ЛС, должно содержать: - самую необходимую информацию, соответствующую справке о свойствах ЛС; - иметь приложение о классификации ЛС. - в некоторых случаях информацию о цене (разд.8а,ст.91, п.1)

Также среди специальных требований к фармацевтической рекламе можно выделить требования к фармацевтическим представителям и поведению медицинских работников, заложенные в Директиве ЕС «О Кодексе Сообщества о ЛС для использования человеком» от 06.11.2001 г.№ 2001/83/ЕС (разд. 8а, ст.93, 94) и Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ст.74) [7,10]. Интересны механизмы саморегулирования (Федеральный закон "О рекламе" от 13.03.2006 г. N 38-ФЗ) и контррекламы (Закон РБ «О рекламе» от 10.05.2007 г. № 225-3), заложенные в законодательстве РФ и РБ [5,8].

Таким образом, законодательство стран Таможенного Союза во многом схоже, хотя есть и различия, основное же его отличие от европейского законодательства заключается в том, что оно затрагивает в первую очередь прямую рекламу ЛС. Вне регулирования остаются разнообразные методы продвижения, направленные и на специалистов, и на население, хотя продвижение и в этом направлении есть. А также важным отличием является отсутствие в законодательстве обязательных, четко обозначенных требований к содержанию рекламы [11].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мнушко З.Н., Дихтярева Н.М. Менеджмент и маркетинг в фармации. Ч. 2: учебник для студентов вузов. – Харьков: Изд. НФаУ «Золотые страницы», 2008. – С. 360 – 371.
- 2 Закон РК «О рекламе» от 19.12.2003 г. № 508-II
- 3 Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г. № 193-IV
- 4 Приказ МЗ РК «О некоторых вопросах выдачи разрешения на рекламу» от 18.11.2009 г. № 737
- 5 Федеральный закон "О рекламе" от 13.03.2006 г. N 38-ФЗ
- 6 Федеральный закон «Об обращении ЛС» от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ
- 7 Директива ЕС «О Кодексе Сообщества о ЛС для использования человеком» от 06.11.2001 г. № 2001/83/ЕС
- 8 Закон РБ «О рекламе» от 10.05.2007 г. № 225-3
- 9 Закон РБ «О лекарственных средствах» от 20.07.2006 г. № 161-3
- 10 Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

- 11 Вольская Е.А. Аналитическая справка по нормативной базе в области рекламы лекарственных средств // Экономический вестник фармации. - 2005. - N 1. - С. 48 - 55.
- 12 Guia del sns para la publicidad de medicamentos de uso humano dirigida al public. - Direccion General de Farmacia y Productos Sanitarios Area de Informacion a Profesionales y Publicidad de Medicamentos Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad// Primera edicion. - April 2011. – С. 4-17.

А.Р. ШОПАБАЕВА, Е.Н. ДЕМЧЕНКО

КЕДЕН ОДАҒЫ ЖӘНЕ ЕО ЕЛДЕРІНІҢ ФАРМАЦЕВТИКА ЖАРНАМАСЫНЫҢ ЗАҢДЫҚ РЕТТЕУІ

Түйін: Мақалада Кеден Одағы және ЕО елдерінің фармацевтикалық жарнамасына заңдық реттеудегі салыстырмалы анализі жүргізілді.

Түйінді сөздер: фармацевтикалық жарнама, заңдық реттеу, Кеден Одағы, ЕС.

A.R. SHORABAYEVA, E.N. DEMCHENKO

LEGISLATIVE REGULATION OF PHARMACEUTICAL ADVERTISING IN THE CUSTOMS UNION AND EU

Resume: In the article is a comparative analysis of the legal regulation of pharmaceutical advertising in the countries of the Customs Union and the EU.

Keywords: pharmaceutical advertising, legal regulation, Customs Union, EU.

УДК 615.014.22-665.383.3:613.495

**У.С. АЛИМОВА, Р.Д. ДИЛЬБАРХАНОВ, У.М. ДАТХАЕВ,
Ш.С. БЕГАЛИЕВ, К.С. ЖАКИПБЕКОВ, Ф.М. БИТИМОВА**

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

К РАЗРАБОТКЕ КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА С ЙОДПОЛИМЕРОМ «РЕНЕССАНС»

Данная статья посвящена проблеме разработки косметического крема с йодполимером «Ренессанс» с применением жира конского. Для разработки состава косметического крема проводили выбор компонентов, обеспечивающих лечебно-косметологический эффект, безопасность по санитарно-гигиеническим показателям, технологические и реологические свойства крема, удобство и комфортность применения. Новым в разработке крема является то, что впервые в лечебно-косметических кремах используется жир конский и йодполимер. В результате разработан лечебно-косметический крем с мажеобразной консистенцией серого цвета с голубым оттенком, легко наносится на кожу, легко смывается водой. Доказана безопасность крема.

Ключевые слова: крем, косметика, йодполимер, жир конский

Одной из задач здравоохранения и медицинской науки является дальнейшее развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи населению. За последние годы среди различных видов специализированной медицинской помощи широкое развитие получила косметология. Потребность населения в косметологической помощи с каждым годом возрастает. Все это определило развитие косметологии как науки, изучающей причины, методы профилактики, лечение заболеваний и косметических недостатков кожи на основе современных достижений науки [1].

Необходимо отметить, что косметические средства принципиально не отличаются от лекарственных препаратов для наружного применения. Они аналогичны как по характеру используемых вспомогательных и биологически активных компонентов, так и технологии производства [2, 3].

Профилактический эффект косметических средств определяется комплексным действием биологически активных и вспомогательных веществ и в значительной степени зависит от свойств основы [4].

В связи с этим, действию на кожу вспомогательных веществ в составе косметических средств уделяют такое же внимание, как и активным добавкам, учитывается их комплексный эффект, во многом определяемый качеством и разнообразием используемого сырья и его свойствами.

Особое место в составе косметических средств отводят липидам. Дерматологическая ценность липидов состоит в том, что они способны заменить кожный жир при нарушенном салоотделении и тем самым поддерживают нормальный водный баланс кожи, защищают ее от вредных атмосферных воздействий и перепадов температуры. Растворяя отложившиеся секреты сальных и потовых желез, липиды, удерживают во взвешенном состоянии частицы пыли, что способствует их удалению [5].

Известно, что растительные масла увеличивают липолитическую активность кожи. Их использование целесообразно в составе препаратов, нормализующих жировой обмен кожи. Наиболее активными в этом отношении являются льняное, кукурузное, соевое, хлопковое, оливковое масла. Доказана выраженная

эстрагеновая активность рапсового, кукурузного, подсолнечного и некоторых других растительных масел. Наряду с ранее используемыми маслами в настоящее время широко применяются фисташковое, сафлоровое, масла авокадо и жожоба, масло пшеничных зародышей. Их отличительной способностью является достаточно высокая биологическая активность [6]. Наибольшей проникающей способностью обладают абрикосовое и касторовое масла.

Кроме растительных масел в косметической промышленности применяют жиры животного происхождения, особый интерес из которых представляют жиры норки, черепахи, сурка. Норковый жир, например, отличается стабильностью и выраженными фотозащитными свойствами и используется в разнообразных средствах для ухода за кожей лица, рук, тела, препаратов от загара и других.

В последние годы характерной особенностью развития косметического производства, особенно за рубежом, является поиск и применение новых эффективных видов активной субстанции.

В косметологии широко используют препараты, обладающие высокой биологической активностью.

Биологически активные вещества в небольших дозах оказывают благоприятный эффект и с успехом используются в косметических исследованиях для предупреждения и лечения косметических недостатков путем стимуляции метаболических процессов в коже, а также для защиты ее от вредных микробиологических и токсических факторов.

Используя биологически активные вещества в косметологии в небольших количествах, предупреждают и лечат косметические недостатки, а также оказывают профилактическое действие от вредных факторов, процессов старения и увядания кожи.

Кроме жирной основы, водной фазы и эмульгаторов, в кремы вводят консерванты, отдушки и биологически активные вещества.

Косметические кремы представляют собой эмульсии. Эмульсии имеют важное значение в дерматологическом отношении. Эмульсионные препараты обладают большей в отношении кожи смачивающей способностью, чем вода и жир и лучше обеспечивают контакт с липоидами кожи. В эмульгированном состоянии, соприкасаясь со сравнительно влажной поверхностью кожи, жиры не только не мешают нормальным функциям ее, но придают эмульсиям такие положительные свойства, как увеличение скорости всасывания в кожу и действия препарата как целого комплекса [7,8].

Исходя из вышеизложенного, нами разработан состав косметического крема с йодполимером «Ренессанс» следующего состава (на 100,0 г): препарата «Ренессанс» - 20,0 г; жира конского - 5,0 г, бентонит - 40,0 г, глицерин - 4,0 г, твина-80 - 1,0 г., лимонного масла - 1,0, остальное вода очищенная.

Йодполимер «Ренессанс» введен в состав крема в качестве активной субстанции и представляет собой йодно-полимерный комплекс и по своей природе относится к йодофорам, поскольку активная субстанция препарата является выполняющим роль матрицы, и образующей ассоциаты, из которых постепенно выделяется действующий агент - активная форма йода, что определяет бактерицидные свойства крема.

Жир конский впервые использован в разработке косметического крема. Кроме свойств липидов, в том

числе животного происхождения, изложенных выше, жир конский является перспективным источником полиненасыщенных жирных кислот, обладающие высокой биологической активностью. Как естественный компонент кожного жира данные кислоты в составе косметических средств оказывают положительное влияние на кожу - смягчают и придают коже приятную матовость, способствуют проникновению биологически активных добавок, предупреждают появление морщин, снимают воспалительные признаки при различных заболеваниях кожи. Ценным качеством липидов в целом, жира конского, в частности, является возможность депонирования йода в коже и медленное высвобождение его, что придает крему пролонгированное действие и проявления действия крема по мере необходимости, что определяет программу лечебного действия крема. Жир конский увеличивает устойчивость к высыханию и придает крему эластичность, гибкость и смягчающее свойство.

Включение жира конского в основу определяет гетерогенность крема, то есть образование эмульсии типа масла в воде и необходимо введение эмульгатора. В исследованиях Сало Д.П. с соавт. (1969) доказана эмульгирующая способность бентонитовых глин, однако, такие эмульсии остаются стабильными в течение одного месяца хранения, а затем расслаиваются [9], поэтому с целью увеличения коллоидной устойчивости эмульсии мы вводили в состав крема твин-80.

Бентонитовые глины имеют множество достоинств, придавая кремам необходимые технологические свойства. Бентониты благодаря особенностям строения кристаллической решетки способны изменять физико-химические свойства; могут выступать в качестве гидрофильных основ и эмульгаторов для эмульсионных кремов. Поглощая воду бентониты увеличиваются в объеме, в результате образуется эластичная масса, тонким слоем легко пристающая и смывающаяся с кожи. Глицерин сохраняет влагу в основе.

Компоненты, включенные в состав моделей мазевой основы, обеспечивают оптимальное качество для технологического процесса производства. Компоненты совместимы, дополняют друг друга и придают необходимые свойства лекарственному препарату.

Бентонитовую глину смешивали с водой очищенной и оставляли на набухание на 4 часа. Жир конский смешали с твином-80, в полученную смесь добавили глицерин и перемешивали до получения однородной массы, и частями вводили набухшую бентонитовую глину, препарат «Ренессанс» и лимонное масло. Полученную массу тщательно перемешивали с помощью механической мешалки со скоростью вращения 450-500 об/мин до получения однородной массы. Крем перенесли в тубу и маркировали.

Далее косметический крем подвергали анализу.

По внешнему виду крем представляет собой однородную массу без посторонних примесей, цвет серый с голубым оттенком, запах лимонного масла. Показатель pH - 5,75 при допустимой норме 5,0 - 9,0. Определение токсичных элементов показало, что свинца в креме - 0,455 мг/кг (допустимая норма - 5,0 мг/кг), мышьяк и ртуть не обнаружены. Кожно раздражающее действие и раздражающее действие на слизистые отсутствуют.

Таким образом, разработан оптимальный состав и предложена рациональная технология лечебно-

косметического крема и проведены исследования на

показатели санитарно-гигиенической безопасности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ахабадзе, А.Ф. Косметология – один из видов специализированной медицинской помощи населению / А.Ф. Ахабадзе // Современная медицина. – 1972. – № 1. – С.122 – 125.
- 2 Дмитрук, С.И. Основные проблемы медицинской и фармацевтической косметологии / С.И. Дмитрук // Вестник Сибирского отделения АН ВШ. – 1999. – № 1(5). – С.16 – 19.
- 3 Тараненко, М. Типы косметической продукции / М. Тараненко // Парфюмерия и косметика от А.до Я. – 1998. – № 2. – С.152-153
- 4 Фержтек, О. Косметика и дерматология // Пер. с чеш. Ю.Н. Козловой. – М.: Медицина, 1990. – 253с.
- 5 Эрнандес, Е. И., Марголина, А.А. Липидный барьер кожи и косметические средства / Е. И. Эрнандес, А.А. Марголина. – М.: Косметика и медицина, 1998. – 176с.
- 6 Аширматова, М.Н., Махатов Б.К., Абдуллабекова Р.М., Фалеева И.И. Вспомогательные вещества в производстве косметических препаратов / М.Н. Аширматова, Б.К. Махатов, Р.М. Абдуллабекова, И.И. Фалеева. – Алматы. – 1999. – 46с.
- 7 Фридман, Р. А. Технология косметики / Р. А. Фридман/ 2-е изд. Перераб. и дополн. – М.: Пищевая пром-сть, 1964. – 487с.
- 8 Косметика: Косметические препараты и теоретические основы современной практической косметики / Пер. с нем. Г. Фойстель, Э.И. Поллак, М. Бергольц и др. – Киев: Вища шк., 1990. – 333с.
- 9 Сало, Д.П. Применение глинистых минералов для приготовления лекарств // Автореф. диссертации д.фарм.н. – М.: 1968. – 38 с.

**У.С. АЛИМОВА, Р.Д. ДИЛЬБАРХАНОВ, У.М. ДАТХАЕВ,
Ш.С. БЕГАЛИЕВ**

«РЕНЕССАНС» ЙОДПОЛИМЕРІМЕН КОСМЕТИКАЛЫҚ КРЕМ ЖАСАУ МӘСЕЛЕСІНЕ

Түйін: Бұл мақала «Ренессанс» йодполимерімен жылқы майын қолдана отырып косметикалық крем жасау мәселесіне арналған. Косметикалық крем құрамын жасау үшін кремнің емдік-косметологиялық тиімділігін, санитарлық-гигиеналық көрсеткіштер бойынша қауіпсіздігін, кремнің технологиялық және реологиялық қасиеттерін, қолдану ыңғайлығы мен жайлылығын қамтамасыз ететін компоненттерді таңдауды жүргіздік. Кремді жасаудағы жаңалық емдеу-косметикалық кремдерде жылқы майы мен йодполимер алғаш рет қолданылуда. Нәтижесінде консистенциясы жақпа май тәріздес, көгілдір реңкті сұр түсті крем жасалды, теріге жақсы жағылады, сумен жақсы жуылады. Кремнің қауіпсіздігі анықталды.

Түйінді сөздер: крем, косметика, йодполимер, жылқы майы

U.S. ALIMOVA, R. D. DILBARHANOV, U.M. DATKHAYEV, SH. S. BEGALIEV, K.S. ZHAKIPBEKOV, F.M. BITIMOVA

COSMETIC CREAM WITH "RENAISSANCE" IODO-POLYMER

Resume: This article is devoted to the development of cosmetic cream with "Renaissance" iodo-polimer with the use of horse fat. For the development of cosmetic cream conducted the selection of components that provide medical and cosmetic effect, safety for health indicators, technological and rheological properties of cream, convenience and comfort of use. New development in the cream is that for the first time in medical and cosmetic creams used fat horse and iodo-polimer. As a result, cosmetic cream can be easily applied to the skin, and easily washed off with water.

Keywords: cream, cosmetics, yodpolimer, fat horse

УДК 622.276.63

М.Д. КИЯШЕВ, Г.М. ПИХАДЗЕ, Д.К. КИЯШЕВ

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ 1% РАСТВОРА КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ, БРИЛЛИАНТОВОГО ЗЕЛЕНОГО В РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ СПИРТА (40-90%) И КОМПОЗИЦИОННОГО РАСТВОРА «БРИСАЛ» В 70% СПИРТЕ

Более удобным способом синтезированы бриллиантовый зеленый и кислота салициловая. Изучены влияние различных концентраций спирта (40-90%) на антимикробную активность 1% раствором бриллиантового зеленого и кислоты салициловой, также изучены антимикробная активность нового композиционного препарата «Брисал».

Воспаление является универсальной реакцией организма на воздействие разнообразных экзогенных и эндогенных повреждающих факторов, к которым относятся возбудители бактериальных, вирусных и паразитарные инфекции, а так же аллергических, физические и химические агенты. Они вызывают как местные, так и общие реакции. При лечении ограниченных поражении кожи и слизистых оболочек лучших результатов можно достичь с помощью менее вредных для организма антисептиков. Такой подход более правильный рациональный еще и потому, что он дает возможность снизить вероятность повышения толерантных к антибиотикам штаммов микроорганизмов, продлевает и повышает противомикробную активность химиотерапевтических препаратов, ведет более эффективному использованию их и в конечном итоге снижает затраты на поиск антибиотиков. Антисептики обычно наносят наружно на покровные ткани. Отдельные антисептики используют

для воздействия на микроорганизмы, локализирующиеся в желудочно-кишечном тракте и мочевыводящих путях. В зависимости от концентрации они оказывает бактериостатического или бактерицидного действие. Но в общем антисептика прочно и навсегда вошла в хирургию. Например, из хирургических клиник исчезли такие страшные осложнения, как рожа и госпитальная гангрена. Поэтому вопросы разработки способов синтеза и технологии приготовления различных антисептиков и противовоспалительных средств имеют первостепенное значение. В этой связи с одним из автором разработан новый способ синтеза бриллиантового зеленого из бензальдегида с помощью капельной подачи кислоты хлороводородной. При этом реакция протекает с эквивалентными количествами бензальдегида и N, N¹-диэтиланилина, в связи с чем отпадает необходимость отгонки его с водяным паром /1,2/.

Реакция протекает по уравнению:

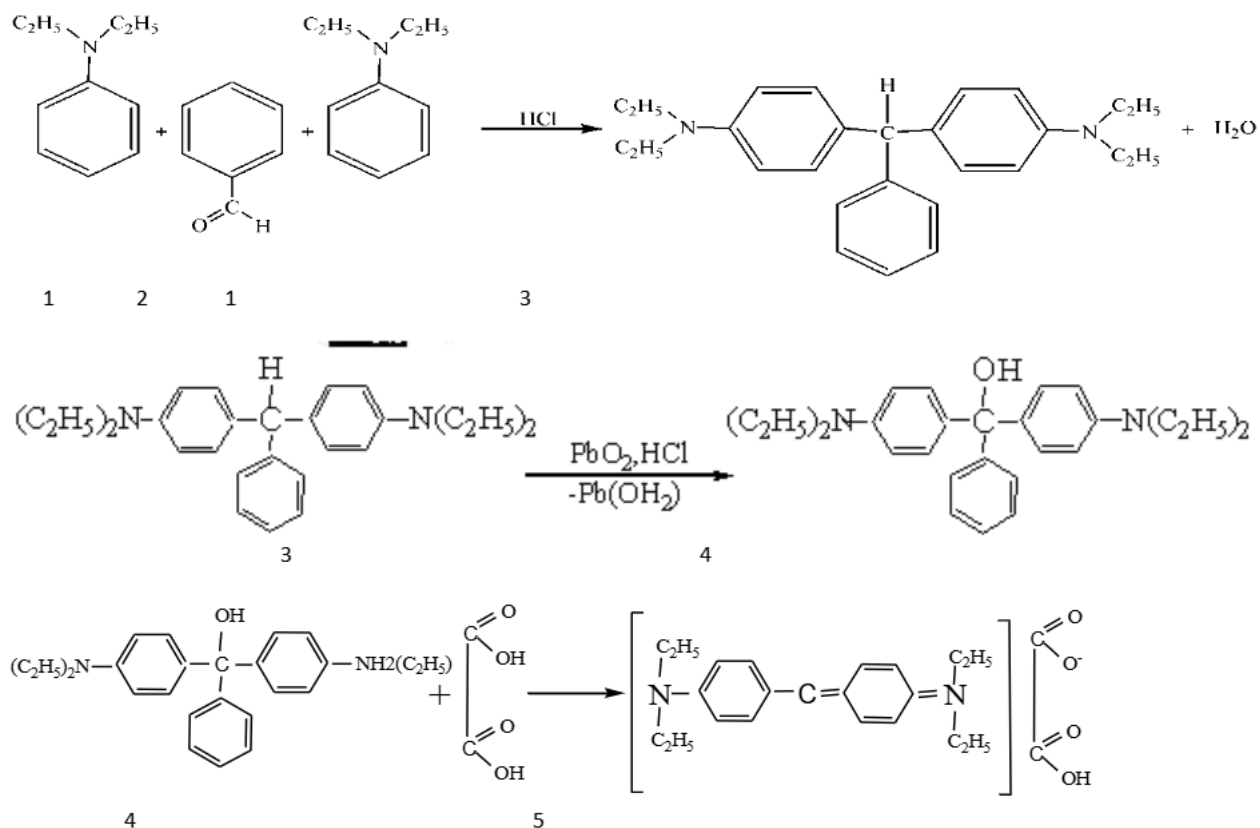


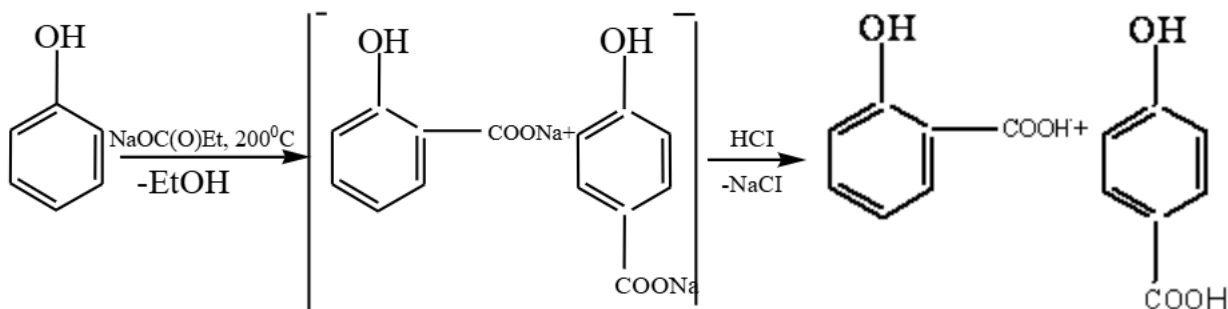
Рисунок 1 - Химическое строение бриллиантового зеленого подтверждено данными ПМР- и ИК-спектрами.

Таблица 1 - ПМР- и ИК- спектры производных триарилметана (3,4,5)

№ соед.	ИК-спектры, см ⁻¹				ПМР-спектры, δ м.д.					
	Ar	Alk	C-N	OH	CH ₃	CH ₃	CH	C ₆ H ₄	C ₆ H ₅	OH
3	700 1610	2860 2470	1330 1520	-	1(т)	3,01(кв)	5,25(с)	6,25 6,87(д)	7,12(с)	-
4	700 1610	2860 2470	1350 1510	1400-360	1,07(т)	3,27(кв)	-	6,50 7,02(д)	7,22(с)	-
5	700 1650	2850	1350 1520	1900-340	1,25(с)	3,52(м)	-	6,32 6,81(д)	7,40(м)	7,91(с)

При синтезе кислоты салициловой по методу Кольбе-Шмида реакция проходит при присутствии очень гигроскопического реактива фенолята натрия. Следовательно, присутствие воды в реакционной среде приводит к различным осложнениям, что уменьшает выход кислоты салициловой. Поэтому для исключения

из реакционной среды фенолята натрия нами использован в качестве карбоксилирующего агента натриевая и калиевая соль этилугольной кислоты. Тем самым выход продукта увеличился до 50% по следующей формуле /3/



На кафедре фармацевтической химии Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова проведен полный фармакопейный анализ салициловой кислоты, полученной по новому способу. Испытания данного препарата на соответствие требованиям действующей нормативно-технической документации на кислоту салициловую включали следующие показатели качества: описание, растворимость, подлинность, температура плавления, прозрачность и цветность раствора, хлориды, сульфаты, органические примеси, красящие вещества и фенол, оксидифенил, сульфатная зола и тяжелые металлы, потеря в массе при высушивании и количественные определения. Все испытания проводились по методикам ГФ XI издания. В результате проведенных испытаний установлено полное соответствие качественных показателей салициловой кислоты, полученной по новому способу, требованиям действующей ВФС на данный препарат.

Кислоту салициловую применяют в медицинской практике как антисептическое, отвлекающее, раздражающее и кератолитическое средство в присыпках (2-5%) и (1-10%) мазях, пастах, спиртовых растворах (1-2%), при этом как растворитель во всех случаях берется 70% этиловый спирт и этот препарат называется салициловым спиртом. В связи с этим,

авторами /4/ для определения влияния различных концентрации спирта на антимикробную активность действующего вещества приготовлен 1% раствор бриллиантового зеленого и кислоты салициловой в 6 образцах в этиловом спирте различных концентрации (40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%) /5,6/.

Лабораторные испытания на противомикробную активность препаратов бриллиантового зеленого и кислоты салициловой проводились нами в соответствии с существующими методами по изучению обеззараживающей активности дезинфектантов (Методы испытания дезинфекционных средств для оценки их безопасности и эффективности. Москва, 1998 г.; Методы бактериологического контроля антимикробной активности дезинфицирующих и антисептических средств. Астана, 2006 г.) в качестве тест-штаммов использовались микроорганизмы, рекомендуемые для таких исследований: штаммы грамположительных бактерий *Bacillus Subtilis*, *Staphilococcus aureus*, штаммы грамотрицательных *Escherichia coli* и дрожжевые грибы *Candida albicans* методом диффузии в агар (лунок) /7/. Результаты исследований антимикробной активности образцов раствора бриллиантового зеленого (1-6) в таблице №1 и графике №1 и раствора кислоты салициловой (1-6) в таблице №2 и графике №2.

Таблица 2 - Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор бриллиантового зеленого					
		1-обр.	2-обр.	3-обр.	4-обр.	5-обр.	6-обр.
		40%- спирт.	50%- спирт.	60%- спирт.	70%- спирт.	80%- спирт.	90%- спирт.
1	<i>S. aureus</i>	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	15±0,1	15±0,1
2	<i>Bacillus Subtilis</i>	14±0,1	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	14±0,1
3	<i>Escherichia coli</i>	13±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	<i>Candida</i>	14±0,2	14±0,2	14±0,2	14±0,2	11±0,2	11±0,2

albicans						
----------	--	--	--	--	--	--

График 1 - Действие 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6).

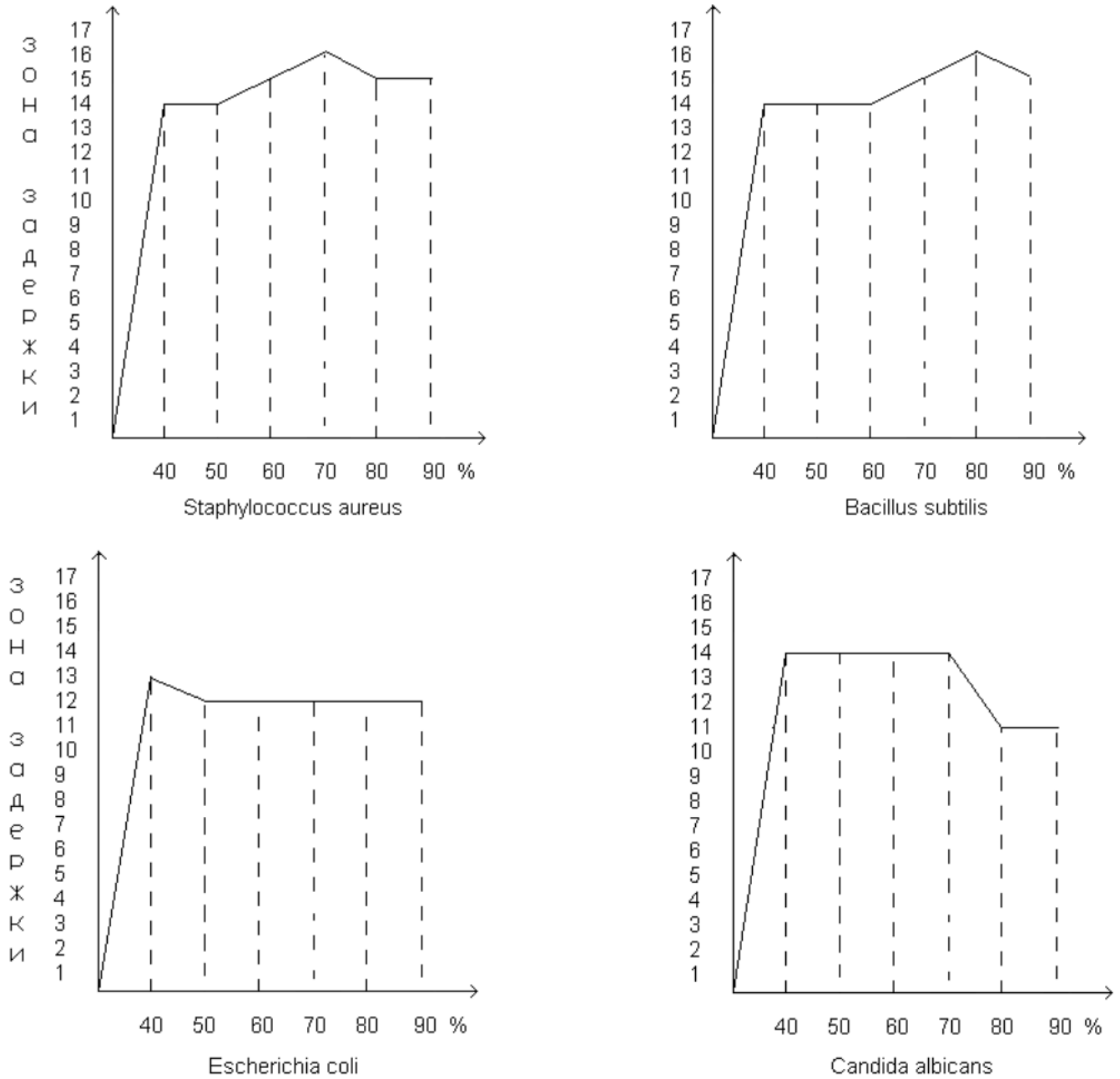
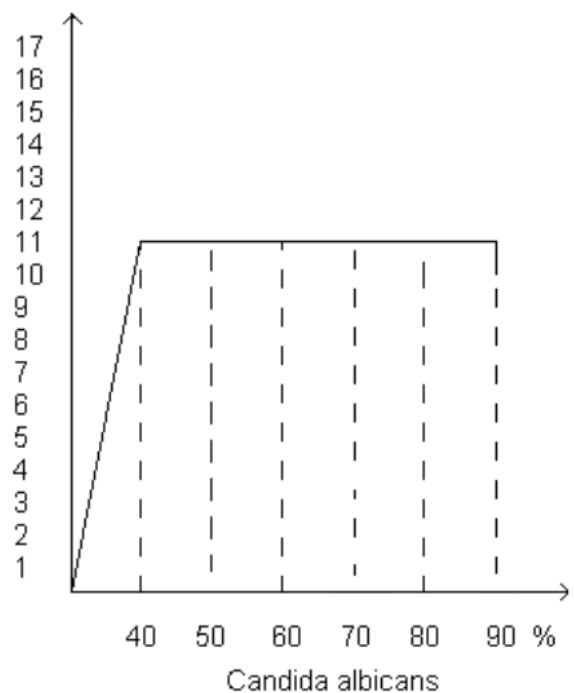
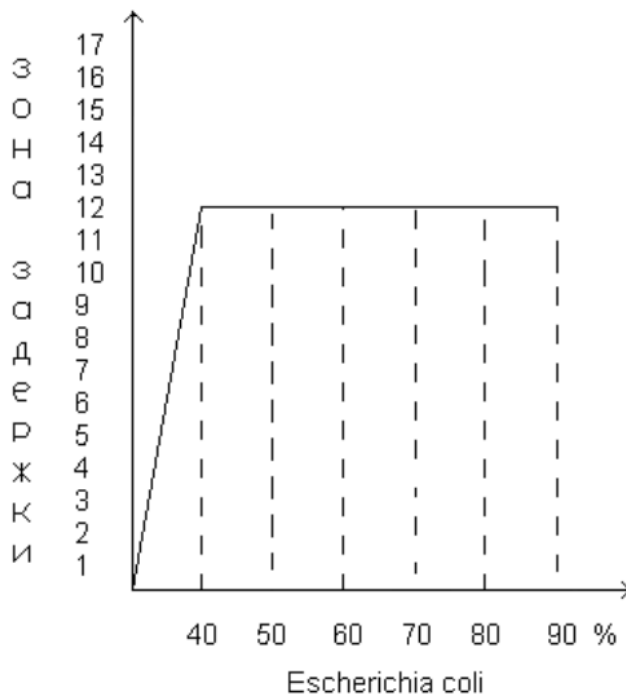
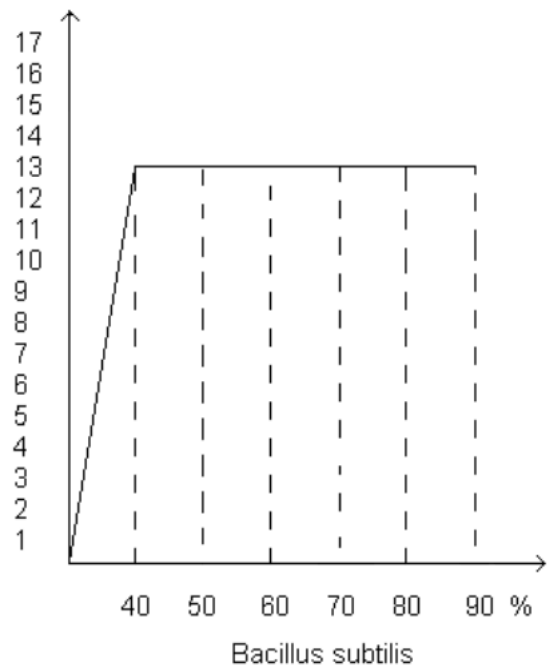
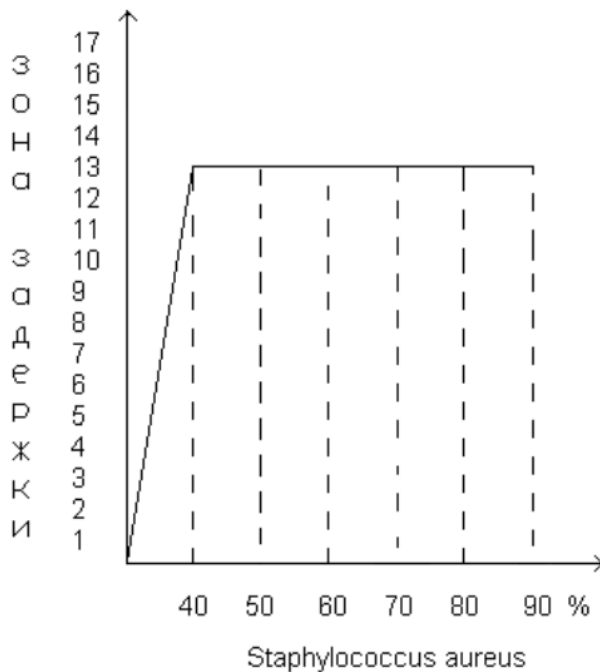


Таблица 3 - Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор кислоты салициловой					
		1-обр.	2-обр.	3-обр.	4-обр.	5-обр.	6-обр.
		40%- спирт.	50%- спирт.	60%- спирт.	70%- спирт.	80%- спирт.	90%- спирт.
1	S. aureus	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,3	13±0,2
2	Bacillus Subtilis	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3
3	Escherichia coli	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	Candida albicans	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2

График 2 - Графическое изображение действие 1% спиртового раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6).



Таким образом, на основании биологических исследований спиртовых растворов бриллиантового зеленого и сравнивая данные таблицы №1 и графика №1 мы установили, что 1% раствор бриллиантового зеленого в малых и больших концентрациях этилового спирта показывает более низкую противомикробную активность, а в 60% и 70% спиртах - максимальную эффективность. Слабую активность бриллиантового зеленого мы объясняем их низкой растворимостью в разбавленных спиртах, а в крепких спиртах слабая активность бриллиантового зеленого объясняется тем

что в больших концентрациях этиловый спирт образует на поверхности ткани плотные гелифицированные пленки, мешающие достижению глубоких слоев эпидермиса, что уменьшает терапевтическую активность. Следовательно, оптимальную лечебную активность показывает бриллиантовый зеленый в 60% и 70% спиртовых растворах, так как при обработке кожи антисептический эффект наиболее выражен в этих концентрациях. В данном случае бриллиантовый зеленый и 60% и 70% спирт оказывают прямое синергетическое действие.

1% спиртовой раствор кислоты салициловой влияет на соответствующие штаммы бактерий с одинаковой активностью независимо от концентрации этилового спирта (40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%). Это показано в таблице №2 и графике №2. Такое действие кислоты связано с его растворимостью в разбавленных спиртах и полным распадом молекулы кислоты салициловой на ионы. Кроме того, спирт и кислота салициловая обладают раздражающим, противовоспалительным действиями. Таким образом, на основании проведения биологических исследований, доказана необходимость приготовления 1% раствора бриллиантового зеленого в 60%-70% спиртах, а для кислоты салициловой возможно использование этилового спирта любой концентрации. Приготовление 1% спиртового раствора кислоты

салициловой в 40% этиловом спирте был бы более экономичным.

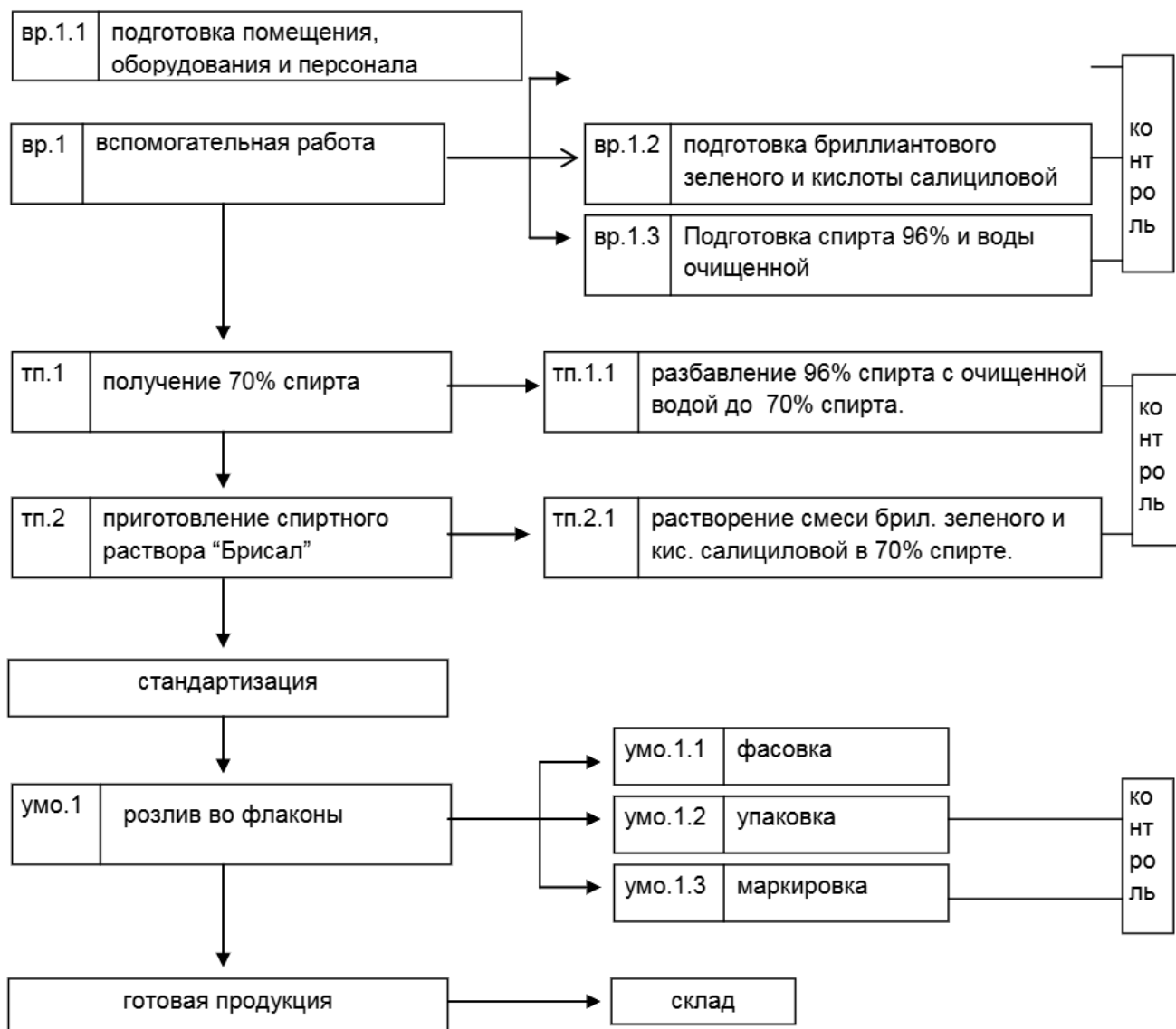
Продолжая исследования в указанной области в целях повышения лечебной эффективности лекарственной формы, нами разработан новый композиционный препарат, содержащий бриллиантового зеленого и кислоты салициловой в 70% этиловом спирте в целях определения противомикробной активности комбинированного спиртового раствора под условным названием «Брисал» /8/.

Состав композиционного спиртового раствора «Брисал» приведен в таблице №3, технологический процесс производства в таблице №4, а аппаратурная схема производства в схема №1.

Таблица 4 - Образец композиционного препарата «Азисал»

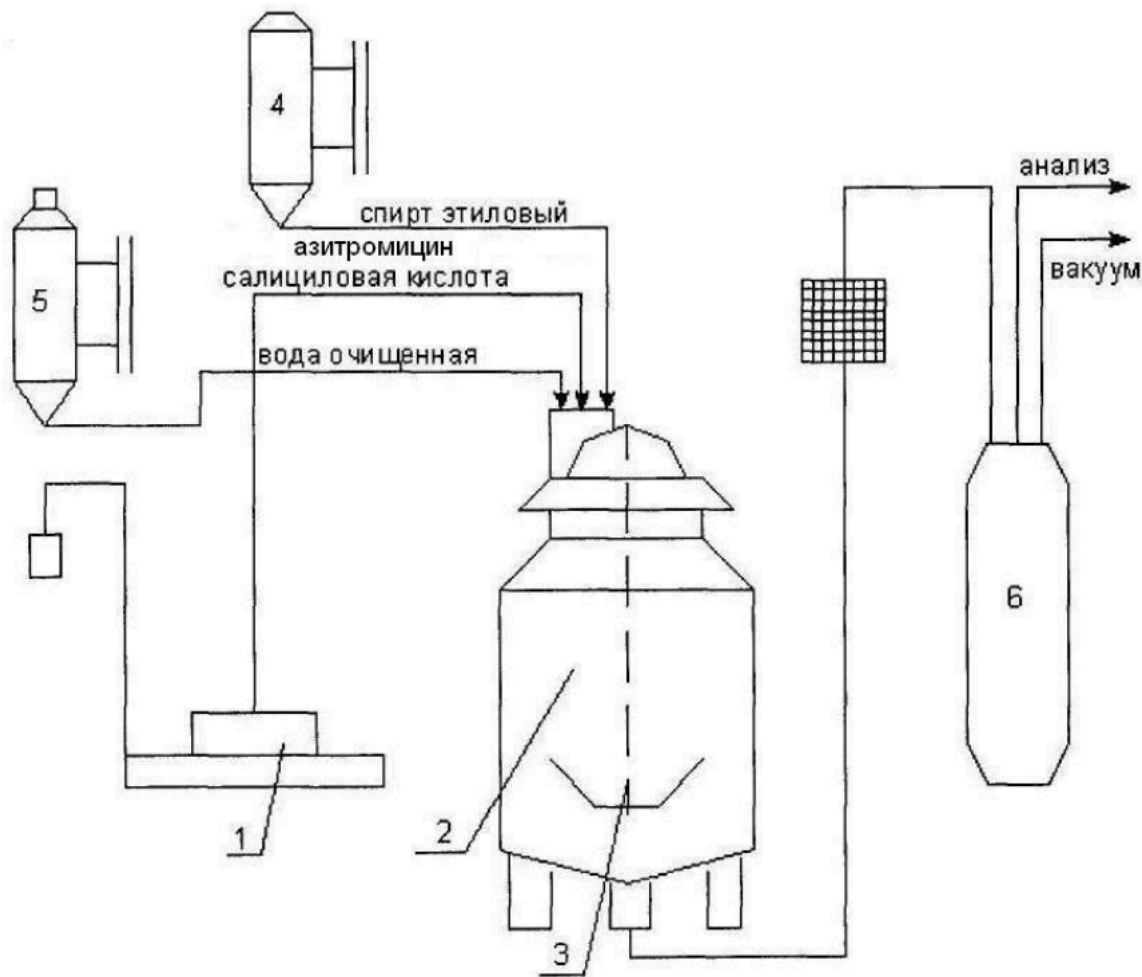
№ серий	Наименование компонентов	№ образцов
1		Ингредиенты
	Бриллиантовый зеленый	1,0 г
	Кислота салициловая	1,0 г
	Спирт этиловый 70% до	100мл

Таблица 5 - Технологическая схема производства спиртового раствора композиционного препарата «Брисал»



ВР - стадия вспомогательных работ
 ТП - стадия технологического процесса
 УМО - стадия упаковки, маркировки и отпуска на склад.

Схема 1 - Аппаратурная схема производства



1. Весы
2. Реактор
3. Мотор электромешалки
4. Емкость для спирта
5. Емкость для очищенной воды
6. Приемник

В соответствии с аппаратурной схемой производства (схема №1) для получения 70% этилового спирта в реактор (2) из емкости (4) наливаем рассчитанное количество 96% этилового спирта и рассчитанное количество воды очищенной из емкости (5). Раствор перемешивают несколько раз электромеханической мешалкой (3).

На весах (1) отвешивают предварительно мелко измельченный порошок 1кг бриллиантового зеленого и

1кг салициловой кислоты и загружают все в реактор (2). После этого включают электромеханическую мешалку (3) и перемешивают их до полного растворения. Затем раствор фильтруют. Получается раствор – зеленая прозрачная жидкость с запахом спирта. Затем их переливают во флаконы. Далее определяют биологическую активность нового композиционного спиртового препарата «Брисал».

Состав комбинированного препарата «Брисал»:

Бриллиантового зеленого 1,0
 Кислоты салициловой 1,0
 Спирта этилового 70 % до 100мл

Краткое описание антимикробного метода исследования препарата «Брисал»:

Изучение антимикробной активности препарата «Брисал» проводилось по отношению к штаммам бактерий *Staphilococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и дрожжевому грибу *Candida albicans* методом диффузии в агар (лунок). Исследуемые образцы растворяли в 96% этиловом спирте в концентрации

1 мг/мл. культуру выращивали при температуре 37⁰С в течение 18-24 часов. Культуру разводили в 0,9% растворе хлорида натрия, бактерии вносили по 1 мл в чашки с мясопептонным агаром, а кандиду – в среду Сабуро и засевали по методу получения «сплошного газона».

Формировали лунки диаметром 6 мм куда вносили препараты и 96% этиловый спирт в качестве контроля. Результаты исследований антимикробной активности препарата «Брисал» приведены в таблице 5.

Таблица 6 - Антимикробная активность препарата «Брисал»

№	шифр	Staphilococcus aureus	Escherichia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
«Брисал»	№8	11,0±0,2	12,0±0,3	12,0±0,2	14,0±0,2

Комбинированного препарата «Брисал», сравнивая данные таблицы 5 и 6 установили, что комбинированный препарат «Брисал» проявляет максимальную эффективность, а по отношению к дрожжевым грибам

дополнительно проявляет кандидомикозное действие, что обусловлено синергизмом двух препаратов: Бриллиантового зеленого и кислоты салициловой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кияшев Д.К. Синтез на основе бриллиантового зеленого и приготовление его 1% спиртового раствора. // Вестник КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова. – Алматы: 2006. - № 3. - С. 37-41.
- 2 Кияшев Д.К., Дильбарханов Р.Д. Способ получения бриллиантового зеленого. // Предварительный патент №1073. Национальное патентное ведомство РК, 5 сентября 1994 г.
- 3 Кияшев Д.К. Синтез и определение биологической активности производных тетрагидротиопирана, кислоты салициловой, триарилметана и приготовление на их основе лекарственных форм. // АО «КазГИС центр». – Алматы: 2011.- 192 с.
- 4 Кияшев М.Д. Определение биологической активности образцов 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого и 1% спиртового раствора кислоты салициловой в спиртах различной концентрации. // Материалы международной научно-практической конференции «Фармация Казахстана». Интеграция науки, образования и производства. – Шымкент: 2009. - том №2. - С.331-333.
- 5 Кияшев М.Д., Батыралиева А.К., Ахметова С.Б., Кияшев Д.К. Приготовление раствора бриллиантового зеленого и раствора кислоты салициловой в спиртах различной концентрации и определение их биологической активности. // Вестник Киргизской гос.мед.академии им. А.К. Ахунбаева. – Бишкек: 2009. - № 1. - С. 182-186.
- 6 Кияшев М.Д. Разработка состава и технологии композиционного препарата «Брисал» на 70% этиловом спирте. // Вестник АЛИУВ. Материалы 1 Центрально-азиатского научного форума «Клиническая фармакология». Опыт, современное состояние, перспективы. – Алматы: 17 октября 2008. - №4. - Спец. Выпуск. – 99 с.
- 7 Кияшева А.К., Шакиев С.Ш., Юсупов Р.Р., Кияшев Д.К. // Фармацевтический бюллетень. – Алматы: 2010. - №9-10. - С.17-18.
- 8 Ахметова С.Б., Батыралиева А.К., Кияшев М.Д., Смагулов М.А., Кияшев Д.К. Определение биологической активности образцов (1-10) в 6 сериях спиртового раствора «Брисал». // Материалы научно-практической конференции «Фармация Казахстана». Интеграция науки образования и производства. – Шымкент: 2009. – Т.№2. - С. 274-276.

Түйін: Бриллиант жасылы және салицил қышқылы ыңғайлы әдіспен синтезделді. 1% бриллиант жасылының және салицил қышқылы ерітіндісінің микробқа қарсы белсенділігіне спирттің әртүрлі концентрациясының (40-90%) әсері зерттелді.

M.D. KIYASHEV, G.M. PICHKHADZE, D.K. KIYASHEV

DETERMINATION OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF THE 1% SOLUTION OF SALICYLIC ACID, BRILLIANT GREEN IN DIFFERENT CONCENTRATIONS OF ALCOHOL (40-90%) AND COMPOSITE SOLUTION "BRISAL" AT 70% ALCOHOL

Resume: Diamond green and salicylic acid was synthesized by more convenient way. The effect of different concentrations of alcohol (40-90%) on the antimicrobial activity of 1% solution of brilliant green and salicylic acid was studied.

Inflammation is the body's reaction to a universal effect of various exogenous and endogenous factors damaging to which the agents of bacterial, viral and parasitic infections, as well as allergic, physical and chemical agents. They cause both local and systemic reactions. In the treatment of limited lesions of skin and mucous membranes better results can be achieved with less harmful to the body of antiseptics. This approach is more regular and more efficient because it makes possible to reduce the probability of increasing tolerance to antibiotic resistant strains of microorganisms, prolongs and enhances the antimicrobial activity of chemotherapeutic agents, leads to more efficient use of them and ultimately reduce the cost to search for antibiotics.

А.Н.БИНАЗАРОВА, У.М.ДАТХАЕВ, Қ.Қ.ҚОЖАНОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

САФЛОР ЭКСТРАКТЫ ҚОСЫЛҒАН ЕМДІК-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ПАСТАНЫҢ ТИІМДІ ҚҰРАМЫ МЕН ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ

Түйін: Теориялық және эксперименталдық тұрғыдан паста құрамы мен технологиясы ғылыми негізделіп, олардың фармацевтикалық тиімділігі зерттелді.

Түйінді сөздер: технология, сафлор экстракты, емдік-профилактикалық паста, пародонт

Тіс пасталары ауыз қуысының жеке гигиенасының қазіргі замандағы негізгі құралына жатады.

Тіс пасталары әсер ету механизмiне байланысты екі топқа бөлінеді:

- гигиеналық тіс пасталары;
- емдеу-профилактикалық тіс пасталары.

Емдік-профилактикалық пасталардың құрамына биологиялық белсенді қосындылар: дәрумендер, экстракттар, дәрілік өсімдіктердің тұнбалары, микроэлементтер, тұздар, ферменттер кіреді [1,2].

Өсімдік препараттарынан тұратын қабынуға қарсы тіс пасталарын пародонт ауруы мен ауыз қуысының сілемейлі қабығын кешенді емдеуде қолдануға кеңес береді. Олар пародонт пен ауыз қуысының сілемейлі қабықшасына жағымды әсер етеді: қабынуға қарсы әсер көрсетеді, алмасу процестерін жақсартады, тіс иегінің қанауының тоқтауына әсер етеді [3,4].

Қазіргі уақытта пасталарды жасау теориясы мен практикасына негізделген емдік және профилактикалық пасталардың саны мен құрамын көбейту өте қажет. Содықтан мына үш жағдайды қарастырып өткен дұрыс: Біріншісі гель ретінде қолданылатын құрамтұзушілерді қарстыру.

Екіншісі пасталардың емдік профилактикалық қасиетін құру.

Үшіншісі тіс пасталары түрлеріне арнайы және емдік профилактикалық спектрлі әсердегі пасталарды көбейту. Пародонт қабыну ауруларына құрамында қабынуға қарсы заттар кіретін тіс пасталары қолданылады. Ғылыми жұмыста аталған қабынуды емдеуге арналған пасталарды жасау мақсатында қабынуға қарсы әсері бар өсімдік экстракттары зерттеуге алынды және дәрілік қалып технологиялық параметрлері бойынша сыналды.

Емдік-профилактикалық пастаның оптималды құрамын таңдау үшін бірнеше өсімдік экстракттарына әдеби және олардың негізінде құрамдастырылған пасталарға маркетингтік шолулар жасалды. Осыдан кейін бұрын паста құрамында кездеспеген сафлора өсімдігінің экстракты алынды. Композициялар ингредиенттерін құрастыруда келесі фармацевтикалық факторлардың: әсер етуші заттың мөлшері, негіз табиғаты мен мөлшері, паста массасының біркелкілігі, рН ортасы, паста өндірісінде қолданылатын технологиялық операциялар мен аппаратуралар әсерлері, сонымен қатар *in vitro*

олардың биологиялық тиімділігі есепке алынды. Осы аталған факторлардың барлығы паста негіздерінен белсенді заттардың босап шығуы, сонымен қатар оның толықтығы мен сіңіру жылдамдығына айтарлықтай әсер етеді [5].

Жоғарыда аталғандардан басқа да бірқатар қасиеттерді ескере отырып, паста құрамына жалғыз майын антисептикалық зат ретінде енгізілді. Жалғыз майы 1,5 % мөлшерінде енгізу пастаға антисептикалық қасиет, жағымды иіс және сергіту әсерін береді.

Паста құрамына қосылатын басқа да ингредиенттердің атқаратын қызметтерін сипаттайтын болсақ төмендегідей мәліметтерді атауға болады.

Глицерин 15-20 % мөлшерінде енгізу пастаға эластикалық қасиет береді және құрғаудан сақтайды. Оны 15%-дан кем қосса паста массасы тез қоюланып, құрғап кетеді, ал 25%-дан көп қосса сұйылып кетеді. Глицерин пастаның дәмін жақсартады, сонымен қатар, пастамен тісті тазалағанда түзілетін көпіршіктің тұрақтылығын жоғарлатады.

Кальций карбонаты 20-40% мөлшерінде тазалаушы және жылтырлаушы зат ретінде енгізіледі. Кальций карбонатын 20 %-дан кем қосса, натрий карбоксиметил целлюлозаның аз мөлшерімен паста сұйық консистенциялы болады, ал аталған мөлшерден жоғары болса масса тығыз болады.

Кальций глицерофосфаты 2% пародонтоз ауруларында болатын дентиннің жүйелік гиперстезиясында өте жақсы емдік қасиеті бар. Сондай-ақ, кариеске қарсы да әсер көрсетеді.

Натрий карбоксиметилцеллюлоза 1- 3% гель тұзуші зат ретінде қолданылады. Кальций карбонатымен бірге пастаның тұрақтылығы мен консистенциясына көп үлес қосады.

Натрий лаурилсульфаты 1,5- 3% кальций карбонаты қатты бөлшектерінің дисперсиялануына ықпал жасайтын беткейлі активті зат. Оның сусыздандырушы және көпіршік тұзуші қасиеттері бар[4].

Жоғарыда аталған ингредиенттерді сараптай келе, паста құрамының 5 моделі алынды. Онда көмекші заттар құрамы мен концентрациясы өзгермейді, ал әсер етуші зат концентрациясына қабынуға қарсы қасиетінің тиімділігіне қарай таңдау жасалынды (1-кесте).

1 Кесте – Пасталар құрамы

модельдер	1 (r)	2 (r)	3 (r)	4 (r)	5 (r)
паста құрамы					
Сафлор экстрактісі	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5

Кальций карбонаты	40.0	40.0	40.0	40.0	40.0
Кальций глицерофосфаты	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Глицерин	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
Натрий КМЦ	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Натрий лаурилсульфаты	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Жалбыз майы	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
Тазартылған су	100.0-ге дейін	100.0-ге дейін	100.0-ге дейін	100.0-ге дейін	100.0-ге дейін

Жүргізілген технологиялық және микробиологиялық зерттеулер негізінде жасалған 5 моделінің ішінен

«Сафлордент» пастасының келесі құрамдағы жазылымы таңдап алынды.

Әсер етуші заттар

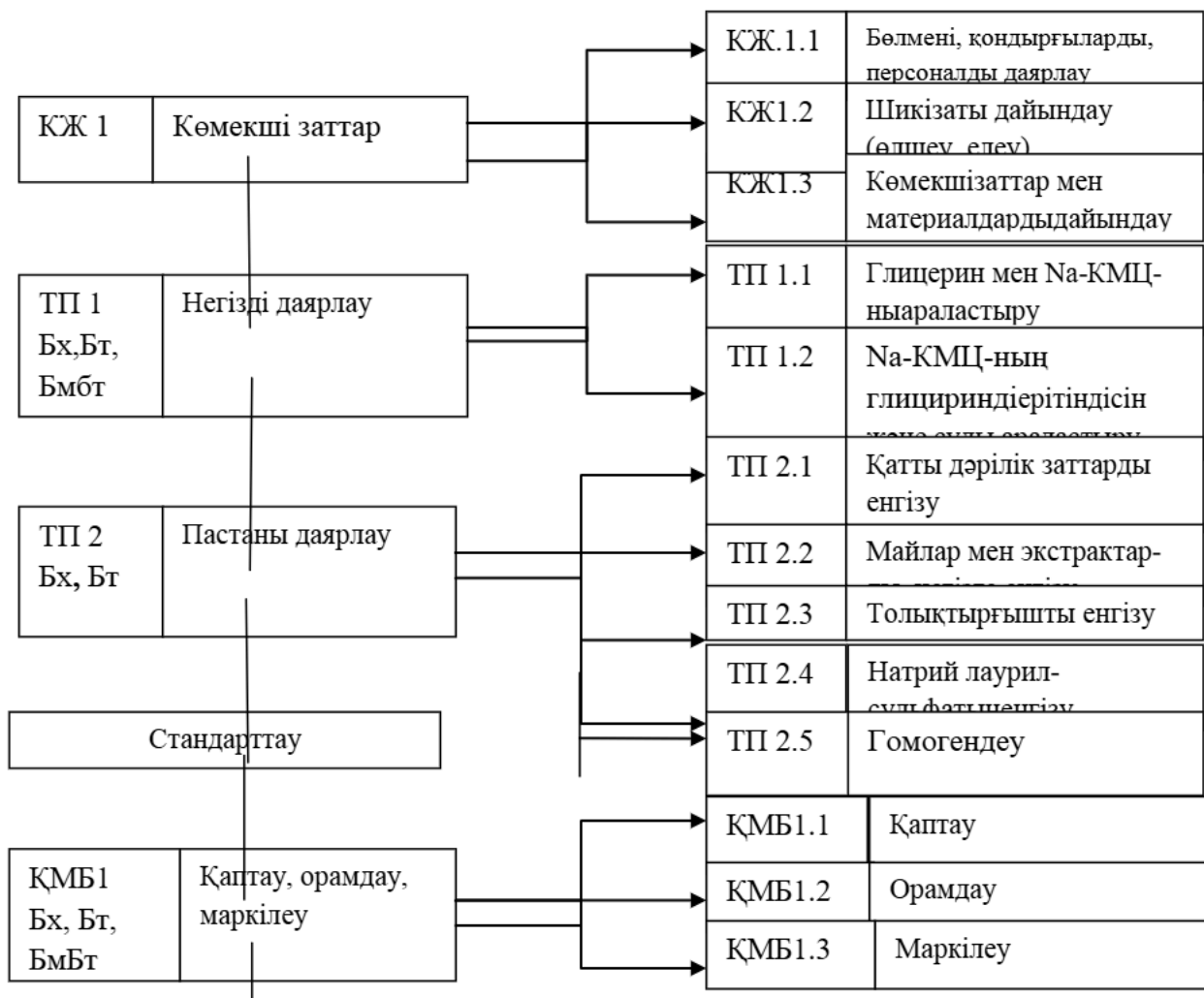
Сафлор экстракты 1.5

Көмекші заттар

Кальций карбонаты 40.0
 Кальций глицерофосфаты 4.0
 Глицерин 20.0
 Натрий КМЦ 3.0
 Натрий лаурилсульфаты 3.0
 Жалбыз майы 1.5
 Тазартылған су 100.0-ге дейін

Жоғарыда айтылған негіздемелер мен құрамы бойынша пасталардың технологиясы олардың құрамына кіретін ингредиенттерінің сыйымдылығы және физика-химиялық қасиеттеріне байланысты таңдалды. Технологиясы және физика-химиялық қасиеттері бойынша 3 модель таңдап алынды.

Технологиялық процесті сипаттау пасталардың лабораториялық сынамасын жасау кезінде технологиялық сызбанұсқа бойынша көрсетілді (сызбанұсқа 1)



Дайын өнім

Қойма

1-сызбанұсқа – Пасталардың өндіріс технологиясының сызбасы

Пасталарды өндірудің технологиялық сызбасын сипаттау. I. КЖ- I Қосымша заттарды, бөлмені, жабдықтарды, шикізаттарды дайындау жалпы ережелерге сәйкес жүргізіледі.

II. ТП-1 Негізді дайындау.

ТП- 1.1 Натрий-КМЦ ның глициринді ерітіндісін дайындау.

Ыдысқа № 1 өлшегіштен насос көмегімен глициринді құйылып, үстіне натрий-КМЦ- ны салып, біркелкі масса алғанша 40 минут араластырылды.

ТП- 1.2 Натрий-КМЦ -ның сулы глициринді ерітіндісін даярлау.

Біркелкі масса алғаннан кейін ыдысқа № 2 өлшеуіш көмегімен тазартылған су құйып, гель түзгенше 3 сағат аралығында араластырылды.

ТП- 2 Паста массасын дайындау.

ТП- 2.1 Қатты дәрілік заттарды негізге енгізу.

Іске қосылған араластырғышы бар реакторға дайындалған натрий-КМЦ -ның сулы глициринді ерітіндісін ауыстырып, үстіне кальций глицерофосфаты ұнтақтарын салынды, біркелкі суспензия алғанша араластыру жалғастырылды.

ТП- 2.2 Жалбыз майын қосу.

Алынған массаға жалбыз майын қосып, массаны 45 минут аралығында араластырады.

ТП- 2.3 Кальций карбонатын енгізу.

Реактордағы массаға 1 сағат аралығында химиялық тұндырылған кальций карбонатын есептелген мөлшері бойынша қосылды.

ТП- 2.4 Натрий лаурилсульфатын енгізу.

Пастаға көпіргіштік қасиет беру үшін натрий лаурилсульфатын араластыра отырып қосады. Кейін тағы 5 минут бойы араластырылды.

ТП- 2.5 Гомогендеу. Дәрілік заттар мен толықтырғыштың гель түзуші заттар ерітіндісінде алынған суспензиясы коллоидті диірмен арқылы гомогенді масса алғанша өткізілді.

Стандарттау. Гомогенді пастаның сапалық және сандық талдауы құрамындағы ингредиенттерге байланысты жүргізіледі. Қалған параметрлері мемлекеттік стандартқа (МемСТ 7983-99 “Тіс пасталары”) сәйкес тексерілді.

ҚМБ.1. Қаптау, орау маркілеу.

Пасталарды сапалық сынаудан кейін арнайы құтыларға толыру үшін арналған жабдыққа салынды. Автоматтандырылған құты толтырғышта паста массасы құтының астыңғы жағынан салынып, оралды.

Қорыта айтқанда, жоғарыда мазмұндалған технологиялық процестің технологиялық және аппаратуралық сызбалары жасалынды, осы дәрілік құралдың өндірісінде қарастырылатын маңызды бақылау нүктелері анықталды тұжырымдауға болады. Тәжірибелік-өндірістік жағдайда сынаудан өткізілген препарат құрамының үш сериядағы үлгісіне - «Сафлордент» пастасы өндірісіне тәжірибелік-өндірістік регламент құрастырылды. Теориялық және экспериментальдық тұрғыдан паста құрамы мен технологиясы ғылыми негізделіп, олардың фармацевтикалық тиімділігі зерттелді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Гигиена полости рта при заболеваниях пародонта/ С.Б. Улитовский// Новое в стоматологии. – 2006. - №7. – 78 с.
- 2 Зазулевская Л.Я., Практическая пародонтология. – Алматы: Верена. – 348 с.
- 3 Смагулова Е.Н., Обоснование к применению лечебно-профилактической пасты на основе живицы сосновой в комплексном лечении болезней пародонта: автореф. канд. мед. наук 14.00.21. – Алматы: 2002. - 21с.
- 4 ГОСТ 7983-99 «Пасты зубные»

А.Н. БИНАЗАРОВА, У.М. ДАТХАЕВ, К.К. КОЖАНОВА

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ПРОИЗВОДСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПАСТЫ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТА САФЛОРА

Резюме: Согласно научной работе научно обосновался теоритический и экспериментальный подход состава и технологии пасты и исследовалась фармацевтическая эффективность.

Ключевые слова: технология, экстракт сафлора, лечебно-профилактическая паста, пародонт.

A.N. BINAZAROVA, U.M. DATKHAYEV, K.K. KOZHANOVA

DEVELOPMENT OF THE OPTIMAL AND MANUFACTURING MEDICAL PROPHYLACTIC PASTES BASED ON EXTRACTS OF SAFFLOWER

Resume: According to the scientific research settled just a theoretical and experimental approach of composition and technology of pasta and investigated the effectiveness of pharmaceuticals.

Keywords: technology, safflower extract, medical-prophylactic paste, periodontium

СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Система менеджмента качества предприятия фармацевтического профиля необходимо считать комплексом процессов (наиболее часто классифицируемых на основные, управленческие и обеспечивающие), с грамотно документированным определением их взаимосвязей и взаимодействия, формулированием показателей результативности и методов их мониторинга, условий анализа и политикой постоянного улучшения. Каждый из процессов этой системы должен управляться с учетом современных принципов менеджмента качества, а также быть согласованным с соответствующими требованиями правил GMP и отвечать действующим нормативным и законодательным требованиям. Один из главных концептуальных вопросов в этом направлении — создание рационального алгоритма выполнения всех описанных выше требований. Исходя из этого, представляется интересным разработать методологию формирования ИСМ в фармацевтической индустрии и изучить возможность и рациональность внедрения таких систем на отечественных предприятиях. Актуальность такой работы может быть подтверждена серьезной значимостью возникшей проблемы адаптации производителей лекарственных средств развивающихся стран к общепринятым в современном мире законам, нормативам, стандартам, а также желанием сформировать систему качественного производства и контроля лекарств в соответствии с требованиями GMP.

В настоящее время в развитии фармацевтического производства нашей страны наступил критический момент, характеризующийся разнонаправленными тенденциями и, прежде всего, снижением конкурентоспособности большинства устаревших отечественных предприятий.

Понятия «качество» и «безопасность» должны стать девизом предприятий фармацевтической промышленности. Фармацевтический рынок мира динамично развивается, что приводит к повышению конкуренции и требованию к организации управления фармацевтическими предприятиями. В этих условиях определение основных направлений повышения конкурентоспособности является важной стратегической задачей фармацевтического предприятия.

Проведенный анализ фармацевтических предприятий стран — лидеров мировой экономики показывает, что достижения стратегической цели в управлении обеспечиваются интегрированными системами использования европейских методов менеджмента качества, сертификация систем в соответствии с ISO 9000, GMP, GLP, GCP, GDP, т.д. [1]

Стратегические факторы «качество» и «безопасность» можно регулировать лишь тогда, когда на всех уровнях предприятия жива идея приоритета качества и ощущается стремление к ее развитию. Преуспевающие предприятия выбирают приоритет качества своей стратегией и внедряют систему управления качеством. Для отечественных производителей лекарственных средств основным реальным направлением сохранения своего присутствия на фармацевтическом рынке страны является разработка и внедрение СМК, соответствующих современным правилам GMP.

Система менеджмента качества (СМК) — это система внутрифирменного управления, направленная на достижение определенных критериев качества выпускаемой продукции, созданная в организации для формирования политики в области качества и достижения поставленных задач. СМК позволяет создать на предприятии порядок, при котором ответственность персонала точно распределена и документирована. Особенностью современных подходов к менеджменту качества является то, что требования предъявляются не к качеству продукции напрямую, а к системе менеджмента, которая в свою очередь призвана обеспечивать предсказуемый и стабильный уровень качества продукции, процесса производства и

деятельности организации в целом. СМК фармацевтического предприятия — это управляющая система, направляющая и контролирующая деятельность предприятия, связанную с качеством лекарственных средств. При этом непосредственными объектами управления являются факторы и условия, влияющие на качество лекарственных средств, а также процессы формирования качества лекарственных средств на разных стадиях и этапах производства. [2]

Система обеспечения качества при производстве лекарственных средств должна гарантировать, что:

- Продукция разработана с учетом всех требований и стандартов;
- На все операции по производству и контролю составлена четкая документация в соответствии с правилами стандарта;
- Ответственность и полномочия строго определены;
- Выполняются мероприятия по производству, поставке и использованию надлежащего исходного сырья и упаковочного материала;
- Проводится контроль промежуточной продукции и технологического процесса, а также валидация;
- Контроль и проверка готовой продукции проводится в соответствии с требованиями стандарта и законодательства;
- Выполняется процедура проведения самоинспекции и/или аудита качества, по которой регулярно оценивают эффективность и пригодность системы обеспечения качества.

Необходимо отметить, что внедрение стандартов ИСО серии 9000 на предприятии является добровольным решением руководства и направлено, прежде всего, на повышение конкурентоспособности предприятия. В отличие от этого, внедрение стандарта GMP в медицинской промышленности РК с 2014 года при производстве готовых лекарственных средств является обязательным. В то же время становится все более очевидным, что осуществить такой переход невозможно без разработки и внедрения на предприятиях интегрированных систем менеджмента качества (ИСМ). Под интегрированной системой менеджмента понимается система, отвечающая требованиям двух и более международных стандартов, функционирующая как единое целое. [3]

Для фармацевтических предприятий наиболее характерно создание интегрированной системы менеджмента, которая соответствует требованиям

стандартов ИСО серии 9000 и правилам GMP. В связи с этим совершенствования деятельности на фармацевтическом предприятии необходимо внедрение интегрированных систем менеджмента, отвечающих требованиям международных стандартов и обобщающих мировой опыт системного управления. Количество фармацевтических предприятий с интегрированной системой менеджмента качества увеличивается с каждым годом (таблица 1). [8]

Основными преимуществами внедрения интегрированной системы менеджмента являются:

- Изменение подхода к обеспечению качества и безопасности лекарственных средств, что снижает потери от возникновения брака и отзыва продукции;
- Четкое определение ответственности за обеспечение безопасности лекарственных средств;

Таблица 1 - Фармацевтические предприятия мира с сертифицированной системой качества

Страна	Всего предприятий сертифицированных	GMP	ISO 9001	ISO 14001	OHSAS 18001	НАССР ISO 22000	ISO 13485	Другие
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Австрия	3 733	9	5	-	-	-	3	1
Канада	224	7	3	3	-	-	-	1
Китай	760759	3 239	429	54	66	1 925	1	764
Чешская Республика	2 118	49	20	1	1	-	1	26
Франция	913	15	1	-	-	-	4	10
Германия	23 514	180	56	9	4	-	55	56
Индия	3 749	60	25	4	1	-	1	29
Польша	3 016	15	9	-	-	-	3	3
США	4 903	106	56	18	10	-	21	1
Россия	2 391	23	15	3	2	-	3	-
Испания	22 474	63	25	20	16	-	2	-
Казахстан	4	5	-	-	-	-	-	-

- Документальное подтверждение уверенности в безопасности лекарственных средств, что особо важно при работе с потребителем, в т.ч. при судебных разбирательствах.
- Обеспечение системного подхода, включающего все параметры безопасности лекарственных средств – от сырья до потребителя;
- Более экономное использование ресурсов для управления безопасностью;
- Снижение финансовых издержек, связанных с выпуском некачественной продукции;
- Повышение доверия потребителя к качеству выпускаемых лекарственных средств;
- Обеспечение деятельности предприятия в целом и оптимального режима работы систем контроля и верификации в частности;

- Увеличение возможностей выхода на новые рынки сбыта и расширение существующих;
 - Повышение готовности у зарубежных инвесторов идти на капиталовложение;
 - обеспечение репутации производителя качественных и безопасных лекарственных средств.
- Рассматривая организационно-методические подходы к созданию интегрированных систем, в первую очередь необходимо уточнить, что базовыми стандартами являются стандарты ISO серии 9000 (рис. 1). Это обусловлено тем, что базовые понятия и принципы, сформулированные в этих стандартах, в наибольшей мере соответствуют понятиям и принципам общего менеджмента. [7]



Рисунок 1 - Вариант структуры интегрированной системы менеджмента

Термин «качество» следует трактовать, как степень соответствия работы предприятия тому, как эта работа

была запланирована (технологиям, стратегическим планам и т.д.). Таким образом, любая деятельность на

фармацевтическом предприятии попадает в систему менеджмента и затрагивает все аспекты управления предприятием, а понятия «система менеджмента

качества» и «система менеджмента» приобретают характер взаимозаменяемости (рисунок 2).

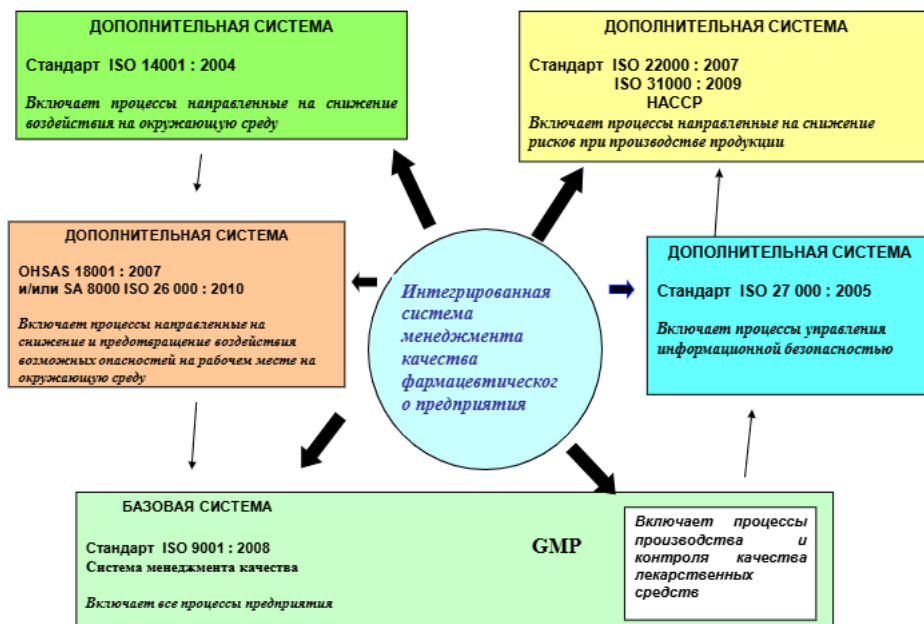


Рисунок 2 - Схема интегрированной системы менеджмента качества

В результате такой интеграции получается цельная, прозрачная и эффективная система менеджмента, которая охватывает деятельность всего предприятия, позволяющая выпускать качественную и безопасную продукцию. Интегрированная система менеджмента является важным этапом развития в повышении качества управления, что может приводить не только к выживанию, но и успеху фармацевтического предприятия.

Систему обеспечения качества фармацевтического предприятия нужно рассматривать, как интегрированную систему, в основе которой лежат стандарты (базовые и дополнительные). Базовые стандарты:

- Серии ИСО 9000, описывающие организационную структуру управления качеством;

- Стандарты GMP, которые содержат требования к производству и контролю качества лекарственных средств для человека и животных (СТ РК 1617-2006). [5]

Дополнительные стандарты:

- Стандарты, устанавливающие требования к системе экологического менеджмента (ISO 14001:2004);

- Стандарты, устанавливающие требования к системе менеджмента безопасности продукции (ИСО 22000-2007, Управление рисками по качеству ICH Q9, ISO 31000:2009);

1. Стандарты ИСО

- Стандарты, устанавливающие требования к информационной безопасности (ISO/IEC 27001:2005);

- Стандарты, устанавливающие требования в области охраны здоровья и безопасности труда (OHSAS 18001:2007);

- Стандарты, помогающие предприятию разработать и внедрить эффективную систему управления, направленную на повышение уровня условий труда и жизненного уровня сотрудников компании (SA 8000; ISO 26000:2010).

Кроме того, введение в действие стандартов ISO серии 9000 предшествовало введению в действие других международных стандартов на системы менеджмента и послужило базой для их создания. В частности, в стандартах ISO 9001, ISO 14001 и OHSAS 18001 используется цикл управления PDCA (Plan — Do — Check — Act), а также используется идеология процессного подхода к управлению. В стандартах используются единые принципы менеджмента качества: лидерство руководства; ориентация на потребителя; процессный и системный подходы; принятие решений, основанное на фактах; вовлечение персонала; взаимовыгодные отношения с поставщиками; постоянное улучшение. Реализация именно этих принципов позволяет наилучшим образом обеспечить интегрирование отдельных стандартов в единую систему. Более того, общими являются и подходы к построению системы менеджмента. Для каждой системы необходимо: [4]

- определить обязательства руководства;
- установить цели и мероприятия для соответствующих функций и уровней внутри организации;
- обеспечить компетентность персонала, его подготовку и осведомленность;
- выделить необходимые ресурсы;
- установить и соблюдать требования по управлению документами, разработать недостающую документацию;
- осуществлять мониторинг, измерения и анализ;
- проводить внутренние аудиты через запланированные интервалы времени;
- управлять несоответствиями, осуществлять коррекции, корректирующие и предупреждающие действия;
- проводить регулярный анализ системы менеджмента со стороны руководства.

Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств становятся составной частью государственной системы обращения лекарственных средств. На уровне государственного регулирования производителям предписана необходимость внедрения Правил, поэтому не должно оставаться вопросом, внедрять Правила производства и контроля качества или нет. Приступая к разработке интегрированной системы GMP/ИСО 9001 в фармацевтическом предприятии, руководство завода должно представить себе выгоды от этой системы и результаты, которые предполагалось получить от ее внедрения.

Таким образом, ИСМ являются следующим этапом развития в повышении качества управления, что может приводить не только к выживанию, но и успеху фармацевтического предприятия. Создание эффективной и результативной ИСМ — это сложный инновационный процесс совершенствования общего менеджмента организации. Необходимо индивидуально подходить к каждому процессу создания ИСМ в зависимости от изменений внутренней и внешней среды организации, финансовых возможностей, требований потребителей, влияния деятельности организации на окружающую среду и социальную сферу. Эффективной и несложной моделью ИСМ фармацевтического предприятия является система менеджмента, базирующаяся на трех

стандартах: ISO 9001, OHSAS 18000, ISO 14001; ISO 27001 и SA 8000; OHSAS 18000, ISO 14001. Однако такая система не является идеальной моделью для любой организации данной отрасли, она может модернизироваться и дополняться другими системами менеджмента, например системой менеджмента, системой социальной ответственности, системой менеджмента информационной безопасности и др. Интегрирование систем менеджмента (качества, безопасности, экологии и др.), отвечающих требованиям международных стандартов, следует рассматривать как предпосылку для устойчивого развития фармацевтического предприятия, деятельность которого строится с учетом всех заинтересованных сторон. [6]

В статье представлены подходы к внедрению интегрированных систем менеджмента на фармацевтических предприятиях, дан сравнительный анализ стандартов, используемых при разработке интегрированных систем менеджмента фармацевтических предприятий, представлены основные преимущества внедрения интегрированных систем менеджмента, обосновано, что менеджмент качества сегодня — это система, соединяющая в себе требование соответствия нескольким международным стандартам, функционирующая как единая система, являющаяся частью системы менеджмента предприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- 2 ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации».
- 3 ГОСТ Р 52249 — 2009 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».
- 4 ГОСТ Р 40.003-2008 «Порядок сертификации систем менеджмента качества на соответствие ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ИСО 9001:2008)».
- 5 Государственный стандарт Республики Казахстан (СТ РК 1617-2006).
- 6 Хохлявин С.А. Национальные и международные стандарты облегчают интеграцию систем менеджмента: зарубежный опыт / С.А. Хохлявин // Сертификация. — 2008. — №2. — С. 34—38.
- 7 ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
- 8 Данные с сайта <http://www.iqnet-certification.com/>.

Түйін: Фармацевтикалық профильді кәсіпорынның сапа менеджментінің жүйесін олардың өзара байланысының және өзара әрекеттестігінің сауатты құжатталған анықтамасы, нәтижелілік көрсеткішінің және оларды мониторинг, талдау шарттарының әдістерінің тұжырымдауы мен үнемі өркендеп отыру саясаты бар процестер кешені (негізгі, басқарушылық және қамтамасыз етуші деп жіктелетін) деп санау қажет. Бұл жүйенің әрбір процесі заманауи сапа менеджментінің қағидаларын есепке ала отырып басқарылуы тиіс, сондай-ақ GMP ережелерінің тиісті талаптарымен келісіліп, қлданыстағы нормативтік және заңнамалық талаптарға жауап беруі керек. Осы бағыттағы басты концептуалдық мәселенің бірі – жоғарыда сипатталған талаптардың барлығының орындалуының рационалды алгоритмін жасау. Осыдан келіп, фармацевтикалық өндірісте біріктірілген сапа менеджменті жүйесін жасау әдіснамасын әзірлеу және осындай жүйелерді отандық кәсіпорындарға енгізу мүмкіндігі мен тиімділігін қарастыру қызығушылық тудырып отыр. Мұндай жұмыстың өзектілігі дамушы елдерде дәрілік заттарды өндірушілердің туындап отырған проблемасының қазіргі кездегі заңдарға, нормативтерге, стандарттарға бейімделуі үшін айтарлықтай маңыздылығымен және де сапалы өндіріс жүйесін құру және GMP талаптарына сәйкес дәрілерді бақылау еркімен дәлелдене алады.

A.J. MYRZALIYEV

S.J.Asfendiyarov Kazakh National Medical University

QUALITY SYSTEM FOR PHARMACEUTICAL COMPANIES

Resume: Quality management system of the enterprise of a pharmaceutical profile it is necessary to consider as a complex of processes (most often classified on the main, administrative and providing), with competently documentary definition of their interrelations and interactions, a formulation of indicators of productivity and methods of their monitoring, conditions of the analysis and policy of continuous improvement. Each of processes of this system has to be controlled taking into account the modern principles of quality management, and also to be compounded with relevant requirements of the rules GMP and to meet existing standard and legislative demands. One of the main conceptual issues in this direction — creation of rational algorithm of performance of all described above demands. Proceeding from it, it is represented interesting to develop methodology of formation of ISM in the pharmaceutical industry and to study opportunity and rationality of introduction of such systems at the domestic enterprises. Relevance of such work can be confirmed with the serious importance of the arisen problem of adaptation of producers of medicines of developing countries to the standard laws in the modern world, to standards, standards, and also desire to create system of high-quality production and control of drugs according to GMP demands.

УДК: 615.454.1: 615.014.23

Д.К. ҚИЯШЕВ, Ш. НӨКЕРБЕК

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. Алматы қ.

КОМПОЗИЦИЯЛЫ «АЗИМЕТ» ЖАҒЫЛМАСЫНЫҢ ҚҰРАМЫ МЕН ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АНТИМИКРОБТЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН АНЫҚТАУ

Жергілікті іріңді инфекцияның алдын алу және емдеуін қамтамасыз ететін дәрілік қалыптардың бірі жағылма болып есептелінеді. Қабыну үрдісінің фазаларын, патогенезін, этиологиясын ескеріп, ғылыми дәлелденген көп құрамды жағылмаларды пайдалана отырып, іріңді жараларды емдеудің тиімділігін арттыруға болады. Бұл жағдайда әр компонент сол немесе басқа факторға, мәселен, микробқа, тіннің артық гидратациялануына (ісінуіне), некрозға (өлі ет) және тағы басқаларына бағытты әсер етеді.

Түйінді сөздер: Азимет жағылмасы, метилурацил, азитромицин, полиэтиленоксид, микробқа қарсы әсер.

Қазіргі кезде зерттеушілерге, емшілерге өзінің жоғары тиімділігімен және жанама әсерінің төмендігімен көп құрамды жағылма «Левомеколь» деген атпен белгілі (Россия) /1/. «Левомеколь» жағылмасындағы левомецетин мен метилурацил түрлі іріңді жараларды, тіндегі қабынуды емдегенде, синергетикалық белсенділік танытып, ауруларды тездетіп жазады. Левомеколь құрамы төмендегідей болады;

Левомецетин – 0,75 г

Метилурацил – 4,0 г

ПЭО 400 және 1500 – 100 г дейін

Левомецетиннің антимикробтық әсері микроорганизмдердегі ақуыз синтезін бұзу арқылы жүреді. Ол сыртта іріңді бұзылуында, күйікке қолданылады. Левомецетинді қан түзуілін тежейтін препараттармен (сульфаниламид, цитостатик) бірге бір уақытта қолдануға болмайды /2/. Сонымен қатар, левомецетин бауыр, бүйрек, қант ауруларында теріс әсер етеді /3,4/.

Қызару –қан тамырларының кеңейуінен, ісіну – тамыр қабырғаларының өткізгіштігінің жоғарылауынан және қанның сұйық бөлігі тамырдан бөлініп шығуынан пайда болады, ал ауырушаңдық синдромы экссудаттың және қабыну медиаторларының жүйке талшықтарының ұштарын тітіркендіруіне байланысты болады. Биологиялық тұрғыдан қарастырғанда, қабыну -дененің қорғаныс реакциясына жатады. Бірақ, қабыну реакциясы, негізінен инфекциялы және инфекциясыз патологиямен қатар жүріп, тіндер мен мүшелердің морфологиясы мен қызметін терең өзгертіп жіберуі мүмкін. Сондықтан, қабыну үрдісін тиімді емдеу үшін, қолданатын препараттардың әсер механизмдерін шартты түрде білу қажет. Осы мақсатта біз

левомецетинді алмастыратын тиімді антибиотик азитромицинді таңдадық /5/. Бұл препарат қышқылға төзімді, макролидтер тобына және азолиттер өкіліне жатады. Ол микробқа қарсы кең спектрлі әсерімен танымал. Микроорганизмдегі ақуыз синтезін тежейді, аз дозада бактериостатикалық әсер көрсетсе, көп дозада бактерицидті әсер және грамм оң әрі грамм теріс бактерияларға қатысты үлкен белсенділік көрсетеді. Ал, метилурацил препаратын қарастыратын болсақ, оның анаболиялық және катаболиялық белсенділігі болады. Препарат жасушаның регенерациясын жылдамдатып, жараның жазылуын тездетеді, жасушалық, гуморалдық қорғаныс факторын демейді /6/. Дәрілік қалыптың құрамын талдауда жағылма негізін таңдап алу – маңызды кезеңге жатады. ПЭО фармацевтикалық өндірісте жағылмада көмекші зат ретінде көп қолданылады. Себебі ол гидрофильді болғандықтан әсер етуші затты өзінен тез босатады және сіңуін тездетеді. ПЭО суда толық ериді, токсикалық әсері жоқ, теріге жақсы жағылады, терінің газ алмасуына және бездердің қызметіне әсер етпейді. Олар жарыққа, температураға, ылғалға тұрақты, рН орта өзгеруіне сезімталдығы төмен. Тәжірибеде дәлелденгендей, вазелин-ланолин негізіне қарағанда, ПЭО жағылманың микробқа қарсы әсерін арттырады.

Сондықтан, біз жағылма негізі ретінде қорытпа түрдегі полиэтилен оксид - ПЭО 400 бен ПЭО 1500 тұратын гидрофильді құрамды таңдап алдық /7,8/.

Жағылма құрамындағы азитромициннің оптималды мөлшерін анықтау үшін азитромициннің әртүрлі концентрациялы дозасының бактерияға қарсы әсерін тексердік кесте 1.

1 Кесте - Әртүрлі дозадағы Азитромициннің микробқа қарсы әсері

№	азитромициннің саны г	Staphylococcus aureus	Escherihia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candi da albica ns
1	0,25 г	25	-	14	-
2	0,5 г	25	7	16	-
3	0,75 г	26	8	25	-
4	1,0 г	26	12	25	-

Жоғарыдағы кестеден көргеніміздей Азитромициннің барлық концентрациялы дозасы Candida albicans саңрауқұлағына әсер етпейді. азитромициннің 0,75 г және 1,0 г дозасы Staphylococcus aureus және Pseudomonas aeuruginosa микробтарына қарсы әсерлері өте жақсы. Escherihia coli микробына қарсы әсерлері

жақсы. Азитромициннің әртүрлі концентрациялы дозасының бактерияға қарсы белсенділіктерін салыстыра отырып, сонымен бірге материалды үнемдеу мақсатында азитромициннің 0,75 г мөлшерін тиімді деп есептедік.

Жоғарыдағы зерттеу нәтижелері бойынша және әдебиеттердегі мәліметтерге сүйене отырып «Азимет» атты жағылманың 100 г мөлшеріндегі белсенді әсер

Азитромицин - 0,75 г
 Метилурацил - 5 г
 ПЭО 400 – 74,25 г
 ПЭО 1500 – 20 г

«Азимет» атты жағылма төмендегідей технологиялық сатылармен жасалды: Азитромицин ПЭО 400-дің жарты мөлшерінде еріткі және ПЭО 1500 су моншасында 50-60 °С балқытып оны араластыра отырып, ПЭО 400-де еріген азитромицин ерітіндісін қостық, содан соң қоспаны араластыруды жалғастыра отырып, оған қалған ПЭО 400 –дің жартысы мен метилурацилды аз-аздап қосып, температура суынып 24-25⁰ С-қа жеткенше қоспаны

етуші заттар мен көмекші зат негіздің қатыстары төмендегідей жасалды:

мұқият араластыруды жалғастырдық. Араластыру келіде келісаппен жүргізілді. Араластырғанда қоспа қоюланып, тұтқыр сұйықтық күйге айналды. Қоспа 25 минуттан соң, сарғыш түсті серіппелі пластикалық массаға айналды. Антибиотик азитромицин мен метилурацил негізінде жасалған көп құрамды жағылма «Азимет»-тың микробқа қарсы әсері анықталды кесте 2.

2 Кесте - «Азимет» жағылмасының микробқа қарсы әсері

№	Жағылма аты	Staphylococcus aureus	Escherihia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
1	Азимет	27	18	7	0

Зерттеу нәтижесі «Азимет» жағылмасының Staphylococcus aureus микробына өте жақсы әсер ететіндігін, Escherihia coli микробына жақсы әсер ететіндігін дәлелдеді.

Жағылма құрамындағы азитромицин микробқа қарсы әсер көрсетсе, метилурацил жасушаның регенерациясын жылдамдатып, жараның жазылуын тездетеді. Сол

арқылы терінің іріңді инфекцияларын, күйікті, түрлі жарақаттарды емдеу мақсатына жетуге болады.

Қортынды: азитромицин мен метилурацил негізінде жасалған жаңа, композициялы «Азимет» атты жағылманың құрамы мен технологиясы жасалды. Жағылманың микробқа қарсы әсері анықталды. Осы зерттеу жұмысы бойынша ізденістер жалғасуда.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 ФС «Левомеколь» 42-2922-92
- 2 Ушбаев К.У. Хлорамфеникол//Новые лекарственные препараты. – Алматы: 2000. - С. 228-229.
- 3 Ушбаев К.У. Группа левомецетина.//Новые лекарственные препараты. - Алматы. 2000. – С.29-30.
- 4 Кияшева А.К. Определение антимикробной активности композиционной мази «Левисал»././Экология промышленного региона и здоровье населения. Караганды: 2010. – С.443-445.
- 5 Ушбаев К.У. Азитромицин. //Новые лекарственные препараты. – Алматы: 2000. – С.17-18.
- 6 ВФС «Метилурацил» РК 42-955-2003.
- 7 Аширматова М.И. и др. Вспомогательные вещества в производстве косметических препаратов. //Методические разработки. - Алматы-Шымкент: 1998. – 46 с.
- 8 Кияшев Д.К., Тяп Е.В., Шакиев С.Ш. Определение антимикробной активности комбинированных препаратов мази «Левас» и Левас-С»././Материалы международной конференции. Медицина и образование в 21 веке, посвященной 70-летию КазГМУ. – Алматы: 2001. – С.310-311.

ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ КОМПОЗИЦИОННОЙ МАЗИ "АЗИМЕТ"

Резюме: разработан состав и технология приготовления новой композиционной мази "Азимет" на основе азитромицина и метилурацила. Определена ее антимикробная активность. По данной работе исследования в настоящее время продолжаются.

Ключевые слова: мазь Азимет, метилурацил, азитромицин, полиэтиленоксид, антимикробное действие

PREPARATION TECHNOLOGY OF THE NEW COMPOSITE OINTMENT "AZIMET"

Resume: Designed composition and preparation technology of the new composite ointment "Azimet" based on azithromycin and metiluratsil. Determined its antimicrobial activity. According to this paper, studies are currently underway.

Keywords: «Azimet» ointment, metiluratsil, azithromycin, polyethylene oxide, antimicrobial action

УДК 615.451.16

У.М. ДАТХАЕВ, Г.О. УСТЕНОВА, Б.Г. МАХАТОВА, К.С. ЖАКИПБЕКОВ
 Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ CO₂-ЭКСТРАКТА ТАТАРНИКА КОЛЮЧЕГО

В данной статье описывается получение экстракта татарника колючего с использованием технологии углекислотной экстракции.

Ключевые слова: CO₂-экстракт, татарник колючий, технология

В структуре современного фармацевтического рынка неуклонно растет доля препаратов на основе лекарственного растительного сырья. Широкий спектр их действия объясняется многокомпонентностью состава биологически активных веществ, одновременным присутствием соединений различной природы. Мягкое терапевтическое действие, малая токсичность, редкое возникновение побочных явлений, экономическая доступность – это немногие из достоинств растительных средств. Не является исключением растение семейства Asteraceae – татарник колючий, которое широко распространено на территории Казахстана. В связи с этим, татарник колючий является перспективным сырьем для фармацевтической промышленности, его внедрение в виде различных лекарственных форм в медицину и фармацию является актуальным.

Немаловажным звеном в разработке технологии и лекарственной формы является извлечение биологически активных веществ.

Для извлечения биологически активных веществ из травы татарника колючего нами была выбрана технология углекислотной экстракции – это технология обработки сырья диоксида углеродом (CO₂), позволяющая извлекать в высокой концентрации различные липофильные вещества. Технология углекислотной экстракции – эффективный и экологически чистый способ выделения различных биологически активных веществ, содержащихся в лекарственном растительном сырье [1]. Технология углекислотной экстракции имеет несомненные преимущества перед традиционными способами экстракции: обладает управляемой селективностью по отношению к группам БАВ, позволяет осуществлять глубокую экстракцию, максимально выделять богатые комплексы БАВ, содержащиеся в растении. Поскольку, при разработке лекарственных средств выдвигаются жесткие требования по безопасности и качеству, то углекислотные экстракты

являются оптимальными, обеспечивая естественность, микробиологическую чистоту, отсутствие экстрагента в конечном продукте. Наряду с содержанием целевых компонентов, в экстрактах представлены почти все группы биологически активных липофильных соединений растения (жирные кислоты, жирорастворимые витамины, воски, терпены и терпеноиды, пигменты, алкалоиды, фитостерины и другие). Кроме того, использование диоксида углерода в качестве растворителя в процессах экстракции и выделения различных веществ, дает высокое качество получаемой продукции, экономическую эффективность и экологическую безопасность процессов [2].

Технологические преимущества метода:

- стерильность самих CO₂-экстрактов и отходов (так называемого шрота): в процессе экстракции в углекислой среде гибнут все микроорганизмы, а также, при экстракции не используются высокие температуры, поэтому биологически активные вещества не разрушаются, не претерпевают изменений;
- расширение спектра извлекаемых веществ;
- возможность фракционирования;
- сокращение времени технологического цикла;
- в конечном продукте нет остатков растворителя [3].

Из надземной части многолетнего дикорастущего травянистого растения травы татарника колючего – *Oenothera biennis* L., семейства Астровых – Asteraceae, собранного с конца июня по середину июля на территории Южного Казахстана, был получен густой экстракт татарника колючего. Экстракт был произведен на базе ТОО «Фито-Аромат». Получение экстракта осуществлялось в докритических условиях на экстракционной установке УПЭ5л, в соответствии со стандартом предприятия СТ 27658-1910-ТОО-02-2011. В качестве экстрагента использовалась жидкая углекислота. Параметры экстрагирования указаны в таблице 1.

Таблица 1 – Параметры экстрагирования

№	Параметры	Фактические данные
1	Экстракционная масса, г	2160
2	Время экстракции, мин	240
3	Давление, атм.	62
4	Температура, °С	23-24
5	Выход экстракта, г	13
6	Выход экстракта, %	0,6

Таким образом, при получении экстракта из травы татарника колючего нами было установлено, что выход экстракта значительно выше, чем при традиционных

методах получения, при этом значительно расширен спектр извлекаемых веществ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Богданов, К.Б. Способы использования диоксида углерода (CO₂) в агропромышленном комплексе / К.Б. Богданов, Е. И. Усков. – Харьков: НФаУ, 2005. – 128 с.
- 2 Пелипенко, Т. В. Биологически активные вещества CO₂-экстрактов из растительного сырья / Т. В. Пелипенко, Н. А. Турышева, Т. И. Тимофеев и др. // Пищевая технология. – 1999. – № 4. – С. 12-14.
- 3 Таран, А.И. Антимикробные свойства CO₂ экстрактов / А.И. Таран, О.А. Аверьянова, Н.С. Подшиваленко // Пищевая промышленность. – 2002. – №12. – С.69-70.

У.М. ДАТХАЕВ, Г.О. УСТЕНОВА, Б.Г. МАХАТОВА, К.С. ЖАҚЫПБЕКОВ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Түйін: бұл мақалада көмірқышқыл экстракция технологиясын қолдана отырып тікенді шағыртікен экстрактын алу жолы сипатталған.

Түйінді сөздер: CO₂ - экстракт, тікенді шағыртікен, технология

U.M. DATKHAYEV, G.O. USTENOVA, B.G. MAHATOVA, K.S. ZHAKIPBEKOV
TECHNOLOGY OF CO₂-EXTRACTS OF THISTLE PRICKLY

Resume: This article describes the preparation of a prickly thistle extract using carbon dioxide extraction technology.

In the structure of the modern pharmaceutical market is steadily growing share of products based on herbal drugs. A wide range of multi-component due to the action of biologically active substances, the simultaneous presence of compounds of different nature. Mild therapeutic effect, low toxicity, the rare occurrence of side effects, affordability - it's a few of the advantages of herbal remedies. Is no exception to the plant family Asteraceae - prickly thistle, which is widespread in Kazakhstan. In this regard, the prickly thistle is a promising raw material for the pharmaceutical industry, its implementation in a variety of dosage forms in medicine and pharmacy is relevant.

An important element in the development of technology and the dosage form is to extract the biologically active substances. To extract the biologically active compounds from herbs prickly thistle, we chose a carbon dioxide extraction technology - a technology for processing of raw carbon dioxide (CO₂), which allows to extract a high concentration of a variety of lipophilic substances. Carbon dioxide extraction technology - efficient and environmentally friendly way to separate the various biologically active substances contained in medicinal plant raw materials.

Keywords: CO₂ - extract, prickly thistles, technology.

УДК 616.12-009.72:616-08-039-57:615.065(053.9)

Г.М.ПИЧХАДЗЕ, Э.М.САТБАЕВА, К.Н.ЖУМАБЕКОВА, Н.Б.УСИПОВА

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, кафедра фармакологии

«АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ СО СТЕНОКАРДИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

Опросно-анкетным методом проведен анализ назначений лекарственных средств пожилым больным со стенокардией в амбулаторных условиях г. Алматы. Выявлена полипрагмазия, коррелирующая с полиморбидным состоянием и высоким уровнем побочных эффектов. Определены низкий уровень комплаентности пожилых больных и достаточно высокий уровень самолечения. Наиболее значимые показатели отмечаются в возрастной категории 70-79 лет.

Ключевые слова. Стенокардия, полипрагмазия, побочные эффекты, самолечение, комплаенс

Проблема лечения сердечно-сосудистых заболеваний всегда являлась одной из сложных и приоритетных задач как мирового, так и отечественного здравоохранения. Так, ишемическая болезнь сердца (ИБС) в структуре причин общей смертности населения составляет примерно половину от общего числа смертей, обусловленных патологией системы кровообращения [1,2,3].

В нашей республике эта проблема также стоит достаточно остро: данные статистических исследований Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения РК свидетельствуют, что в 30% случаев причиной смерти престарелых граждан являются сердечно-сосудистые заболевания. Одним из немаловажных факторов, определяющих значимость данной патологии, являются высокие материальные издержки. Так, к примеру, в США затраты на стационарное лечение больных только стабильной стенокардией превышают 25 млрд. долларов, причем в эту сумму не включаются ни затраты на лечение острых расстройств коронарного кровообращения, ни финансовые издержки вследствие временной нетрудоспособности или инвалидизации [3]. Все это объясняет значительную актуальность изучения различных аспектов лечения ишемической болезни, особенно у лиц пожилого возраста в виду увеличения продолжительности жизни населения во многих странах, в том числе и в Казахстане. При этом большое значение имеет не только поиск оптимальных вариантов рациональной фармакотерапии ИБС, но и изучение факторов, оказывающих влияние на результаты лечения.

Цель работы. Провести анализ назначений лекарственных средств (ЛС) пожилым больным со стенокардией в амбулаторных условиях г. Алматы (на примере наиболее крупной поликлиники города).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе поликлиники №8 (в рамках научно-технической программы «Разработка модели (программы) антистарения в обеспечении активного долголетия лиц пожилого возраста Казахстана» 007 «Прикладные научные исследования МЗ РК», подпрограмма 100 от 10.04.2011г). Методом случайной выборки было отобрано 200 больных в возрасте старше 40 лет с диагнозом «ИБС. Стенокардия».

Пациенты были распределены по возрастным категориям с десятилетним шагом. Учитывались количество сопутствующих заболеваний, количество одновременно получаемых препаратов в сутки и за один прием в среднем и максимально, количество пациентов, у которых были отмечены побочные эффекты, доступность препаратов (приемлемость цены), количество обращений в поликлинику, уровень информированности пациентов врачом о препарате, уровень самолечения.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась общепринятым методом вариационной статистики. Для обработки данных использовалась компьютерная программа Microsoft Access.

Результаты исследования показали, что наиболее часто стенокардия встречается в возрастной группе 60-69 и 70-79 лет (рисунок 1), причем значительно преобладают лица женского пола во всех возрастных группах (145 больных или 72,5%).



Рисунок 1 – Распределение больных по возрастам

При анализе сопутствующих заболеваний выявлено, что их количество увеличивается с возрастом, достигая максимума у лиц старше 80 лет и в возрасте 70-79 лет (средний показатель - 5,2 и 4,9, соответственно).

Далее был проведен анализ применения лекарственных средств пациентами (рисунок 2). Максимальное количество препаратов, принимаемых за сутки в среднем встречается в группах старше 80 лет и 70-79 лет, составляя 6,7 и 6,6 препаратов, соответственно.

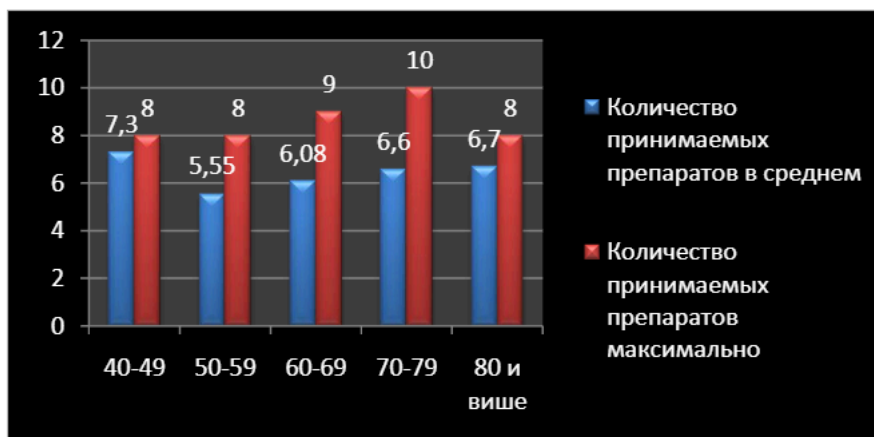


Рисунок 2 - Количество принимаемых препаратов в сутки (в среднем и максимальное количество)

Наибольшее количество принимаемых препаратов на один прием (рисунок 3) выявлено у лиц старше 80 лет и в возрастной группе 70-79 лет (в среднем 4,2 и 4,1 соответственно).

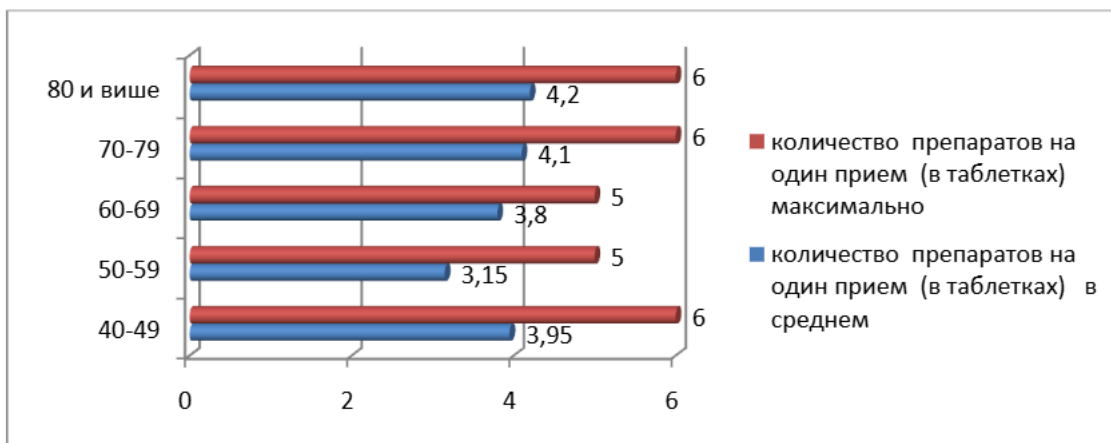


Рисунок 3 – Количество препаратов, принимаемых на один прием (в среднем и максимальное значение)

При анализе побочных эффектов выявлено, что наиболее высокий показатель отмечается в возрастных группах 60-69 и 70-79 лет. Изучение показателей комплаенса, таких как информированность пациентов об обоснованности и необходимость приема назначенных препаратов, показало, что наиболее информированными являются пациенты в возрасте 60-69 лет, меньше всего данный показатель отмечается у пациентов старше 80 лет.

Уровень доступности препаратов для пожилых больных отражен на рис. 4. При опросе пациенты отметили, что лекарственные средства, отпускаемые по рецепту бесплатно, не всегда им выдавались, многие препараты приобретались ими самостоятельно, цены на выписанные лекарства были достаточно высокие. Наиболее удовлетворены доступностью препаратов пациенты в возрасте 70-79 лет.

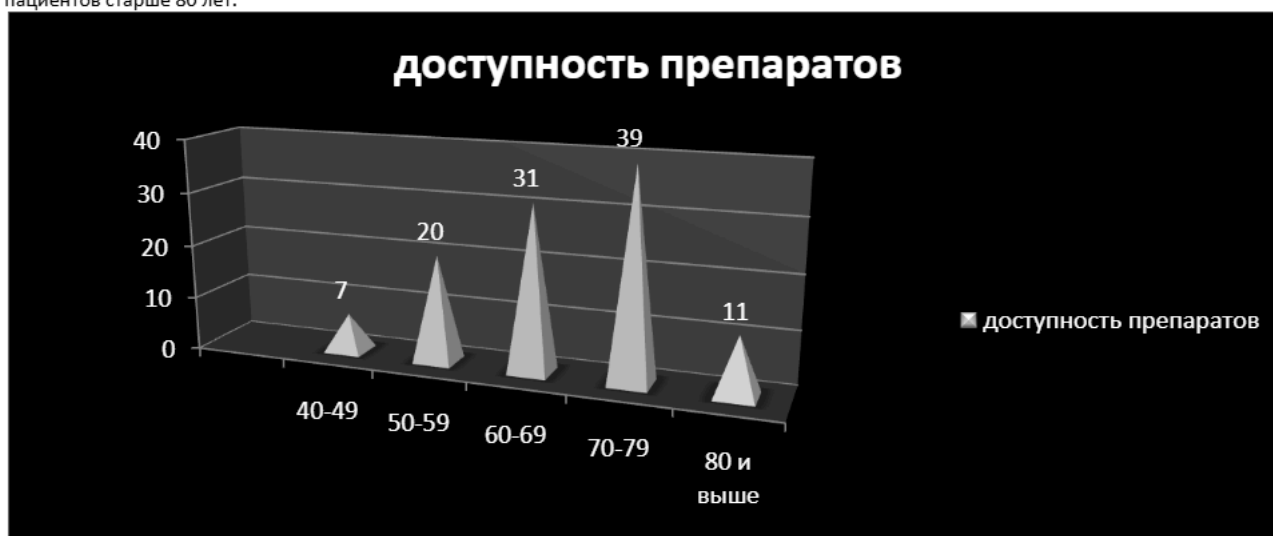


Рисунок 4 - Уровень доступности лекарственных средств

При анализе частоты обращений в поликлинику было выявлено (рисунок 5), что с возрастом больные реже посещают поликлинику - чаще всего обращаются в поликлинику пациенты в возрасте 40-49 лет (в среднем 9 раз в год).

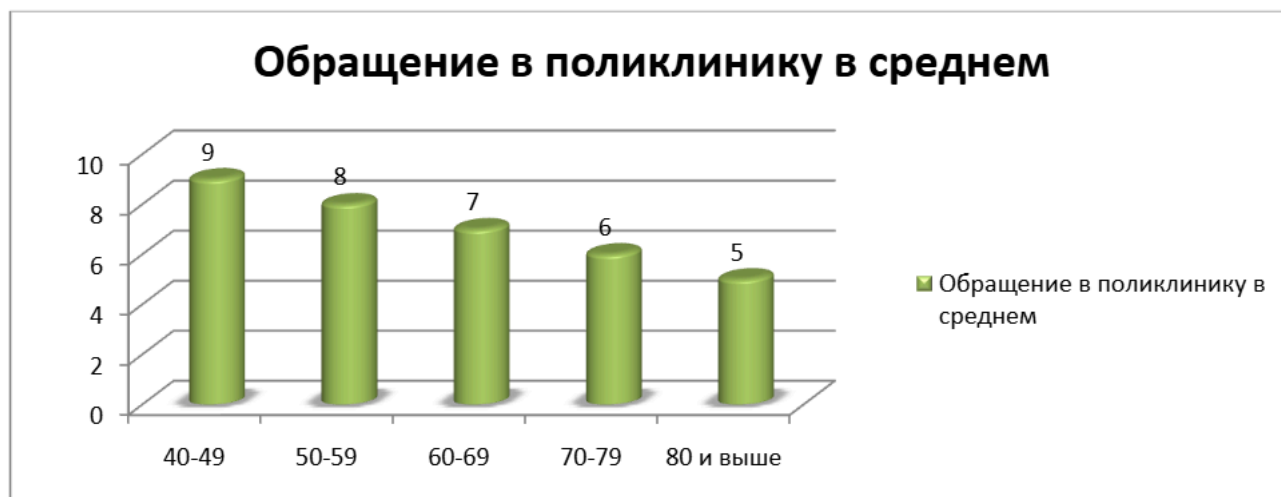


Рисунок 5 – Частота обращений в поликлинику

При опросе больных было выявлено, что многие пациенты принимали препараты без ведома врача, дополнительно к назначенным лекарственным средствам самостоятельно приобретали другие препараты. Количество таких больных больше всего было в возрастной группе 60-69 лет и 70-79 лет. Эти данные приведены на рисунке 6.

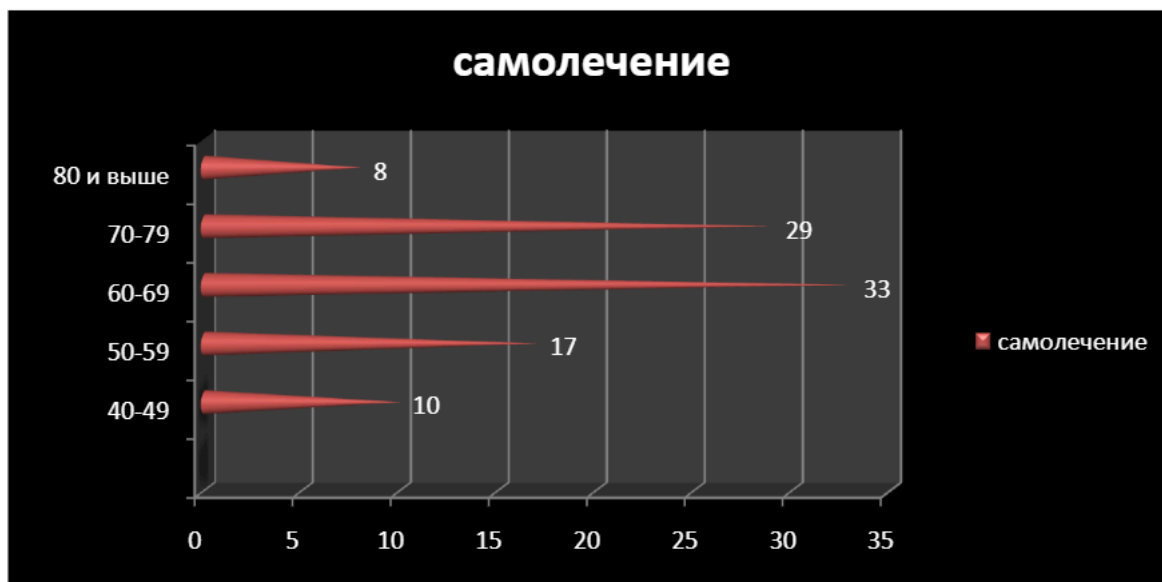


Рисунок 6 - Уровень самолеечения пациентов по возрастам

Обсуждение и заключение. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что лечение стенокардии у пожилых больных на амбулаторном уровне имеет свои особенности в силу полиморбидного состояния пациентов, что значительно затрудняет процесс лечения. Выявленная полипрагмазия у пожилых пациентов обусловлена несколькими факторами. Во первых, именно полиморбидность, вынуждающая больного наблюдаться одновременно у врачей нескольких специальностей, является причиной лекарственной полифармакотерапии как сложившейся практики, так как каждый из наблюдающих больного специалистов, согласно стандартам или установившейся практике, обязан выполнять целевые назначения.

Специализированная помощь оказывается пожилым больным в последние годы все чаще. Так, по данным Warsaw G., если в 1980 году 62 % визитов пациентов старше 65 лет в поликлинику приходилось на врача общей практики (терапевта) и 38 % — на специалистов, то 2005 году лишь 43 % визитов приходится на терапевта, а 57 % визитов — на специалистов узкого профиля [4]. Одной из причин такой тенденции является рост числа пациентов с несколькими хроническими заболеваниями. Кроме

того, при оказании медицинской помощи пожилым пациентам утрачивается ключевая роль врача общей практики, что существенно ухудшает качество оказания помощи, создает проблему полипрагмазии, а также увеличивает затраты на лечение [5].

Как было выявлено, многие пациенты занимаются самолечением, которое может быть обусловлено низким уровнем комплаенса. Недостаточный комплаенс связан, скорее всего, с большой загруженностью врачей амбулаторно-поликлинической сети: при высокой загруженности врач не в состоянии уделить больше внимания пожилым пациентам. Видя такое отношение, пожилые больные не спешат идти на прием к врачу: чем старше пациент, тем реже он обращается в поликлинику. Так, по нашим данным, если больные в возрасте 40-49 лет в год посещают участкового врача в поликлинике в среднем 9 раз, то лица старше 80 лет — почти в 2 раза реже (в среднем 5 раз в год).

Другой объективной причиной полипрагмазии и лекарственного взаимодействия у пожилых пациентов, по-видимому, являются ослабление или инвертированность ожидаемого конечного эффекта лекарственного препарата, так как происходят

изменения лекарственного метаболизма в увядающем организме, обусловленные изменением функционального состояния органов и систем, в первую очередь, печени и почек. В результате приема нескольких препаратов одновременно возможно развитие лекарственного взаимодействия и развития побочных нежелательных эффектов. Так, одновременный прием двух препаратов приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% больных, пять препаратов увеличивает их частоту до 50%, при приеме десяти препаратов риск лекарственных взаимодействий достигает 100% [6]. Данные наших исследований еще раз подтверждают эту закономерность: чем больше количество принимаемых препаратов, тем выше уровень развития побочных эффектов.

Для повышения уровня комплаентности необходимо создание мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени. Но задача может быть решена только при условии комплексной работы государства, учреждений здравоохранения, образовательной системы и т.д. При этом просветительская работа и конкретное обучение должно быть направлено не только на пациента, но и на членов его семьи. Борьба за улучшение комплаентности – одна из важнейших задач врача, занимающегося лечением ИБС. Многие причины недостаточной приверженности могут быть устранены при соответствующем подходе к больному. Для улучшения прогноза заболевания большую роль играют доверительные отношения между врачом и пациентом.

Низкий уровень комплаенса, в свою очередь, может стать одной из причин самолечения. В нашем исследовании 33% больных в

возрасте 60-69 лет самостоятельно без ведома врача принимали дополнительно другие препараты. Эти данные близки к данным российских исследователей, которые утверждают, что высокий уровень заболеваемости пожилых и старых людей и ограниченные материальные возможности провоцируют их переходить на самолечение - 41,4% пожилых больных вынуждены заниматься самолечением [7]. Ими же приводятся данные, что около 1/2 больных пожилого возраста неправильно выполняют назначения врача относительно приема медикаментов или не выполняют их вообще. Врач не всегда придает должное значение достижению комплаентности гериатрического контингента, ошибочно считая это малореальным. В то же время пожилой и старческий возраст сам по себе не является причиной недостаточной комплаентности, достижение которой у пожилых вполне реально при соответствующем подходе (вербальные и письменные инструкции, уменьшение числа назначаемых медикаментов, использование ретардных лекарственных форм, комбинированных препаратов и др.). Обучение пожилых пациентов требует регулярного контроля и комплексного подхода. Такая тактика позволяет улучшить информированность больных о своем заболевании, способствует повышению комплаентности, формирует у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повышает ответственность за здоровье, улучшая тем самым качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бокерия ЛА, Ступаков ИН, Гудкова РГ, Самородская ИВ. Сердечнососудистая хирургия в России: методы оценки результатов и перспектив развития. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2002. - №3. - С. 411.
- 2 Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Белоцерковский Б.З. и др. Нозокомиальная пневмония, связанная с искусственной вентиляцией легких (НПивл) У хирургических больных. - М.: 2000. – 158 с.
- 3 Apostolakis T. et al. Which are the exact guidelines for more rationale intervention concerning beta-blockers administration in coronary patients preoperatively? // Eur J Cardiothorac Surg. 2009, Vol. 35. - P. 746-747.
- 4 Warshaw G. Providing quality primary care to older adults // J. Am. Board. Fam. Med. 2009, Vol. 22.- P. 239-241.
- 5 Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. «Цереброваскулярные расстройства в пожилом возрасте // Проблема оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста (MEDI.RU)/«ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА», 2010. - С. 1-56.
- 6 Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., Дроздов В.Н., Ефремов Л.И. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы// Consilium Medicum. – 2007. - Т. 9, № 12. – С. 34-38.
- 7 Чернявская Т.К. Пожилой ученик в Школе больных артериальной гипертонией. Неврологические причины невыученных уроков. //Неврология. – 2011. - №2. – С. 23-27.

Түйін: Сұрақ-жауап анкеталық Әдісімен Алматы Қаласының стенокардиясы бар егде науқастардың амбулаторлы жағдайда дәрілік заттардың тағайындалуына талдау өткізілген. Полиморбидтік жағдай және жанама әсерлердің жоғары деңгейімен байланыстырылатын полипрагмазия анықталды. Егде науқастардың комплаенттігінің төмен және де өзбетінше ем қабылдау жоғары екендігі анықталды. .Өте мағыналы көрсеткіштер 70-79 жас санатыда анықталды.

Түйінді сөздер. Стенокардия, полипрагмазия, жанама әсер, өздігінен емдеу, комплаенс

G.M.PICHHADZE, E.M.SATBAEVA, K.N.ZHUMABEKOVA, N.B.USIPOVA

Kazakh National Medical University im.S.D.Asfendiyarova,

Department of Pharmacology

"ANALYSIS OF PRESCRIBING TO ELDERLY PATIENTS WITH STENOCARDIA IN THE OUTPATIENT SETTING"

Resume: The polling and biographical method carried out the analysis of purposes of medicines by the elderly patient with stenocardia in outpatient conditions of Almaty. The polypharmacy correlating with a multimorbid condition and high level of side effects is revealed. Low level of a patient compliance of elderly patients and rather high level of self-treatment are defined. The most significant indicators are noted in an age category of 70-79 years.

The problem of the treatment of cardiovascular diseases has always been one of the of both world and national health care. For example, coronary heart disease (CHD) among the causes of general mortality is about half of the total deaths caused by disorders of the circulatory system [1,2,3].

In our country, this problem also is quite acute: the data statistical research department of medical assistance of the Ministry of Health show that in 30% of cases the cause of death of elderly citizens are cardiovascular disease. One of the important factors that determine the significance of this disease are high material costs. So, for example, in the U.S. the cost of inpatient treatment of patients with stable angina alone exceed \$ 25 billion, and this amount does not include any costs for the treatment of acute disorders of the coronary circulation, no financial costs due to temporary incapacity or disability. [3] All this explains the considerable importance of studying different aspects of the treatment of coronary artery disease, particularly in the elderly in mind the increase in life expectancy in many countries, including Kazakhstan. In this case, is of great importance not only to search for the best options for rational pharmacotherapy coronary heart disease, but the study of factors affecting the outcome. The purpose of the work. To analyze the prescription of medicines (drugs) in older patients with angina in the outpatient setting, Almaty (for example, the largest clinic of the city).

Materials and methods. The study was conducted on the basis of number 8 clinics (within the scientific and technical program "Development of the model (the program) to provide active longevity of the elderly in Kazakhstan". Random sample was selected 200 patients over 40 years age with a diagnosis of "Coronary artery disease. Stenocardia".

Patients were divided into age categories with ten steps. We took into account the number of comorbidities, number of medications at the same time resulting in the day and at one time in the middle and the maximum number of patients who have had a marked adverse effects, availability of drugs (acceptable price), the number of calls to the clinic, physician awareness of patients on the drug, the level of self-medication. Statistical analysis of the results was generally accepted method of variation statistics. To process the data, we used a computer program Microsoft Access.

The results showed that the most frequent angina occurs in the age group of 60-69 and 70-79 years (Figure 1), and significantly dominated, females in all age groups (145 patients or 72.5%).

In the analysis of comorbidities revealed that their number increases with age, peaking in those over 80 years old and at the age of 70-79 years (mean - 5.2 and 4.9, respectively).

Specialized care is provided to elderly patients in recent years, more and more often. Thus, according to Warshaw G., if in 1980, 62% of patient visits over 65 years in the clinic were from the general practitioner (GP) and 38% - for professionals, the 2005 only 43% of visits accounted for the therapist, but 57% visits - by others specialists. [4] One reason for this trend is the growing number of patients with multiple chronic conditions. In addition, in the care of elderly patients lost the key role of the general practitioner, which significantly affects the quality of care, creates a problem of polypharmacy, but also increases the cost of treatment [5].

Keywords: Stenocardia, polipragmaziya, side effects, self-treatment, compliance

РАЗДЕЛ 3. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ CHAPTER 3. INNOVATIVE TEACHING METHODS

УДК 81373;001.4

З.К. КОКЕНОВА

*ст. преподаватель кафедры русского языка**Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова*

ДЕФИНИЦИИ В МЕДИЦИНЕ - ЯЗЫК НАУКИ

В данной статье рассматривается проблема терминологической несуразичи в медицинской, особенно в эпидемиологической науке; терминологических ошибок, необходимости унификации языка медицинской науки. Любое научное понятие раскрывается в дефиниции с помощью терминов, которые фактически являются языком науки.

Любое научное понятие раскрывается в дефиниции с помощью терминов, которые фактически являются языком науки. Полная определенность значения и устойчивость употребления являются непременным требованием к терминам. Путаница в терминах вызывает непонимание сущности обсуждаемого явления. Грамотная терминология с учетом прогрессивного научного мировоззрения и большого багажа профессиональных знаний – важнейшие компоненты, определяющие понятие «специалист».

Медицинская терминология – это язык, на котором общаются врачи разных специальностей. Наиболее приемлемыми в медицинской терминологии следует считать те определения, которые отражают суть явления, приняты большинством специалистов и понятны всем. Смысловое значение того или иного явления в медицине только тогда становится общепотребляемым, когда оно зафиксировано точным термином, не допускающим различных толкований.

Особое значение имеет язык в образовательный период. Усвоение специальных знаний и умений не может осуществляться без овладения языком избранной профессии. В этой связи важным фактором подготовки специалиста является формирование профессионального языка. Все это влияет на становление личности врача, будущего научного сотрудника, способствует перспективе профессионального совершенствования. И здесь уместно говорить о формировании «медицинской эрудиции» врача-специалиста. Под этим понятием мы подразумеваем глубокое всестороннее познание в области каждого профиля и широкую осведомленность в родственных с ней науках.

Известных ученых и лучших врачей всегда отличал и отличает высокий уровень медицинской эрудиции, языковой компетентности и речевой культуры. Отсюда одной из основных задач обучения является формирование у студентов осмысленного восприятия и владения современным профессиональным языком. Например, проф. М.Ахметовым в «Русско-казахско-английском медицинском словаре» термин «вагинальный» на казахский язык переведен 1. «жынаптық»; 2. «іншектік» (vaginal) и также термин «влагалище» на казахском языке дается как 1. «жынап», 2. «іншек» (vaginal); «вена» на казахском языке «вена», «көктамыр» на английском «vein»; «сосуд» на казахском языке «тамыр» («vessel» англ.); или термин «сотрясение» на казахском языке указаны три варианта: «шайқалу», «сілкіну», «шайқалыс»; термин по гинекологии как «фертильность» на казахском языке «фертильдік», «ұрықтылық», «тұқымдылық», «бала

туғыштық», «төлдегіштік», «жемістілік» на английском языке соответствующее одно слово «fertility»; «беременная» на казахском языке «жүкті», «екіқабат», «аяғы ауыр».

Фактически каждая дисциплина систематически увеличивает объем своей терминологии. Одновременно с этим проводится работа по упорядочению, унификации, стандартизации и семантике терминов. В фармацевтике все это закрепляется в законодательном порядке. В клинической медицине, эпидемиологии и смежных с ней дисциплинах нормативность носит весьма условный характер. В основном она является результатом «договоренности» (на съездах, симпозиумах, конференциях и т.п.) между учеными, а иногда обсуждения на терминологической комиссии РК.

С учетом развития науки часть медицинских терминов устаревает и выходит из употребления, другие меняют свое значение, а для выражения новых научных понятий возникают новые термины. Некоторые из них отражают развитие познания наукой природы болезни; иногда в его основе лежит неверное понимание характера болезни. Так, например, «малярия» трактуется как «нездоровый воздух» (лат.). Однако в наше время первоначальный смысл его уже давно не принимают во внимание. Он приобрел исторически закрепленное название научно расшифрованной инфекционной болезни. В таких случаях старые термины с успехом используются в современной эпидемиологии, гинекологии, общественном здравоохранении и т.п.

Неуместное употребление ряда терминов или их неправильное толкование в ряде случаев искажают понимание принципиальных постулатов эпидемиологии, гинекологии, общественного здравоохранения и др., способны породить недоразумения в указанных профилях науки.

В ряде случаев наблюдается подмена понятий, оторванность исследования как от теории науки, так и от практики. А это порождает уход от реальной науки в область манипуляций с языком, что проявляется в придумывании сомнительной, с точки зрения эпидемиологии, гинекологии, общественного здравоохранения терминологии или определений, не отвечающих смыслу научного поиска. Так, например, происходит путаница «комплексного метода» с «комплексным подходом».

Зачастую читатель не может разобраться и понять суть отдельных фрагментов работы и появляется неприязнь к подобной наукообразности (например, «уровень атаки» вместо «пораженности»). Особое неприятие вызывает группа терминов, которые являются транскрипцией и

имеют равноценные по смыслу русские синонимы. Неточность в толковании малоизвестных английских транскрипций (иногда просто «калек» с английских слов и выражений) вносит спорность в понимание той или иной научной работы. И в большинстве случаев было бы целесообразнее заменить транскрипцию того или иного термина на точно соответствующие и равноценные им по смыслу русские синонимы. В качестве иллюстрации можно привести ряд терминов: «симультантный» - вместо «одновременный», «интеракция» - вместо «взаимодействие», «каузальная связь» - вместо «причинная», «предикция» - вместо «предсказание» и т.д.

Сопоставление эпидемиологической терминологии и содержания, вкладываемого в употребляемые термины специалистами разных стран, отражает, в известной степени теоретический уровень развития науки в этих странах. Для понимания друг друга эпидемиологи и специалисты смежных наук должны говорить и писать свои труды на одном и том же понятном профессиональном языке, поэтому одной из проблем является задача его унификации.

Несомненно, что процесс восприятия опыта зарубежных эпидемиологических школ и интенсивная интеграция эпидемиологии с другими научными дисциплинами сопровождается расширением терминологического словаря. И это надо приветствовать как позитивный процесс науки. Но, к сожалению, следует отметить, что в ряде случаев неосмысленный перенос терминов, особенно зарубежных, ведет к следующим негативным последствиям. Так, например, употребление в ряде сборников, статей и других различных терминов для обозначения одного и того же явления. В частности, термин «заболеваемость» - это и инцидентность: и инцидент, и кумулятивная инцидентность, и частота. Или возьмем показатель превалентности (prevalence rate, который означает как показатель распространенности, болезненности и как показатель пораженности.

Никакой необходимости мы не видим в продвижении таких терминов - калек с английского - как «пестконтроль» (pestcontrol), то есть в переводе «контроль численности», или «pest managment» - управление популяциями проблемных видов вредителей. Или, например, группы сравнения некоторые ученые называют «экспонируемые» и «неэкспонируемые». В то же время, на русском языке звучит проще и понятнее: «основная» и «контрольная». Нередко отмечается некачественный перевод - в результате искажается смысл исходного термина, и обнаружить это можно лишь обратившись к первоисточнику, что делать не всегда удобно.

Кроме того, начинают «гулять» различные трактовки таких терминов и в итоге каждый раз хочется выяснить, что же автор конкретно имеет в виду. Иллюстрацией могут служить два примера. 1. Surgical site infection - переводится не как «инфекция в области хирургического вмешательства (аналог - послеоперационная инфекция)», а как «хирургическая инфекция» (surgeon infection), тогда как в отечественной хирургии «хирургическая инфекция» - это инфекция, требующая хирургического вмешательства. 2. Infection control - «контроль», по сути - это система управления эпидемическим процессом инфекционного заболевания, включающая систему эпидемиологического надзора, систему мероприятий (система контроля) и обученный персонал.

Наблюдается и употребление явно неудачных зарубежных терминов в ущерб эпидемиологическому смыслу и даже в противоречие научным знаниям. Например, в зарубежной эпидемиологии есть термины «water-borne enteric infections» (дословно - порожденные водой и порожденные продуктами кишечные инфекции) - как отражение преимущественной передачи инфекции тем или иным путем. Однако это привело к тому, что в некоторых зарубежных классификациях и рубриках учебников и монографий выделены такие группы инфекций. Соответственно холеру, дизентерию Флекснера и брюшной тиф вы найдете в разделе «water-borne infections» (инфекции, порожденные водой), но их даже не рассматривают среди «food-borne infections», так называемых инфекций, порожденных пищевыми продуктами.

И хотя эколого-эпидемиологическая классификация кишечных инфекций в отечественной эпидемиологии разработана достаточно хорошо, общепризнана теория этиологической избирательности преимущественного пути передачи на другие кишечные инфекции, показана значимость различных путей передачи кишечных инфекций, тем не менее, эти термины переключаются в отечественную эпидемиологию. Причем в «корявом» виде: острые кишечные инфекции, «зависимые от активности водного пути, или ассоциированные с его активностью инфекции» («water-borne infections»); острые кишечные инфекции, «зависимые от активности пищевого пути, или ассоциированные с его активностью инфекции» («food-borne infections»).

В последнее время наметилась новая тенденция: появление термина влечет соблазн некоторых ученых сформировать под него новое, даже «самостоятельное», научное направление. Так было при расширении и совершенствовании эпидемиологического метода и типов эпидемиологических исследований: «молекулярная эпидемиология», «молекулярная вакцинология», «дескриптивная эпидемиология», «аналитическая эпидемиология». В печати неоднократно учеными специалистами на это выдвигались замечания. Тем не менее они встречаются в медицинской печати. И хотя эти термины еще встречаются, уже никто всерьез не рассматривает самостоятельность таких направлений.

В зарубежной профилактической медицине изучение заболеваемости болезнями, обусловленными факторами питания населения, обозначено как «nutrition epidemiology» (эпидемиология питания), заболеваний детей и подростков - «epidemiology of children and adolescent» (эпидемиология детей и подростков), заболеваний, обусловленных производственными факторами - «occupation epidemiology» (эпидемиология труда), обусловленных социальными факторами или при применении социологических исследований - «social epidemiology» (социальная эпидемиология) . Отечественные ученые специалисты считают, что неприемлемым перенесение в отечественную эпидемиологию разделов и терминологии. Сложившейся в зарубежной профилактической медицине как отражение определенного исторического этапа ее развития, где гигиенические дисциплины во многом ограничены вопросами санитарии, а гигиенические положения нашли отражение как разделы эпидемиологии.

Постоянное внимание следует также уделять правильному употреблению хорошо и давно известных

терминов, поскольку они уже прочно вошли в лексикон медицинских и немедицинских работников и далеко не всегда употребляются к месту и в соответствии со значением. «Терминологическая вольница» средств массовой информации – это отдельная тема для разговора, и примеров в этом плане более чем достаточно в каждом выпуске новостей. Но гораздо печальнее неправильное употребление терминов медицинскими работниками, особенно представителями органов здравоохранения. Вот лишь некоторые из наиболее часто употребляемых терминологических ошибок: приводятся данные о «летальности» в процентах (при различных болезнях, при оказании различных видов помощи) с обозначением этого показателя как «смертности», говорится об «отрицательном приросте населения», хотя есть термин «убыль». Недавно в одном из выступлений было отмечено, что «эпидемиологический порог» при гриппе начал снижаться. Известно, что «эпидемиологический порог» не подвергается количественным изменениям. Надо понимать, что речь шла о снижении показателя заболеваемости гриппом, который стал ниже порогового уровня.

Примеры с терминологической несуразницей в различных статьях и трудах эпидемиологического профиля можно было продолжить. Но мы полагаем, что и этого достаточно. Безусловно, терминология в эпидемиологии и родственных с ней науках требует постоянного согласования, поскольку в медицинской литературе систематически появляются новые определения и термины различных научных школ и авторов.

Четкое определение используемых терминов, однозначное определение однородных предметов, явлений и действий является абсолютно необходимым требованием к лексике преподавателя, врача и, особенно научного работника.

Терминологические проблемы – это постоянно возникающие проблемы, но они могут и должны разрешаться путем взаимодоговоренности специалистов на базе общенаучных принципов и современных теоретических и научно-практических достижений научной дисциплины. Этому может способствовать активное функционирование созданной терминологической комиссии (Комитета). А также систематическое издание словарей или словарей-справочников эпидемиологического и других профилей медицинской науки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лапин И.П. Загрязненный русский язык в современном психологическом и медицинском научном лексиконе. //Соц.клин.психиатрия. - 2002. – №1. – С.100-102.
- 2 Солодовников Ю.П. Язык эпидемиолога: попытка унификации. // Журн. Микробиол. – 1995. – 5. – С. 119-122.
- 3 Солодовников Ю.П., Иваненко А.В., Устюжанин Ю.В. и др. Законы общей эпидемиологии кишечных инфекций. Там же. – 2008. – 6. – С. 112-114.
- 4 Шкарин В.В., Давыдова Н.А., Колмакова Н.А. Кто ясно мыслит, тот ясно излагает (о проблемах терминологии в эпидемиологии). // Журн. Микробиол. – 2002. – №4. – С. 98-102.
- 5 Ахметов Мұхамбедия Ахмет-Төре. Русско-казахско-английский медицинский словарь. - Алматы: Изд. «Сөз-Слово», 2006. – 512 с.
- 6 Ахметов Мұхамбедия Ахмет-Төре. Русско-казахский словарь терминов по гигиене питания (Тағам гигиенасы терминдерінің орысша-қазақша сөздігі). – Алматы: «Сөздік-Словарь», 1999.

Түйін: Бұл мақалада медицина ғылымында, әсіресе эпидемиологиядағы терминдерді орынсыз қолданудан мамандардың бір-бірін анық түсінбейтін жайт орын алғандығына, ғылыми еңбектерде терминдік қателер жіберілетіндігі, медицина ғылым тілінде терминдер тұрғысынан бірыңғайлықты жүйелендіру қажет екендігі қаралады. Кез келген ғылыми түсінік ғылыми тіл болып танылатын терминдердің түсіндірмесін беруі тиіс.

Z.K. KOKENOVA

*Russian language Department,
KazNMU*

DEFINITIONS IN MEDICINE - LANGUAGE OF SCIENCE

This paper addresses the problem of absurdity in medical terminology, especially in epidemiology; terminological errors, the need to unify the language of medical science.

Any scientific concept revealed in the definitions using terms that are in fact the language of science. A complete definition of the value and stability of the drug is an absolute requirement for the terms.

УДК 37.02.026.3

К.О. ШАРИПОВ, К.А. БУЛЫГИН, С.С. ЕРДЖАНОВА, С.С. ЖАКЫПБЕКОВА, Г.И. ПЕТРОВА,
Д.Ш. ЖЕТПИСБАЙ, А.Е. ЕСИМЖАН, А.А. КИРГИЗБАЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

«РАЗРАБОТКА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТЕНТА (КВАНТОВАННЫХ ТЕКСТОВ) ПО БИОХИМИИ»

Цель исследования - разработка педагогических контентов по биохимии

Метод – квантование учебных текстов и создание заданий в тестовой форме к ним

Кафедра биохимии Казахского национального медицинского университета с 2012 года приступила к разработке педагогических контентов по биохимии. Эта работа является составной частью по развитию педагогических технологий и педагогического контента КазНМУ. В работе отражен первый опыт по внедрению методики квантования учебного материала и созданию заданий в тестовой форме к ним различных видов на основе теории педагогических измерений Аванесова В.С.

Ключевые слова: педагогический контент, квантование текстов, задания в тестовой форме

Педагогический контент ВУЗа (высшего учебного заведения) – это образовательный имидж ВУЗа, который включает модель образования, базу учебно-методических материалов, средств контроля, научных и других достижений профессорско-преподавательского состава (ППС) и студентов.

Разработка педагогического контента включает в себя развитие педагогических технологий, таких как квантование учебных текстов и создание заданий в тестовой форме к ним [1, 2].

Важной методологической закономерностью современной педагогической, в том числе, методической науки является усложняющийся синтез научных знаний и многоуровневый подход к использованию методологии к разработке новых систем образования и условий их реализации, поскольку система образования, в том числе медицинского, является категорией социального, философско-методологического и педагогического характера, а его предметная система носит теоретико-методический характер. Все это говорит о применении не только многоуровневой методологии, но и важности интегративно-комплексного рассмотрения принципиально важных проблем общехимической и базовой медико-биологической подготовки студентов в рамках медицинского образования, как сложной дидактико-методической системы.

Актуальность методологического аспекта исследований в области методики обучения обусловлена значительным повышением преобразующей роли науки в современном обществе, интенсивным процессом ее развития, стимулируемым научной методологией познания. Предметом научных разработок становятся как более скрытые, глубинные процессы, так и их важные комплексы, среди которых наибольшее внимание привлекает сам человек, процессы формирования его личности и профессионализма [3, 4].

Главной задачей нашей работы является выделение наиболее общих методологических позиций, определяющих парадигмальную и уровневую направленность современного высшего медицинского образования, в том числе, биохимического в структуре медицинского образования. В этой связи целью нашей работы явилось разработка педагогических контентов (квантованных текстов и заданий в тестовой форме к ним) по биохимии.

Новая философия образования предполагает три главных составляющих [5-7]:

1 – понимание путем создания квантованных текстов. Образование стало другим, дети разные по уровню и

всех учить по одному учебнику нельзя, образование должно стать уровневым. Для этого нужны короткие тексты с заданиями в тестовой форме к ним.

2 – усвоение путем создания и ответов на задания в тестовой форме различных видов к квантованным текстам (контекстуально-зависимые задания) и аттестационных заданий (на допуск к экзамену или для итоговой аттестации выпускников по биохимии без текстов к ним).

3 – применение – клинические ситуации или интерпретация клиничко-теоретических, других ситуаций (cases)

Квантование – это деление текста учебника на осмысленные части. Учебник – это глыба мрамора. Отсекаем лишнее. Текст учебника – совокупность скрытых квантов. Квант – совокупность абзацев (мыслей авторов). Каждому абзацу дается заголовок. Это так называемое образование по “head lines”. Оно стало актуальным в последние годы среди молодежи. В настоящее время студенты и школьники не вчитываются в большие и неорганизованные тексты, они легче воспользуются Интернетом, где могут найти квантованную необходимую информацию и при этом быстро ее просмотреть по заголовкам. Зачастую им не требуется даже читать сам абзац. Но в интернете такая информация носит не системный характер и не предназначена для обучения и тем более не имеет обучающих заданий в тестовой форме. Таким образом, чтобы была польза от использования квантованных текстов необходимы проверочные инструменты к ним (средства педагогических измерений) – задания в тестовой форме разных видов. Студент, прочитав текст, может проверить себя по заданиям в тестовой форме, которые даются сразу после квантованного текста и если не может ответить вновь и вновь интуитивно возвращается к тексту. Этого нельзя добиться при современном подходе к образованию студента практически не возможно заставить самостоятельно читать большие неорганизованные тексты учебников. А если студент и позволит себе уделить время на учебник во время внеаудиторной работы, то информация просто прочитывается (хорошо, если вся и хотя бы один раз), но в памяти не остается или остается обрывочно и ненадолго. Это общая проблема для всех дисциплин в современном образовательном пространстве, когда большее время уделяется самостоятельной работе студентов [8].

В связи с этим наша кафедра прониклась идеей квантования учебных текстов по биохимии и составления

заданий в тестовой форме к ним (педагогических контентов), тем более мы имеем три тома учебного пособия как прообраза квантованных текстов.

Правила квантования учебных текстов [9]

1. Нужно дать название, потому что читатель должен получить ответ на главный вопрос: о чём этот текст?
2. Разбить весь текст на абзацы по логическому принципу (3-8 строк). Абзац – это новая мысль.
3. Ключевые слова пишутся ближе к началу
4. Фразы строятся просто, по возможности, без придаточных предложений, без причастных и деепричастных оборотов
5. Как можно меньше наукообразия и редко используемых слов
6. Мысль начинается и заканчивается в абзаце
7. Писать сущностные элементы, которые надо знать и затем обязательно проверить

Новые качества педагога-новатора от обучения всех к образованию каждого. В итоге наша цель – учесть, сколько квантованных текстов студент изучил за неделю, сколько заданий в тестовой форме решил [10].

Для этого кафедре требуется банк квантованных текстов и заданий в тестовой форме к ним. Работа началась в этом году.

Были распределены темы для квантования и определено время для завершения первого этапа работы. На этом этапе каждый сотрудник кафедры единолично разрабатывает по 5 квантованных текстов и создает по 10 заданий в тестовой форме к каждому из них. Как отметили педагоги нашей кафедры – эта работа не простая, но очень полезная как для студентов, так и для самого педагога.

Другим аспектом в этой работе является то, что созданием заданий в тестовой форме и квантованием учебного материала могут заниматься и сами студенты – мы имеем опыт внедрения этой методики в самостоятельную работу студентов (СРС) и первые результаты работы. Студенты отмечают, что работа сложная, но интересная, творческая и действительно самостоятельная, не имеющая аналогов в мире (плагиат исключается). Мы рекомендуем использовать эту методику для СРС.

Выводы:

- 1) определены следующие темы для квантования и создания заданий в тестовой форме к ним:

1 – Белки и нуклеиновые кислоты, строение, свойства и роль

2 – Ферменты, строение, каталитическое действие

3 – Энергетический обмен, типы окисления

4 – Витамины, строение, роль, авитаминозы

5 – Обмен углеводов

6 – Обмен липидов

7 – Обмен белков

8 – Взаимосвязь обменов и биохимия печени.

9 – Гормоны, механизмы действия, представители, строение, роль

10 – Биохимия жидкостей и тканей организма

2) Созданы квантованные тексты по темам «Биохимия почек» (3 квантованных текста и 57 заданий в тестовой форме к ним, автор – доцент кафедры биохимии, к.м.н. Булыгин К.А.); «Витамины» (5 квантованных текста и 50 заданий в тестовой форме к ним, автор старший преподаватель кафедры биохимии, Петрова Г.И.); «Углеводы – строение и роль» (1 квантованный текст и 10 заданий в тестовой форме к ним автор – студент 36 группы 2 курса ОМ, Кудатов И., руководитель – доцент кафедры биохимии, к.м.н. Булыгин К.А.). на Стадии завершения квантование и создание заданий в тестовой форме по разделу «Гормоны» (Жакыпбекова С.С.), «Обмен углеводов» (Ерджанова С.С.), «Ферменты» (Есимжан А.Е.), «Обмен белков» (Киргизбаева А.А.).

3) в 2013-14 учебном году планируем расширить количество квантованных текстов и опубликовать опыт разработки квантов с примерами и матрицей теста по дисциплине

4) в перспективе планируем провести квантование по дополнительной литературе, рекомендованной в УМКД, по англоязычным источникам, ввести созданный банк квантов в АСУ и тестовые задания использовать для экзамена; опубликовать учебное пособие, содержащее кванты и задания в тестовой форме к ним на трех языках и использовать его электронный вариант в работе компьютерного класса и в он-лайн режиме; создание аттестационных заданий и разработка клинико-теоретических заданий в квантованном режиме;

б) разработанные квантованные тексты и задания к ним использовать при работе над электронным учебником по биохимии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аванесов В.С. Вопросы методологии педагогических измерений// Педагогические Измерения. - N1. - 2005г. – 327 с. <http://testolog.narod.ru/Theory34.html>
- 2 Аванесов В.С. Централизованное тестирование лучше Единого Государственного Экзамена// "Развитие тестовых технологий в России. Тезисы докладов Всероссийской научно-методической конференции / Под ред. Л.С. Гребнева.- М.:Центр тестирования Министерства образования РФ, 2002. <http://testolog.narod.ru>
- 3 Аванесов В.С. Единый Государственный Экзамен в фокусе научного исследования// Педагогические Измерения. - N1. - 2006. - С.3-31. <http://testolog.narod.ru/Education39.html>
- 4 Аванесов В.С. Пять этапов педагогических измерений. <http://testolog.narod.ru/Theory58.html>
- 5 Аванесов В.С. Определение исходных понятий. 3 редакция, 7 апреля 2007. <http://testolog.narod.ru/Theory46.html> ;
- 6 Аванесов В.С. Понятийный аппарат теории педагогических измерений// <http://testolog.narod.ru/Theory26.html>
- 7 Аванесов В.С. Основы педагогической теории измерений// N1. - 2004. - С.15-21.
- 8 Аванесов В.С. Форма тестовых заданий. - М.: Центр тестирования, 2006.
- 9 Аванесов В.С. Форма тестовых заданий. - М.: Центр тестирования, 2006. - 137 с.
- 10 Аванесов В.С. Композиция тестовых заданий. - М.:Центр тестирования, 2003. - 217 с.
- 11 Аванесов В.С. Педагогическое измерение латентных качеств //Педагогическая диагностика. - N4. - 2003г.

**К.О. ШАРИПОВ, К.А. БУЛЫГИН, С.С. ЕРДЖАНОВА, С.С. ЖАҚЫПБЕКОВА, Г.И. ПЕТРОВА,
Д.Ш. ЖЕТПІСБАЙ, А.Е. ЕСІМЖАН, А.А. КИРГИЗБАЕВА**
«БИОХИМИЯДАН ПЕДАГОГТИК КОНТЕНТТЕРДІ (КВАНТТАЛҒАН МӘТІНДЕРДІ) ДАЙЫНДАУ»

Түйін: Зерттеу мақсаты – биохимиядан педагогтік контенттерді (квантталған мәтіндерді) дайындау.

Зерттеу әдісі – оқу мәтіндерін кванттау және оларға тесттік тапсырмаларды құрастыру.

Қазақ ұлттық медицина университетінің биохимия кафедрасы 2012 жылдан бастап, биохимиядан педагогтік контентті дайындауға кірісті. Бұл жұмыс ҚазҰМУ педагогикалық технология және педагогтік контентті дамыту бойынша жұмысының құрамдас бөлігі болып табылады. Аталған жұмыста оқу материалын кванттау және В.С.Аванесовтың педагогтік өлшеу теориясы негізінде әр түрдегі тесттік тапсырмаларды орындау бойынша әдістемесін биохимия кафедрасында енгізудегі алғашқы тәжірибе қарастырылған.

Түйінді сөздер: педагогтік контент, квантталған мәтіндер, тесттік формадағы тапсырмалар.

**K.O. SHARIPOV, K.A. BULYGIN, S.S. ERDZHANOVA, S.Z. ZHAKYRBEKOVA, G.I. PETROVA,
D.S. ZHETPYSBAI, A.E. ESIMZHAN, A.A. KYRGYSBAEVA**
«THE CREATION OF PEDAGOGICAL CONTENT (ORGANIZING TEXTS INTO PARAGRAPHS) ON BIOCHEMISTRY»

Resume: The aim of investigation is the creation of pedagogical contents on biochemistry

The method is organizing texts into paragraphs and creation of tasks of test tasks for them

The Biochemistry department of Kazakh national medical university has started to work out of pedagogical contents on biochemistry since 2012. This study is a part of development of pedagogical technology and pedagogical content of KazNMU. In this study has been reflected the first experience of methodic on organizing paragraphs of learning texts and creation of test tasks for them based on theory of pedagogical measurements by Avanesov V.S.

Keywords: pedagogical content, organizing texts into paragraphs, test tasks

М.Г. ЖУМАТОВА

Кафедра эндокринологии КазНМУ им С.Д. Асфендиярова

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИИ В ВУЗЕ

Современная эндокринология — бурно развивающаяся область медицинской науки. Этот раздел медицины использует самые современные технологии и научные достижения. Многие эндокринные заболевания, особенно при отсутствии адекватного лечения, способны приводить к резкому ухудшению состояния пациентов, которое требует неотложных лечебных мероприятий. Диагностические ошибки, неправильная оценка имеющихся у больного симптомов крайне негативно сказываются на прогнозе заболевания, приводят к инвалидности пациентов и летальным исходам. В предложенном вашему вниманию учебнике рассмотрены urgentные состояния, возникающие при острых осложнениях сахарного диабета, заболеваниях щитовидной железы, патологии надпочечников и нарушениях минерального обмена. Клиническая картина этих состояний складывается из симптоматики уже имеющегося у больного эндокринной патологии и качественно новых изменений, вызванных прогрессированием основного заболевания. Данная статья представляет интерес для студентов высших медицинских вузов, изучающих эндокринологию, а также для врачей-эндокринологов, диабетологов и реаниматологов, интересующихся вопросами диагностики и лечения эндокринных заболеваний.

Доступное для студентов качественное преподавание дисциплины в ВУЗе является одним из важнейших элементов образовательного процесса. В последние годы в преподавании применяется много средств, улучшающих его качество, например мультимедийные средства, фотографии, схемы и др.

Одним из интересных методов освоения предмета является проведение на занятии ролевой игры, особенно при отсутствии возможности демонстрации пациента по теме занятия. Вашему вниманию предоставляется опыт проведения ролевой игры в преподавании эндокринологии.

Метод «Ролевая игра»: «Обследование пациентки с первичной хронической надпочечниковой недостаточностью».

Продолжительность игры 45 мин.

Сценарий ролевой игры рассчитан на участие 7 студентов.

Условия проведения ролевой игры.

Преподаватель подробно объясняет, как с помощью ролевой игры будет разбираться тема занятия, объясняет преимущества разбора темы не стандартным способом.

Каждый из студентов должен продумать поведение при ролевой игре, может задавать вопросы, высказывать мнение о роли участников игры, вносить коррекцию.

Для приближения к реальной обстановке студентам предлагаются блокнотные или тетрадные листы, имитирующие бланки для направления в стационар, консультативные листы, рецептурные бланки, бланки направления на общий анализ крови, гормональные, биохимические, электролитные, ультразвуковые исследования, историю болезни.

Студенты по собственному выбору определяют роль каждого участника игры. Преподавателем предлагаются ведущие роли для 7 студентов:

«врача поликлиники»; «пациентки с ХНН»; «врача стационара»; «врача – лаборанта»; «врача функциональной диагностики»; «эксперта – медика»; «врача – резидента»; 1. «Врач поликлиники»

В роль «врача поликлиники» входит расспрос, полный физикальный осмотр пациентки.

«Врач поликлиники» в беседе с пациенткой:

- вслух комментирует результаты объективного обследования,
- составляет предварительный план обследования пациентки,
- делает записи в амбулаторной карте,
- заполняет бланки направления на гормональные (определение кортизола, ДГЭА-С, АКТГ), биохимические (определение калия, натрия, общий анализ крови и др. анализы) исследования,

- при необходимости назначают АКТГ-стимуляционный тест,

- заполняет направление на госпитализацию в стационар, объясняя пациенту ее необходимость;

- на основании жалоб, анамнеза, «увиденных» симптомов ставит предварительный диагноз первичной хронической надпочечниковой недостаточности.

2. «Пациентка с первичной ХНН»:

- определяет свое поведение в предстоящей игре,

- приводит жалобы, характерные для данного заболевания,

- «придумывает» анамнез развития хронической надпочечниковой недостаточности, анамнез жизни.

3. «Врач стационара»

В роль «врача стационара» входит беседа с пациентом, а также он:

- отмечает этиологические факторы заболевания (аутоиммунные процессы, туберкулез), вслух комментируя результаты объективного обследования,

- выявляет клинические синдромы данного заболевания,

- заполняет историю болезни,

- при необходимости составляет план дополнительного обследования,

- выставляет диагноз,

- назначает лечение.

4. «Врач-лаборант»

В роль «врача-лаборанта» входит озвучивание всех данных лабораторного обследования пациента, характерных для ХНН и интерпретация этих результатов.

5. «Врач-диагност»

В роль «врача-диагноста» входит обязанность проведения дифференциальной диагностики первичной ХНН с вторичной, третичной ХНН и с другими заболеваниями.

6. «Эксперт – медик»

В роль «эксперта-медика» входит объяснение возникновения каждого симптома с точки зрения общего патогенеза ХНН. Эксперт-медик:

- активно наблюдает за процессом ролевой игры, делает общее заключение, отмечая ошибки, сильные и более слабые стороны,

- вовлекает в обсуждение других участников ролевой игры,

- по желанию может составить краткий план, где проводится анализ проведенной игры,

- определяет правильность осмотра, назначений и лечения,

- задает наводящие вопросы, просит всех студентов обсудить проведенную игру и высказать мнения об участии каждого игрока.

8. Врач - «резидент»

9. Роль резидента соответствует молодому доктору, присутствующему на приеме у врача для приобретения клинического опыта. Резиденты могут задать вопросы эксперту-медику по осмотру, симптомам ХНН, при несогласии рассказать свое объяснение вопросов патогенеза и происхождения симптомов. Роль резидента также предполагает активное участие в игре, разбор синдромов ХНН, разбор правильности и обоснованности назначенного, лечения. Активно выступая, резиденты обсуждают принципы лечения пациента с ХНН.

Шаг 1. Введение в игру. – 5 мин.

В начале занятия преподаватель ставит задачу: «Проведите осмотр, спросите пациента с синдромом поражения надпочечников (на примере пациентки с первичной хронической надпочечниковой недостаточностью). Выявите клинические синдромы. Напишите план обследования и лечения пациента». Затем преподаватель озвучивает условия и порядок проведения ролевой игры.

Шаг 2. Распределение ролей. – 5 мин.

Студенты по собственному выбору определяют роль каждого участника игры: «врача – поликлиники», пациентки с ХНН, врача стационара, врача-лаборанта, врача функциональной диагностики, эксперта – медика, врача – резидента.

Шаг 3. Ход игры. – 20 мин

«Врач – поликлиники» опрашивает паспортные данные пациентки, пришедшей на амбулаторный прием: ФИО, возраст, профессию, место жительства.

«Пациентка» придумывает указанные данные заранее).

Затем «врач – поликлиники» задает вопросы пациентке по жалобам и анамнезу.

1. Какие у вас жалобы?
2. Когда впервые началось заболевание?
3. Обращались ли вы к врачу?
4. Принимали ли какое-либо лечение?
5. Было ли оно эффективным?
6. Проходили ли вы когда-либо лечение в стационаре?
7. Какими еще заболеваниями вы страдали в течении жизни?

«Пациентка»: «Здравствуйте, доктор. Я хочу рассказать свои жалобы. Меня беспокоит сильная слабость, причем она постоянно усиливается. Это началось около полугода назад, после сильного стресса. Все развивалось постепенно. В это время я иногда измеряю давление, и оно бывает пониженным: 90/70 и даже ниже, 80/50. В некоторые дни я просто не могу встать с постели от слабости. У меня резкая потеря трудоспособности. У меня сильно потемнела кожа, стала даже какого-то бронзового оттенка, но я нигде не загорала и не ездила на море. Резко снизился аппетит. Сильно похудела. Часто у меня бывают сильные головокружения, темнеет в глазах, когда я быстро встаю с постели.

«Врач поликлиники»:

«Налицо астенический синдром, ортостатическая гипотония. На сколько кг вы похудели?» Обращаясь к врачам-резидентам: «Не мотивированное похудение на более, чем 5 кг является поводом для обращения к эндокринологу.»

«Пациентка»: «Я похудела на 10 кг. Меня часто подташнивает, а на прошлой неделе дважды была небольшая рвота. Я чувствую при еде сильную тягу к соленому, хотя раньше любила пищу не досаливать».

«Врач поликлиники»:

«Были ли у вас раньше какие-либо аутоиммунные заболевания, болели ли вы раньше туберкулезом в любой форме? Были ли какие-либо наследственные заболевания?»

«Пациентка»: «Нет, таких заболеваний у меня не было. Была лишь аппендэктомия 7 лет назад».

«Врач поликлиники» полностью проводит физикальный осмотр пациентки и на основании данных жалоб, анамнеза, «увиденных» симптомов ставит предварительный диагноз первичной хронической надпочечниковой недостаточности. Обращаясь к врачам-резидентам: «Я направляю пациентку на сдачу первичных анализов и выпишу направление в стационар для дальнейшего обследования и лечения, так как первичная ХНН». Делает записи в амбулаторной карте, заполняет бланки для сдачи анализов, зачитывает врачам-резидентам сделанные записи и назначенные анализы (общий анализ крови, биохимические анализы, кровь на гормоны: кортизол, ДГЭА-С, кровь на электролиты: калий, натрий).

Пациентка после сдачи и получения анализов «приезжает в стационар» и согласно направлению врача поликлиники «госпитализируется» в отделение эндокринологии.

«Врач стационара» беседует с пациентом, проводит осмотр, заполняет историю болезни. «Врач стационара» показывает фото пациентки с ХНН (для облегчения описания клинических синдромов) и, обращаясь к резидентам: «Какие синдромы мы можем определить в данном клиническом случае?»

Врач-резидент: «У пациентки мы выделяем астенический, диспептический синдромы, синдром пигментации, синдром артериальной гипотонии (АД у пациентки 80/50 мм рт ст)».

Врач стационара: «Как может проявляться синдром гиперпигментации у больных?»

Врач-резидент: «Пигментация у больных может проявляться в виде варьирования цвета кожных покровов от светлых тонов коричневого цвета до бронзово-коричневых тонов, а также могут преобладать серо-коричневый и синевато-коричневый оттенок пигментации кожи. Повышенная пигментация чаще появляется на открытых участках тела (лицо, шейная область, область декольте, а также в естественных складках тела, например ладонных бороздах, паховых складках, в области послеоперационных швов. Часто окрашиваются белая линия живота, и рубцы, слизистые неба, десен, губ. Иногда возможно сочетание пигментации на коже пациента с витилиго или отсутствие пигментации – «белый аддисонизм. У нашей пациентки мы отмечаем диффузную гиперпигментацию, усиление ее особенно заметно на ладонных бороздах, на послеоперационном шве после аппендэктомии, в паховых складках».

«Врач стационара»: «Общеизвестно, что клиника ХНН развивается постепенно и клинические симптомы развиваются при гибели 90% клеток кортикального слоя надпочечников. А что может стать причиной обострения заболевания при уже развившейся ХНН?»

Врач-резидент: «Декомпенсация может произойти при стрессовой для пациента ситуации, беременности, острых инфекционных процессах, проведении хирургических операций».

Врач стационара: «Как проявляется у пациентов астенический синдром? Каковы проявления других клинических симптомов при ХНН?»

Врач-резидент: «При астеническом синдроме у больных прогрессирует постоянная усталость, усиливающаяся к вечеру, и снижение работоспособности. В тяжелых случаях возможна адинамия. Пациенты также теряют в весе от 5-10 кг до 20-30 кг. При синдроме артериальной гипотонии у пациентов может быть ортостатическая гипотензия. А при ранее повышенном АД оно постепенно снижается. Синдром диспептических расстройств проявляется усилением симптомов нарушения функций желудочно-кишечного тракта. Появляются тошнота, снижение аппетита, рвота, которые могут привести к анорексии. Возможны гипогликемические состояния натощак. У нашей пациентки есть большинство этих симптомов и она похудела на 10 кг».

«Врач лаборант» делает заключение по результатам общего анализа, биохимического анализа крови, гормональных исследований. «Врач – лаборант» демонстрирует бланки анализов резидентам: в общем анализе крови отмечается анемия, лейкопения, нейтропения, эозинофилия и лимфоцитоз, а в биохимическом анализе мы видим гиперкалиемию и гипонатриемию. Кортизол в крови 65 нмоль/л (при норме не ниже 83 нмоль/л), т.е. снижен. При определении суточной экскреции свободного кортизола в крови снижен также свободный кортизол в моче. У пациентки он равен 45 нмоль/л (при норме 55-250 нмоль/л). «Врач стационара»: Какие инструментальные методы обследования мы назначаем при ХНН?

«Врач кабинета функциональной диагностики», обращаясь к врачам-резидентам: Мы используем компьютерную томографию или МРТ для исключения других редких причин надпочечниковой недостаточности – процессов развития опухоли или метастазов в надпочечники или в гипофиз. Эти методы исследования особенно важны при диагностике острой надпочечниковой недостаточности, в том числе и при синдроме Уотерхауса-Фридериксена, возникающей из-за гемморагического инфаркта надпочечников. Инфаркт надпочечников можно заподозрить у пожилых людей, проходящих антикоагулянтную терапию. В таких случаях пациенты могут жаловаться на снижение АД, лихорадку, боли в пояснице, животе, в боковой поверхности средней трети туловища. В анализах возможны гиперкалиемия, гипонатриемия.

Врач стационара после осмотра результатов проведенных исследований просит врача-резидента для лучшего закрепления темы ролевой игры обосновать клинический диагноз.

Врач-резидент: «Мы знаем, что симптомы надпочечниковой недостаточности не являются специфичными и в постановке диагноза имеет значение именно сочетание симптомов и их интерпретация в соответствии с данными анализов. В данном клиническом случае на основании:

- жалоб пациентки – на снижение аппетита, сильное похудание, гипотонию, сильную слабость, потерю трудоспособности, гиперпигментацию, тягу к соленой пище,
- анамнеза – постепенного начала заболевания около полугода назад после сильного стресса, постоянно усиливающейся слабости, частых гипогликемических состояниях, падению АД вплоть до 80/50.

- данных объективного осмотра – у пациентки отмечается диффузная гиперпигментация. Значительно повышена пигментация на открытых участках тела (лицо, шейная область, область декольте, паховые складки тела, ладонные борозды, область послеоперационного шва после аппендэктомии). У пациентки окрашены слизистые неба, десен, губ.

- данных обследования – в крови выявлена анемия, лейкопения, нейтропения, эозинофилия и лимфоцитоз, а в биохимическом анализе отмечает гиперкалиемия и гипонатриемия. Кортизол натощак в крови снижен. При определении суточной экскреции свободного кортизола в моче свободный кортизол снижен.

Врач стационара назначает глюкокортикоидную терапию, аскорбиновую кислоту и рассказывает «пациенту» о диете с пониженным содержанием калия в продуктах.

Шаг 9

После установления диагноза ХНН, устанавливается ее причина. Врач-диагностозвучивает с какими заболеваниями необходимо дифференцировать хроническую надпочечниковую недостаточность.

Врач-диагност: «О туберкулезе надпочечников может свидетельствовать анамнез заболевания (данные за туберкулез других органов – легких, урогенитального тракта – положительные проба на туберкулез, отложение извести в

надпочечниках при рентгенологическом исследовании. При подозрении на туберкулез необходимо проведение рентгенологического исследования грудной клетки и проведения консультации фтизиатра. В зависимости от данных КТ и МРТ можно сделать предположение о давности туберкулезного процесса.

Гемахроматоз, саркоидоз, амилоидоз являются системными заболеваниями, и изолированное поражение надпочечников практически не встречается. Для гемахроматоза характерно наличие цирроза печени, сахарного диабета, высокого уровня негемоглобинового железа в сыворотке крови, отсутствие пигментации на слизистой рта и местах рубцов. В анамнезе у пациента можно встретить частые переливания крови или чрезмерное употребление железа в таблетках или в пище. ХНН чаще болеют женщины, а гемахроматозом чаще – мужчины, причем в 10 раз чаще.

Саркоидоз характеризуется специфическими изменениями в легких и характеризуется кожными поражениями, изменениями суставов, печени. Для амилоидоза характерно наличие хронического гнойного очага (остеомиелита, бронхоэктазов, поражение почек, кишечника).

Отравление солями тяжелых металлов (мышьяк, свинец, ртуть и др.) – у пациентов бывает пигментация кожи и края десен, отсутствует пигментация на слизистых оболочках.

Склеродермия – при этом системном заболевании в отличие от ХНН имеют место: восковидного оттенка «плотные отеки», суставной синдром, синдром Рейно, пневмосклероз, нарушение функции пищевода. При тиреотоксикозе пигментация менее выражена и положительным бывает симптом Еллинека – локализация пигментации в области век.

При *acantosisnigrans* часто бывают бородавчатые, серо-черные, папилломатозные, ороговевающие элементы. Чаще они располагаются в подмышечных впадинах, в области промежности, на шее. *Acantosisnigrans* может сочетаться с поликистозом яичника.

Темные пятна пигментации могут встречаться также и при редких патологиях как генерализованный полипоз кишечного тракта (Синдром Пейтца-Джегера) и острой хронической интоксикации углеводородами (Меланоз Рилия).

На основании анамнеза причина надпочечниковой недостаточности устанавливается при состояниях:

- кровоизлияние в оба надпочечника
- двухсторонняя адреналэктомия
- воздействие цитотоксических препаратов
- метастазы в надпочечники на фоне рака почки, бронхов.
- поражение надпочечников на фоне грибковой инфекции, СПИДА.

При исключении этих причин диагностируется аутоиммунный характер ХНН (особенно при наличии витилиго).

«Эксперт – медик»:

«Необходимо разобрать причины развития клинических симптомов данного заболевания в соответствии с нарушениями показателей гормонального статуса и нарушениями секреции тех или иных веществ в организме.

- Дефицит глюкокортикоидов приводит к следующим симптомам:

снижению веса, понижению аппетита, тошноте, рвоте без облегчения после ее окончания, различным миалгиям, артралгиям, лихорадке, ухудшению памяти, состоянию депрессии, гипогликемическим состояниям (нарушению гликогеногенеза и гликогенолиза, в анализах - анемии, лимфоцитозу, эозинофилии и др.

- Дефицит глюкокортикоидов и надпочечниковых андрогенов приводит к слабости и недомоганию.

- Дефицит глюкокортикоидов и минералкортикоидов

приводит к разлитым без четкой локализации болям в животе.

- Дефицит надпочечниковых андрогенов приводит к сухости кожи, снижению либидо, выпадению волос в подмышечных впадинах и на лобке, нарушению полового развития детей (отсутствию адренархе или менархе).

- Дефицит минералокортикоидов приводит к гипонатриемии и пристрастию к соленой пище, повышению уровня креатинина, гипонатриемии, гиперкалиемии, снижению АД, к ортостатической гипотензии.

Избыток АКТГ и проопиомеланокортина приводит к гиперпигментации кожи и слизистых, резкой бледности кожных покровов.

«Врач лаборант»: «Для дифференциации первичной и вторичной ХНН мы можем также провести определение АКТГ. Следует учитывать, что кровь забирается в заранее охлажденную пробирку, а потом в пробирку ставят в емкость со льдом, так как период полужизни иммунореактивного АКТГ составляет не более 12 мин из-за разрушения его клеточными ферментами.

Таблица 1 - Результаты теста

Надпочечниковая недостаточность	Уровень АКТГ
Первичная	более 22 пмоль/л
Вторичная	менее 11 пмоль/л
Норма	1-11,0 пмоль/л

Врач стационара: «Какие тесты у пациента мы проводим при скрытой ХНН?»

«Врач лаборант»: «Мы можем провести следующие тесты:

1. Синактеновый тест. Синактен значительно повышает секрецию кортизола и альдостерона.

2. Короткий синактеновый тест, который позволяет определить реакцию организма на стресс.

3. Инсулиновый тест для оценки секреции кортизола при введении инсулина, что позволяет также дифференцировать туберкулезное поражение надпочечников от их аутоиммунной деструкции.

4. В сложных случаях метапионовый тест для исследования функциональных резервов секреции АКТГ.

Врач лаборант подробно объясняет методики проведения данных тестов и их интерпретацию.

Шаг 4

Обсуждениеролевой игры. Все студенты – участники игры обсуждают: - 10 мин

- Роль пациента: «правильность» приведенных пациентом жалоб, полноту придуманного анамнеза, эмоциональное участие в ролевой игре.

- Роль врачей: полноту опроса, правильно заданные наводящие вопросы при сборе жалоб и анамнеза и объективный осмотр, интерпретацию анализов, полноту приведенных методов врачом функциональной диагностики, ответы врачей-резидентов на заданные врачом вопросы.

- «Правильность объяснения экспертом-медиком» возникновения симптомов при ХНН.

В конце ролевой игры преподаватель: - 5 мин

- делает обобщение, насколько была раскрыта тема,

- оценивает точность и полноту ответов, терминологическую правильность речь,

- насколько хорошо студенты продемонстрировали коммуникативные навыки,- кто из студентов подготовлен отлично, хорошо, а кто имеет пробелы в знаниях,

- просит поделиться впечатлениями о форме опроса.

Таким образом, в процессе ролевой игры студенты демонстрируют знания по теме занятия, разбирают правовые вопросы, тренируют речь, вырабатывают дикцию, навыки работы в группе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Л.А. Жукова, С.А. Сумин, Т.Ю. Лебедев, Н.С. Андреева, А.А. Гуламов. Учебное пособие. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 160 с.

2 Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф. Эндокринология. – М.: Гэотар - медиа, 2007. – 432 с.

M.G. ZHUMATOVA

Department of Endocrinology KazNMU

TEACHING ENDOCRINOLOGY IN HIGH SCHOOL

Modern endocrinology - a rapidly developing field of medical science. This branch of medicine uses the latest technologies and scientific achievements. Many endocrine diseases, especially in the absence of adequate treatment, can lead to a sharp deterioration in patients who require immediate remedial measures. Diagnostic errors, incorrect assessment of the available patient symptoms adversely affect the prognosis of the disease, patients lead to disability and death. The proposed you a textbook the urgent conditions that occur in acute complications of diabetes, thyroid disorders, adrenal disease and disorders of mineral metabolism. The clinical picture of these states is composed of already existing symptoms in a patient endocrine pathology and quality of the changes caused by the progression of the underlying disease. This article is of interest to students of higher medical schools, as well as for endocrinologists, diabetologists and resuscitation with an interest in the diagnosis and treatment of endocrine disorders.

РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
CHAPTER 4. PUBLIC HEALTH

УДК 614.2:001.89 (574)

А.А.АКАНОВ, Д.ДЖОЛДОШЕВА, Т.С.МЕЙМАНАЛИЕВ, Б.С.ТУРДАЛИЕВА
Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

МЕТОДОЛОГИЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методология выбора оптимальной модели здравоохранения при существующей политической системе открывает возможности быстрого определения наиболее оптимальной модели здравоохранения и может быть использована политиками для научного обоснования выбора. Методология разработана на основе анализа политических систем 25 стран с переходной экономикой, анализа систем здравоохранения с позиций реализации принципа солидарной ответственности за здоровье, предоставления социальных гарантий населению государствами и дает инструмент (коэффициент оптимальности) оценки оптимальности модели здравоохранения при существующей политической системе и позволит политикам в области здравоохранения быстро оценить общую ситуацию и принять определенные действия по улучшению здравоохранения в каждой стране.

Ключевые слова: модель здравоохранения, коэффициент оптимальности, солидарная ответственность, социальные гарантии, политические системы

Введение

Во всех странах мира постоянно происходят процессы реформирования систем здравоохранения, независимо от того, является ли страна развитой, находится ли на переходном этапе или развивающейся. Какой-либо универсальной модели здравоохранения не существует. Системы здравоохранения перманентно почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения.

На сегодняшний день можно сделать некоторые обобщенные выводы по развитию здравоохранения в мире:

— Наличие медицинского страхования не равнозначно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страховка есть у всех, но медицинские услуги в ее рамках «дозированы», или людям приходится подолгу ждать очереди на лечение.

— Рост затрат на систему здравоохранения характерен практически для многих стран мира, влекут за собой дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных льгот.

— При бюджетной модели здравоохранения, население чаще сталкивается с фактом ожидания медицинской помощи, нормированием услуг, ограничениями на выбор врача и иными препятствиями в сфере медицинской помощи.

— Страны, где системы здравоохранения являются преимущественно частными, существует сильное разграничение в получении, стоимости, справедливости получения медицинской помощи. Часть населения практически не охвачено никакими медицинскими услугами, снижается социальная защищенность населения.

В целом, наиболее эффективные системы здравоохранения сочетают в себе рыночные механизмы — конкуренцию, разделение издержек, рыночные цены и свободу выбора для потребителя, государственную поддержку и ответственность самого населения в виде сооплаты.

Таким образом, способ решения выбора определенной модели здравоохранения должен заключаться в

определении наиболее оптимальной модели с учетом основных критериев эффективности здравоохранения.

Весь мир проводит различные исследования и предлагает разные оценки эффективности, функциональности систем здравоохранения. Здравоохранение является частью политики государства, одна из его основных социальных гарантий населению. Особенно это важно для стран с переходной экономикой, для Новых независимых государств, которые ищут свой путь развития здравоохранения и активно вливаются в международное пространство. Исходя из этого, мы попытались выявить закономерности предоставления социальных гарантий населению с зависимости от политических систем стран.

Цель исследования — разработка методологии определения оптимальной модели системы здравоохранения в зависимости от существующей политической системы.

Задачи исследования:

1. Анализ политических систем и систем здравоохранения в Новых независимых государствах
2. Изучение международных методов оценок функционирования систем и ранжирование стран
3. Разработка методологии оценки оптимальности модели здравоохранения в зависимости от существующей политической системы

Материал и полученные результаты

Для решения первой задачи были проанализированы политические системы 25 стран с переходной экономикой, находящиеся в процессе политической и экономической трансформации.

Важным является определение особенностей политической системы с помощью имеющихся инструментов.

Так, одним из показателей является состояние делового климата в странах мира (Doing Business). Изучение ведется в разрезе 10 групп показателей, определяющих деловой климат: регистрация компаний (открытие бизнеса), получение разрешений на строительство, наем и увольнение персонала, регистрация собственности, получение кредитов, защита инвесторов, налогообложение, международная торговля

(экспорт/импорт), обеспечение контрактов, ликвидация предприятий (закрытие бизнеса).

Анализ, проведенный нами, показал, что не прослеживается четкой связи между политической системой страны и деловым климатом.

Следующий показатель - это индекс Джини или коэффициент концентрации доходов. Данный индекс в 1987-1990 годах, т.е. до краха социализма существенно не различался между анализируемыми странами. Однако в 1996-1999 годах он значительно изменился в зависимости от выбора страной политического режима. Наш анализ показал, что индекс Джини был выше, чем в среднем в Европейском Союзе в таких странах, как Армения - 0,309; Эстония - 0,314; Кыргызская Республика - 0,334; Азербайджан - 0,337; Польша - 0,342; Латвия - 0,357; Узбекистан - 0,368; Литва - 0,376; Молдова - 0,380; Грузия - 0,408; Туркменистан - 0,408. В то же время в Украине - 0,275; Беларуси - 0,272; Казахстане - 0,267 этот индекс был ниже, чем в среднем по Европейскому Союзу - 0,304. То есть, четкой связи между классификацией ВБ политических систем и этим показателем нет.

Индекс экономической свободы (Index of Economic Freedom) - это комбинированный показатель, представляющий собой среднее арифметическое 10-ти показателей: свобода бизнеса, торговли, финансового сектора, инвестиций, труда, монетарная и фискальная свободы, гарантии прав собственности, размер бюрократического аппарата и степень защиты от коррупции.

Наш анализ показал, что, впечатляющий «рывок» по сравнению с 1995 годом совершили Казахстан, Азербайджан, Армения и произошел «регресс» у Беларуси и Узбекистана.

Следующий показатель - индекс глобальной конкурентоспособности составлен из 113 переменных, две трети которых состоят из результатов опросов руководителей компаний и одна треть из общедоступных статистических данных. Все переменные объединены в 12 контрольных показателей, определяющих национальную конкурентоспособность. Проведенный нами анализ показал, что за последние 10 лет произошли значительные положительные изменения в оценке конкурентоспособности стран. Так, Казахстан, оцененный Всемирным Банком в 2002 году в группе «стран с неконкурентным политическим режимом», в 2012 году занял 51 место по индексу глобальной конкурентоспособности и оказался в первой десятке среди анализируемых стран с конкурентной демократией. Азербайджан, переживший войну с Арменией, поднялся на 46 место, опередив такие страны, как Литва, Словения, Венгрия, Болгария и Россия. Аутсайдерами по индексу качества жизни стали страны бывшего СССР, за исключением стран Балтии. Восточно-европейские и балканские страны (Болгария, Хорватия, Словакия, Румыния, Словакия, Албания и Македония) заняли промежуточное положение.

При сопоставлении индекса качества жизни (Quality of Life Index 2011) с данными рейтинга Doing Business (2013) по общему индексу легкости ведения бизнеса в странах с различными политическими режимами отмечается следующая картина: среди стран, переживших войны, значительный прогресс по индексу качества жизни добились Грузия (88 место), Албания (52 место) и Македония (64 место).

При сопоставлении индекса качества жизни Quality of Life Index 2011 с данными индекса глобальной конкурентоспособности (ИГК) в странах с различными политическими режимами отмечается следующая картина: в целом в странах с высоким индексом качества жизни выше и индекс глобальной конкурентоспособности. Однако этого нельзя утверждать на примере 4-х стран - Азербайджана, Армении, Казахстана и России. В этих странах индекс глобальной конкурентоспособности, особенно в Азербайджане и Казахстане (ИГК 46 и 51 соответственно), был высок, однако по индексу качества жизни они заняли одни из последних мест.

Bertelsmann Stiftung's Transformation Index (BTI, 2012) является глобальной оценкой процесса перехода к демократии и рыночной экономике, а также качества политического управления в 128 странах с переходной экономикой и развивающихся стран.

Всемирный индекс счастья (The Happy Planet Index) - комбинированный показатель, который измеряет достижения стран мира и отдельных регионов с точки зрения их способности обеспечить своим жителям счастливую жизнь. Данный индекс рассчитывается по методике британского исследовательского центра New Economic Foundation совместно с экологической организацией Friends of the Earth, гуманитарной организацией World Development Movement и группой независимых международных экспертов. Исследования проводятся раз в два-три года.

Анализ показал, что увязать вышеприведенные показатели в тесной корреляции с показателями политического, экономического и социального развития стран не удастся. Ситуация становится еще более неясной в контексте стремительного развития событий в жизни этих стран особенно в последние 10 лет.

В настоящее время существуют убедительные мировые данные о том, что здоровье населения напрямую зависит от расходов на здравоохранение. Чем больше доходы государства, тем больше оно направляет ресурсов на здравоохранение. Это в свою очередь способствует увеличению средней продолжительности жизни (WHO/NHA Policy Highlight, 2012).

Одним из показателей здоровья является оценка бремени болезней для общества. По данным Всемирного Банка, DALY существенно зависит от политического режима. Этот показатель был в 2002 году значимо выше в странах с конкурентоспособной демократией (Польша, Словения, Чехия).

Нами изучены в сравнительном аспекте показатели средней продолжительности жизни, смертности населения как общей, так и от отдельных заболеваний. При этом было выявлено, что ряд стран (в основном страны бывшего СССР) имеют самые неблагоприятные показатели, в то время как другие (в основном страны Восточной Европы и Прибалтики) были близки к показателям стран ОЭСР.

Основные показатели экономического развития и здоровья населения проанализированы нами по классификации Всемирного Банка. При этом результаты первой группы (Латвия, Эстония, Литва, Польша, Венгрия, Словения, Чехия) оказались следующими:

1. Все страны этой группы с обретением независимости приступили к экономической трансформации от централизованной плановой экономики к свободной рыночной экономике. Этот переход от одной социально-экономической парадигмы,

в которой преобладала коллективистская социальная философия, к другой, с преобладанием индивидуалистской социальной философии оказал очень сильное влияние на систему здравоохранения

2. Все страны этой группы имеют значительное влияние традиций Австро-Венгерской империи, в том числе системы социального и медицинского страхования по Бисмарку. Практические все они создали систему социального медицинского страхования. Фонды медицинского страхования являются квази-государственными, самоуправляемыми организациями, выполняющими функции покупателя и плательщика медицинских услуг.

3. Министерство здравоохранения отвечает за формирование политики здравоохранения, подготовку законов в области здравоохранения и надзор за системой здравоохранения. Министерство также администрирует определенными государственными институтами и организациями, такими как сеть государственных учреждений и Государственный институт контроля лекарств.

4. Общие расходы здравоохранения в этих странах относительно ниже, чем в странах Западной Европы и составляли 6 – 9% от ВВП. Львиную долю финансирования берет на себя государство, обеспечивая социальную стабильность.

5. Все страны вовлечены в политику ЕС и имеют сильнейшую подпитку в виде грантов, кредитов, ссуд от стран ЕС, в том числе на систему здравоохранения. Унификация программ здравоохранения происходит в рамках европейской политики охраны здоровья населения.

6. Все показатели здоровья в целом ниже, чем в развитых странах Европы, но существенно выше, чем в странах СНГ. При этом существуют и страновые особенности, например, Литва занимает первое место в Европе по суицидам среди мужчин.

7. Образ жизни населения характеризуется в целом злоупотреблением алкоголем и курением, наличием факторов хронических неинфекционных заболеваний (избыточная масса тела, гиперхолестеринемия).

По второй группе стран (Кыргызстан, Молдова, Хорватия, Россия, Украина, Румыния, Болгария, Словакия) анализ выявил следующее:

1. Политическая система сложная, постоянно меняется. Например, в Украине функционирует более 50 политических партий и движений, в Кыргызстане сменилась Конституция (переход от президентской формы правления к парламентской) и т.д.

2. Общие расходы здравоохранения составляют от 5,1% в России до 11% от ВВП в Молдове. При этом значительную часть (до 50% в Кыргызстане) финансирует частный сектор. Расходы на здравоохранение на душу населения в этой группе колеблются от 140\$ в Кыргызстане до 2870\$ в Словакии

3. Во всех странах внедрена система обязательного медицинского страхования (кроме Украины, где сохраняются принципы модели Семашко). Большинство стран этой группы финансирование здравоохранения пытается решать солидарно (например, со-оплата больше в Кыргызстане и Болгарии), дополнительные налоги (например, на табак, алкоголь в Румынии).

4. Во всех странах имеется неравенство по доступности медицинской помощи, достаточно высокий коэффициент Джини, имеет место коррупция. Несмотря на внедрение ОМС большинство стран этой группы

меняется медленно: значительное количество коек, кадров, медленная трансформация к качественным переменам, акцент пытаются делать на ПМСП и профилактику. В целом ВОП составляют от 14% общей численности врачей в Словакии до 36% в Румынии.

5. Состояние здоровья населения характеризуется высоким уровнем ХНЗ, наличием высокой распространенности факторов риска: употребление алкоголя, курение, гиперхолестеринемия. В структуре смертности и заболеваемости имеются большие колебания, как и средней продолжительности ожидаемой жизни. Например, 82% всех причин смерти в РФ – это ХНЗ, ССЗ (до 62%), рак (13%), травмы и отравления (12%).

6. СПЖ колеблется среди мужчин (от 59,5 лет до 72 лет) и женщин (от 73,3 до 79,7 лет - в РФ в сравнении со Словакией). Самоубийства от 9% в Болгарии до 39 на 100 тыс. населения в РФ, младенческая смертность – от 6,3 на 1000 родившихся младенцев в Хорватии до 31,2 в Кыргызстане.

7. В целом, ориентир взят на европейские стандарты и модели организации медицинской помощи. В ряде стран политика охраны здоровья не определена до конца, что в значительной степени зависит от политической нестабильности и отсутствия преемственности. Так, например, за последние 20 лет в Украине смещено 17 министров здравоохранения, в России - 11 министров.

По третьей группе стран (Туркменистан, Узбекистан, Казахстан, Беларусь) выявлено следующее:

в целом, страны этой группы можно отнести к президентским республикам, но на этом сходстве заканчивается.

1. С точки экономического развития различия внутри группы огромны - 3100\$ ВВП на душу населения в Узбекистане и 11800\$ в Беларуси и 11500\$ в Казахстане.

2. Скорость ведения бизнеса, культура жизни, социальная политика просто не сопоставимы. Если в Беларуси показатели социального развития близки к странам ЕС, то в Узбекистане число населения, живущего на 2\$ в день и меньше, в 2011 году составляло 76,7%. Уровень коррупции в Узбекистане высокий (по данным международных организаций эта страна занимает 176 место из 179 стран).

3. Расходы на здравоохранение составляли 168\$ на душу населения в Узбекистане и 786\$ в Беларуси, т.е. разница почти в 5 раз. В целом от ВВП общие расходы здравоохранения составляли от 2,5% в Туркменистане до 6,6% в Беларуси, т.е. разница в 2,5 раза при этом до 76% расходов здравоохранения в Беларуси - это государственные расходы.

4. Показатели СПЖ в этих странах были ниже, чем в европейских странах на 10-12 лет у мужчин и 6-10 лет у женщин. Младенческая смертность составляла 6,4 на 1000 родившихся младенцев в Беларуси и 45,4% в Туркменистане (для сравнения он был 4,2 в ЕС).

5. Основными заболеваниями у населения этих стран были ХНЗ (78% в Казахстане), из которых 2/3 – болезни ССЗ, до 14%-рак, 12,1% - травмы, отравления, несчастные случаи (пример – Беларусь).

6. Факторы риска ХНЗ (избыточная масса тела, курение, употребление алкоголя) в таких странах, как Казахстан, Белоруссия были близки к средневропейским странам.

7. В этих стран была в основном бюджетная, постсоветская модель здравоохранения. Если в Беларуси были четкие стандарты оказания медицинской помощи на всех этапах, то в Туркменистане таковых не было. Беларусь имеет наиболее продвинутую модель ПМСП, выделяя 35% средств на нее. В центрально-азиатских странах преобладает специализированная и высокоспециализированная медицинская помощь. В Беларуси 38% врачей работали в ПМСП, а в Казахстане – 12%.

8. Все страны этой группы характеризуются избыточной больничной сетью. Беларусь имела коек в 1,6 раза больше, чем Казахстан, в 2 раза больше, чем Узбекистан и в 2,1 раза больше, чем Туркменистан. Такая же картина наблюдалась по численности врачей и медицинских сестер.

9. В последнее время обращается внимание на ориентацию к рыночной модели. Например, Казахстан обсуждает проблемы солидарной ответственности за здоровье. Существуют значимые проблемы неравенства и доступности медпомощи (например, сельского и городского населения) в Казахстане, Узбекистане и Туркменистане.

10. Имеет место нестабильность руководства министерствами здравоохранения. Так, в Казахстане за 20 лет суверенитета сменилось 7 министров здравоохранения.

По четвертой группе стран (Таджикистан, Азербайджан, Грузия, Албания, Армения, Македония) выявлено следующее:

1. Страны этой группы, кроме Македонии (Македония – парламентская республика) являются президентскими, имеющими сильную вертикальную власть.

2. Средняя продолжительность жизни населения разная: низкая в Азербайджане и Таджикистане (62 и 63 года), в остальных – близкая к показателям ЕС.

3. Младенческая смертность – от 26,9 на 1000 родившихся живыми младенцев в Таджикистане до 7,5 - в Македонии и (4,2 в ЕС).

1. Наиболее распространены ХНЗ (до 80%), в структуре которых доминируют ССЗ, рак, травмы и отравления. Низкие (в 2 раза ниже, чем в ЕС) показатели суицидов.

2. Организация системы здравоохранения также разная: бюджетная модель в Таджикистане и Азербайджане, страховая - в Албании и Македонии, частная - в Грузии. Везде существует недофинансирование: соотношение государственных и частных расходов здравоохранения составляет: в Армении - 1,8+2,6% ВВП, Азербайджане - 1,2+4,7%, Таджикистане – 1,6+4,4%, Албании – 2,5+4%, Македонии – 4,5+2,6% и Грузии – 2,3+7,8%. В целом финансирование составляло от 128\$ на душу населения в Таджикистане до 790\$ в Македонии.

3. Существует большая проблема коррупции и взяток (кроме Грузии).

4. Коечная сеть разная: от 76 на 1000 населения в Азербайджане до 27 в Албании. Число врачей большое – от 11,5 на 1000 населения Албании до 46,7 в Грузии.

5. Имеет место нестабильность в руководстве министерствами здравоохранения. Например, за 20 лет в Грузии были сменены 13 министров здравоохранения. Для анализа государственной политики в области охраны здоровья мы изучили Конституции всех вышеприведенных стран. Обзор статей Конституций анализируемых стран показывает, что все государства с переходной экономикой признают высшей ценностью жизнь, права и свободы человека. Большинство стран считает конституционный строй не только как правовое, демократическое государство, но и как социальное государство.

Взяв за основу 12 разработанных в мире рейтинговых критериев и сравнивая их с социальной политикой, в частности в области охраны здоровья населения, мы попытались разработать новую классификацию политических систем стран с переходной экономикой:

1. Политические системы с сильными социальными гарантиями,
2. Политические системы со средними социальными гарантиями,
3. Политические системы с ниже средними социальными гарантиями,
4. Политические системы с низкими социальными гарантиями.

Критериями отнесения стран с переходной экономикой к той или иной политической системе предложены следующие показатели (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели оценки политических систем (ПС) стран с переходной экономикой

№	Показатели	ПС с сильными социальными гарантиями	ПС со средними социальными гарантиями	ПС с ниже средних социальными гарантиями	ПС с низкими социальными гарантиями
1	ВТИ индекс политической трансформации	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
2	ВТИ индекс экономической трансформации	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
3	ВТИ индекс качества политического управления	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
4	Индекс экономической свободы	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-177 место
5	Индекс глобальной конкурентоспособности	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-144 место
6	Индекс качества жизни	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-192 место
7	Индекс легкости ведения бизнеса	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-178 место
8	Индекс восприятия коррупции	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место

9	Индекс Джини	Менее 30,0	31,0-35,0	36,0-40,0	Более 40,0
10	Процент государственных расходов здравоохранения от ВВП	Более 5	4-5	2,5-4	Менее 2,5
11	Процент госрасходов здравоохранения от общегосударственных расходов	Более 15	10-15	8-10	Менее 8
12	Госбюджет здравоохранения в процентах от общих расходов здравоохранения	Более 70	60-70	40-60	Менее 40

Мы провели ранжирование страны согласно выше предложенной классификации

и получили следующие результаты, которые представлены ниже (таблица 3).

Таблица 3 – Новая классификация политических систем (ПС) стран с переходной экономикой

ПС с сильными социальными гарантиями	ПС со средними социальными гарантиями	ПС с ниже средними социальными гарантиями	ПС с низкими социальными гарантиями
Венгрия	Латвия	Албания	Азербайджан
Литва	Болгария	Казахстан	Армения
Польша	Беларусь	Кыргызстан	Грузия
Словакия	Македония	Россия	Таджикистан
Словения	Румыния	Украина	Туркменистан
Чехия	Молдова		Узбекистан
Эстония			
Хорватия			

Политические системы и система здравоохранения, трудно сравнимые категории. Первые быстро меняются, в соответствии с текущими актуальными проблемами и нуждами населения. В то время как реформа системы здравоохранения – это длительный процесс, требующий времени и последовательности. Нестабильные правительства не укрепляют, не развивают системы здравоохранения (пример Украины, где за последние 20 лет сменилось 17 министров здравоохранения и др.). Отсутствие политической стабильности в министерствах здравоохранения сводят на нет последовательность проведения реформ, и приводят к упадку здравоохранения (пример Кыргызстана и др.). С этой точки зрения связь политической системы и здравоохранения просто жизненно важна.

Идеальных моделей здравоохранения, как известно, нет. Каждая страна с учетом своих исторических, социальных, культурных, экономических и политических особенностей выбирает свою модель. Однако в XXI с глобализацией экономики и общей культуры человечества эти модели максимально сближаются. Одним из наиболее важных показателей позитивного функционирования систем здравоохранения, глобальной социальной политики является солидарная ответственность за здоровье. Участниками в процессе

разделения ответственности за здоровье выступают три категории: государство, работодатель, гражданин. В соответствии с принципами ВОЗ, здоровье человека зависит от многих факторов или составляющих, где организация здравоохранения составляет 8-10% вклада, образ жизни человека – до 50%, другие факторы. – до 40%. При преимущественно частной или преимущественно бюджетной модели здравоохранения основной груз и ответственность ложится на одного участника данного процесса, что в ходе исторического развития показало свою несостоятельность. Системы со страховой моделью являются наиболее прогрессивными, но в «чистом виде» предполагают максимум 2 участников, что не дает развитию принципам солидарной ответственности гражданина или государства. Таким образом, исходя из анализа исторического опыта развития систем здравоохранения, можно определить, что наиболее эффективной моделью здравоохранения является смешанная модель - страховая с элементами сооплаты населения, включающая в себя всех участников процесса обеспечения здоровья. В целом, системы здравоохранения можно проранжировать по степени реализации принципа солидарности, и чем выше ранг, тем выше солидарная ответственность участников процесса обеспечения здоровья (таблица 4).

Таблица 4 – Ранжирование стран с переходной экономикой по степени реализации принципа солидарности

Ранг	Степень реализации принципа солидарности
1	Преимущественно частная (формальные и/или неформальные выплаты из кармана домохозяйств)
2	Бюджетная (оплата за счет государства, формальные и/или неформальные выплаты из кармана домохозяйств)
3	Страховая (солидарная оплата за счет государства, работодателей)
4	Бюджетно-страховая (солидарная оплата за счет государства, работодателей и работников - смешанная форма №1)
5	Бюджетно-страховая с официальной со-оплатой (смешанная форма №2)

Ранее мы говорили, что политические системы обязаны быть социально-ориентированными, т.е. предоставлять

социальные гарантии своему населению и проводить ранжирование политические системы по 12 мировым

рейтинговым критериям, разработали новую классификацию политических систем стран с переходной

экономикой, логика которой заключается в том, что чем выше ранг, тем слабее социальные гарантии (таблица 5).

Таблица 5 – Ранжирование стран в зависимости от уровня социальных гарантий

Ранг	Уровень социальных гарантий
1	Сильные социальные гарантии
2	Средние социальные гарантии
3	Ниже-средние социальные гарантии
4	Низкие социальные гарантии

В своей работе мы разработали обобщающие критерии, по которым можно анализировать существующие системы здравоохранения и определять наиболее оптимальные модели здравоохранения в зависимости от функционирующих политических систем через призму

предоставления социальных гарантий и развития солидарной ответственности.

Мы предлагаем не делить страны по принципам и моделям здравоохранения, а оценивать их по формуле коэффициента оптимальности (K_0).

$$K_0 = FxX/Y, \text{ где}$$

F – финансирование здравоохранения как процент от ВВП,
X – ранг по степени реализации принципа солидарности,
Y – ранг страны по уровню социальных гарантий.

Как известно, оптимизация – это процесс нахождения наилучшего решения или оптимального решения какой-либо задачи при заданных критериях. Применительно к системе здравоохранения оптимальность его

функционирования зависит от финансирования и прежде всего из государственных источников (F).

Ранжирование стран по степени реализации принципа солидарности и социальных гарантий представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Ранжирование стран с переходной экономикой по степени реализации принципа солидарности и предоставления социальных гарантий

Ранг	Степень реализации принципа солидарности (X – в числителе формулы)	Уровень социальных гарантий (Y – в знаменателе формулы)	Ранг
1	Преимущественно частная (оплата из кармана домохозяйств)	Сильные социальные гарантии	1
2	Бюджетная (оплата за счет государства)	Средние социальные гарантии	2
3	Страховая (оплата за счет государства, работодателей и работников)	Ниже-средние социальные гарантии	3
4	Бюджетно-страховая (смешанная форма №1)	Низкие социальные гарантии	4
5	Бюджетно-страховая с официальной со-оплатой (смешанная форма №2)		

Проанализировав страны и системы здравоохранения в зависимости от степени реализации принципа солидарности в финансировании здравоохранения,

предоставления социальных гарантий мы получили следующие данные (таблицы 7, 8).

Таблица 7 – Ранжирование стран в зависимости от степени реализации принципа солидарности в финансировании здравоохранения

Ранг	Страна
1	Грузия
2	Азербайджан, Армения, Беларусь, Таджикистан, Туркменистан, Украина, Узбекистан
3	Албания, Венгрия, Литва, Македония, Молдова, Польша, Словакия, Словения, Румыния, Чехия, Хорватия
4	Россия
5	Кыргызская Республика, Латвия, Болгария, Эстония

Таблица 8 – Ранжирование стран в зависимости от уровня социальных гарантий

Ранг	Страна
1	Венгрия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Хорватия, Эстония
2	Латвия, Беларусь, Болгария, Македония, Молдова, Румыния
3	Албания, Кыргызская Республика, Россия, Украина

4	Азербайджан, Армения, Грузия, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан
---	---

В случае использования в качестве одного из критериев - уровень финансирования в части только государственных расходов в процентах от ВВП, мы получаем следующие данные.

Ниже в убывающем порядке приводятся данные ВОЗ (WHO Global Health Expenditure Database, 2012) о государственных расходах здравоохранения в процентах от ВВП анализируемых стран (таблицы 9).

Таблица 9 – Ранжирование стран в зависимости от уровня государственных расходов в процентах от ВВП

Ранг	страна	Уровень гос.расходов в % от ВВП
1	Чехия	7
2	Словения	6,2
3	Хорватия	6,2
4	Словакия	5,8
5	Молдова	5,4
6	Литва	5,2
7	Венгрия	5,0
8	Польша	5,0
9	Эстония	5,0
10	Румыния	4,7
11	Македония	4,5
12	Беларусь	4,4
13	Украина	4,4
14	Латвия	4,0
15	Болгария	4,0
16	Кыргызстан	3,5
17	Россия	3,2
18	Узбекистан	2,7
19	Албания	2,5
20	Грузия	2,3
21	Армения	1,8
22	Туркменистан	1,8
23	Таджикистан	1,6
24	Азербайджан	1,2

Используя выше приведенные данные по следующим критериям: процент государственных расходов от ВВП, ранг модели здравоохранения в зависимости от солидарной ответственности и ранг социальных гарантий, предоставляемых населению государством, мы провели расчеты по коэффициенту оптимальности (K_o). Полученные данные были вновь ранжированы и сгруппированы по трем категориям: 1-я категория - K_o составляет - 15 и более, 2-я категория – K_o составляет 5-15, 3-я категория – K_o составляет менее 5). Анализируемые страны распределились следующим образом.

Коэффициент оптимальности 15 и более имели: Эстония (25,0), Венгрия (15,0), Польша (15,0), Литва (15,6), Словакия (17,4), Словения (18,6), Хорватия (18,6) и Чехия (21,0).

Коэффициент оптимальности 5-15 был: у Болгарии (10,0), Латвии (10,0), Кыргызской Республики (5,81), Македонии (6,75), Молдовы (8,1), Румынии (7,05).

Коэффициент оптимальности менее 5 имели: Беларусь (4,4), Россия (4,16), Украина (2,9), Албания (2,5), Узбекистан (1,35), Армения (0,9), Туркменистан (0,9), Таджикистан (0,8), Азербайджан (0,6) и Грузия (0,575).

Проверяя нашу закономерность и универсальность формулы, мы провели расчет коэффициента оптимальности, исходя из следующих показателей: общих расходов на здравоохранение от ВВП, ранга модели здравоохранения в зависимости от солидарной ответственности и ранга социальных гарантий, предоставляемых населению государством.

Общие расходы здравоохранения в процентах от ВВП в анализируемых странах, согласно данным ВОЗ (WHO Global Health Expenditure Database, 2012) также в убывающем порядке представлены ниже (таблица 10).

Таблица 10 – Общие расходы здравоохранения в процентах от ВВП

Ранг	Страна	ВВП (%)
1	Молдова	11,7
2	Грузия	10,1
3	Словения	9,0
4	Словакия	8,9
5	Хорватия	7,8
6	Венгрия	7,8
7	Латвия	7,8
8	Украина	7,7
9	Чехия	7,5

10	Болгария	7,2
11	Македония	7,1
12	Румыния	7,0
13	Литва	7,0
14	Польша	7,0
15	Албания	6,5
16	Эстония	6,3
17	Кыргызстан	6,2
18	Таджикистан	6,0
19	Азербайджан	5,9
20	Беларусь	5,6
21	Узбекистан	5,3
22	Россия	5,1
23	Армения	4,4
24	Туркмения	2,5

Результаты по расчету коэффициента оптимальности, исходя из общих расходов здравоохранения в процентах

от ВВП анализируемых стран, представлены ниже (таблица11).

Таблица 11 – Коэффициенты оптимальности (при расчете из общих расходов здравоохранения в процентах от ВВП)

Ранг	Страны	Ко
1	Словения	27,0
2	Словакия	26,7
3	Венгрия	23,4
4	Хорватия	23,4
5	Чехия	22,5
6	Литва	21,0
7	Польша	21,0
8	Эстония	18,9
9	Молдова	17,5
10	Латвия	11,7
11	Болгария	10,8
12	Македония	10,6
13	Румыния	10,5
14	Кыргызстан	10,3
15	Россия	6,6
16	Албания	6,5
17	Беларусь	5,6
18	Украина	5,1
19	Армения	3,9
20	Азербайджан	3,5
21	Таджикистан	3,0
22	Узбекистан	2,6
23	Грузия	2,5
24	Туркменистан	2,3

Ранжировав анализируемые страны, мы сгруппировали показатели по трем категориям в зависимости от уровня Ко (1-я категория - КО – 20 и более, 2-я категория – 10 - 20, 3-я категория – менее 10) и получили следующую картину.

Коэффициент оптимальности 20 и более имели Словения – 27,0; Словакия – 26,7; Венгрия – 23,4; Хорватия – 23,4; Чехия – 22,5; Литва – 21,0 и Польша – 21,0.

Коэффициент оптимальности 10 и менее 20 был у Эстонии – 18,9; Молдовы – 17,5; Латвии – 11,7; Болгарии – 10,8; Македонии – 10,6; Румынии – 10,5 и Кыргызстана – 10,3.

Коэффициент оптимальности менее 10 имели Россия – 6,6; Албания – 6,5; Беларусь – 5,6; Украина – 5,1; Армения – 3,9; Азербайджан – 3,5; Таджикистан – 3,0; Узбекистан – 2,6; Грузия – 2,5 и Туркменистан – 2,3.

Обсуждение и заключение

В настоящее время многие ученые находятся в постоянном поиске универсальных критериев оценки эффективности функционирования систем здравоохранения. Такие крупные международные организации как Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк и др. предлагают различные подходы и методы измерения результатов деятельности систем здравоохранения. Это обусловлено тем, что до сих пор не существует универсального подхода к оценке здравоохранения, что приводит к несопоставимости различных моделей здравоохранения и сложности определения наиболее оптимальной системы здравоохранения.

В своей работе мы попытались объединить показатели политических систем в части предоставления социальных гарантий населению и соблюдение принципов солидарной ответственности при существующих моделях здравоохранения. Выбор данных критериев для оценки

систем здравоохранения обусловлен, исходя из принципов развития мирового здравоохранения: система здравоохранения является частью социальной политики государства, только социально-ориентированное государство может предоставить наибольшее количество социальных гарантий своему населению, здравоохранение должно развиваться по принципу разделения ответственности за здоровье человека, т.е. быть солидарно ответственное.

В ходе анализа развития 25 стран с переходной экономикой, истории их становления, выбора модели системы здравоохранения и влияния политических установок внутри страны на реформирование и развитие здравоохранения, мы пришли к выводу, что политические системы и модели здравоохранения тесно взаимосвязаны между собой и основным связующим звеном являются социальные гарантии и солидарная ответственность. Социальные гарантии предоставляет государство, солидарная ответственность – это критерий, отражающий позиции каждого участника в разделении ответственности за здоровье населения в целом. Еще один показатель, несомненно, признанный в качестве универсального критерия – это финансирование здравоохранения. Мы объединили данные критерии и получили формулу, назвав ее коэффициентом оптимальности.

Данная формула может помочь государствам выбрать наиболее оптимальную модель здравоохранения при существующей политической системе, или изменить политическую системы для успешного функционирования существующую систему здравоохранения, что по мнению авторов, достаточно сложно сделать. Также можно изменять финансирование, что не приведет к ожидаемым результатам при неэффективности системы здравоохранения.

Данная методология показывает, что можно использовать интегрированные критерии, как экономические, так и политические и здравоохраненческие, и выбрать наиболее оптимальную модель организации медицинской помощи населению. По нашему мнению, данная методология отличается простотой в расчетах, что делает ее применимой и удобной для использования, так как все составляющие формулы доступны в открытой печати.

Согласно методологии мы провели расчеты коэффициента оптимальности и получили, на наш взгляд, достаточно закономерные результаты.

Мы рассчитали Ко, исходя из доли государственных расходов здравоохранения в процентах от ВВП, а также исходя от доли ВВП, выделяемой на здравоохранение на примере 24 стран с переходной экономикой, и получили следующие сравнительные данные.

Таблица 12 – Сравнительные данные коэффициента оптимальности при расчете из государственных расходов от процента ВВП и общих расходов здравоохранения в процентах от ВВП

При расчете из государственных расходов от процента ВВП			При расчете из общих расходов здравоохранения в процентах от ВВП		
Ранг	Страны	Ко	Ранг	Страны	Ко
1	Эстония	25,0	1	Эстония	31,5
2	Чехия	21,0	2	Словения	27,0
3	Хорватия	18,6	3	Словакия	26,7
4	Словения	18,6	4	Венгрия	23,4
5	Словакия	17,4	5	Хорватия	23,4
6	Литва	15,6	6	Чехия	22,5
7	Польша	15,0	7	Литва	21,0
8	Венгрия	15,0	8	Польша	21,0
9	Латвия	10,0	9	Латвия	19,5
10	Болгария	10,0	10	Болгария	18,0
11	Румыния	7,05	11	Молдова	17,5
12	Молдова	8,1	12	Македония	10,6
13	Македония	6,75	13	Румыния	10,5
14	Кыргызстан	5,81	14	Кыргызстан	10,3
15	Беларусь	4,4	15	Россия	6,6
16	Россия	4,16	16	Албания	6,5
17	Украина	2,9	17	Беларусь	5,6
18	Албания	2,5	18	Украина	5,1
19	Узбекистан	1,35	19	Армения	3,9
20	Армения	0,9	20	Азербайджан	3,5
21	Туркменистан	0,9	21	Таджикистан	3,0
22	Таджикистан	0,8	22	Узбекистан	2,6
23	Азербайджан	0,6	23	Грузия	2,5
24	Грузия	0,575	24	Туркменистан	2,3

Как видно из представленных данных в лидирующей группе, как и в группе аутсайдеров оказались одни и те же страны. Например, коэффициент оптимальности в Словении и Чехии был соответственно в разы выше, чем в России и Таджикистане. По данным ВОЗ (2012), OECD

(2012), Словения и Чехия имели лучшие показатели здоровья населения и здравоохранения, в то время как Россия и Таджикистан характеризовались худшими показателями средней продолжительности жизни населения, общей смертности, смертности от болезней

кровообращения (Россия), младенческой смертности и смертности от инфекционных заболеваний и т.д. (Таджикистан).

Применение методологии ранжирования стран по критериям солидарной ответственности и предоставления социальных гарантий и использование

формулы для расчетов позволили сделать вывод о том, что можно определить наиболее оптимальную модель системы здравоохранения, применительно к каждому государству при современном уровне развития. Также данную оптимальность можно измерить и определить в виде следующей закономерности:

Оптимальность здравоохранения прямо пропорциональна общим и государственным расходам здравоохранения (в % от ВВП) и выбранной модели системы здравоохранения, основанной (или нет) на солидарной ответственности и обратно пропорциональна слабости социальной политики государства.

Выводы:

1. Наши расчеты показывают, что существует между моделью здравоохранения и политическими системами и основным связующим звеном являются социальные гарантии и солидарная ответственность.
2. В качестве основных критериев оценки оптимальности модели здравоохранения при существующей политической системе можно использовать интегрированные показатели политической системы, степень реализации принципа солидарности в финансировании здравоохранения, доля ВВП, выделяемое на финансирование здравоохранения.
3. Существует закономерность оптимальности модели здравоохранения при различных социальных гарантиях,

предоставляемых государством своему населению. Данная закономерность представлена в виде формулы определения коэффициента оптимальности. Использование такого подхода позволит политикам в области здравоохранения быстро оценить общую ситуацию и принять определенные действия по улучшению здравоохранения в каждой стране.

4. Для развития нашей гипотезы о существовании данной закономерности планируется в дальнейшем провести ряд исследований по ранжированию систем здравоохранения в различных группах стран мира и сопоставлению результатов других исследований с данной методологией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вознесенская А. Индекс Джини, или как нам выбраться из бедности. Великая Эпоха, 2012.
- 2 Косалс Л.Я. Деловой климат в клановой экономической системе. Журнал «Вестник Европы», 2011.
- 3 Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва, ГЕОТАР-Медиа, 2011. – 542 с.
- 4 Переходный период: анализ и уроки первого десятилетия для стран Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Исследование Всемирного Банка. Пер. с англ. – М: Изд-во «Весь Мир», 2002.- 276 с.
- 5 OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
- 6 OECD (2012), Mortality from heart disease and stroke, in Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
- 7 OECD (2012), Mortality from transport accidents, in Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
- 8 OECD (2012), Screening, survival and mortality for cervical cancer, in Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
- 9 Olson M. Power and Prosperity: outgrowing communist and capitalist dictatorships. New York: Basic Books, 2000. – 187 p.
- 10 WHO Global Health Expenditure Database, 2012.

А.А. АҚАНОВ, Т.С. МЕЙМАНАЛИЕВ, Б.С. ТҰРДАЛИЕВА
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ҮЙЛЕСІМДІ МОДЕЛІН ТАҢДАУ ӘДІСТЕМЕСІ

Түйін: Қазіргі саяси жүйеде денсаулық сақтаудың үйлесімді моделін таңдау әдістемесі денсаулық сақтаудың анағұрлым үйлесімді моделін жылдам анықтауға және саясаткерлерге таңдауды ғылыми негіздеуге мүмкіндік береді. Әдістеме өтпелі экономикасы бар 25 елдің саяси жүйесінің талдауы, денсаулыққа солидарлы жауапкершілік ұстанымының жүзеге асыру позициясы бойынша денсаулық сақтау жүйесінің талдауы негізінде жасалған, халыққа әлеуметтік кепілдікті мемлекеттердің беруі және қазіргі саяси жүйеде денсаулық сақтау моделінің үйлесімділігін бағалау құралын (үйлесімділік коэффициенті) және саясаткерлерге денсаулық сақтау саласында жалпы жағдайды жылдам бағалауға мүмкіндік береді, және әрбір елде денсаулық сақтауды жақсарту бойынша әрекеттер жасалады.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау моделі, үйлесімділік коэффициенті, солидарлы жауапкершілік, әлеуметтік кепілдік, саяси жүйе.

A.A. AKANOV, T.S. MEYMANALIEV, B.S. TURDALIEVA
THE METHODOLOGY OF SELECTION OF THE OPTIMAL MODEL OF HEALTH CARE

Resume: The methodology of selection of the optimal model of health care under the current political system opens up the possibility of rapid determination of the most appropriate model of health care and may be used by politicians to the scientific substantiation of a choice. The methodology was developed based on the analysis of political systems of 25 countries with economies in transition, the analysis of health care systems in terms of the principle of shared responsibility for the health, social guarantees for the population of the states and provides a tool (the coefficient of optimality) assess the optimality model of health care under the current political system and allow politicians in health quickly assess the overall situation and to take certain actions to improve health care in each country.

Keywords: health care model, the coefficient of optimality, joint liability, social security, political systems

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Ж. Л. ДҮЙСЕБАЕВ, А. Г. БИМАНОВА

*Алатау аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы
С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті*

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ АЛАТАУ АУДАНЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ АУРУШАҢДЫҒЫ

Төменде берілген мақалада Алматы қаласының Алатау ауданы бойынша өндірістік мекемелеріндегі жұмыс істейтін адамдардың денсаулығының көрсеткіштері туралы мәліметтер берілген. Мақаланың соңында берілген кестеде жыл бойына тіркелген аурушаңдылық саны мен ауырған күндер тізімі берілген.

Түйінді сөздер: аурушаңдық, жұқпалы ауру, нозология

Аурушаңдық - бұл адам денсаулығының қалыпты үйлесімділігін жоғалтуы. Аурушаңдықтың дамуында негізінен әртүрлі өнеркәсіп факторлары және жұмысшылардың кәсіптік мамандығы маңызды роль атқарады. Жұмыс барысында жұмысшылар әртүрлі зиянды заттармен тікелей немесе тікелей емес қатынаста болады. Сол себептен олардың кәсіптік анамнезін білу керек. Кәсіптік анамнезінде жұмысшы өндірістің қай саласында, кім болып істейді, яғни мамандығы, қандай зиянды заттармен жұмыс жасайды, зиянды заттардың шектеліп рұқсат етілген концентрациясы (ШРЕК) және қанша уақыт қатынаста болатынын, ол заттың физикалық және химиялық жағдайын, ағзаларға қай жолмен түсіп, қай жолмен шығатынын, қай ағзаларға жиналып әсер ететінін білу кәсіптік ауруды табуда және профилактикалық жұмысты жүргізуде өте маңызды. Сол себепті өнеркәсіптік жағдайларда бір жұмысшылардың аурушаңдылыққа

ұшырайтыны, ал біреулерінің ұшырамайтыны жалпыға мәлім. Бұл жоғарыда айтылған жағдайларға байланысты. Өнеркәсіптік зияндығы бар мекемелерде кәсіптік аурулардың алдын алу үшін бірқатар шараларды жүргізу керек. Негізінен медициналық-профилактикалық шаралар олар біріншіден, өндірісті алдын ала қарап тексеру және медициналық болжам жасау. Мұнда зиянды факторлардың жұмысшылардың организміне әсерін тексеріп, болдырмау шараларын жүргізу. Екіншіден, өнеркәсіпте жұмыс істейтін адамдарды кезеңдік тексеруден өткізу.

Алматы қаласы Алатау ауданы бойынша мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы МСЭҚБ мамандарының қолайсыз еңбек жағдайында жұмыс жасайтын жұмысшыларға 2012 жыл бойынша аурушаңдыққа жүргізген анализінің қорытындысына көз жүгіртсек.

1-кесте – Алматы қаласы Алатау ауданының 2012 жылға арналған аурушаңдық көрсеткіштері

Аурудың аталуы	2011		2012	
	Жағдай	Күні	Жағдай	Күні
Перифериялық жүйке жүйесінің аурулары	13	136	5	59
Көз және көз жатырларының аурулары	2	13	1	4
Құлақ	7	123	1	6
Гипертония, гипертонияның салдарынан мидың әлсіреуі	10	150	12	132
ИБС және аурудың гипертониялық емес түрлері	3	21	3	27
Артерия, артериол және вена аурулары	1	5	2	35
Ангина және жедел фарингит	28	160	29	176
Жедел респираторлы инфекциялар	114	623	122	618
Жоғарғы тыныс жолдарының аурулары	11	58	16	113
Пневмония	3	63	4	35
Тұмау	0	0	1	9
Тыныс жолдарының созылмалы ауруларының асқинуы	11	101	7	45
Асқазан және он екі ішектің жарасы	4	43	2	53
Гастрит және дуоденит	10	62	9	64
Бауыр және ұйқы безінің аурулары	6	64	5	29
Бүйрек және зәр шығару жолдарының аурулары	22	155	22	124
Әйелдердің жыныс жолдарының қабынуы	5	37	5	35

Тері және тері асты клеткаларының инфекциялары	5	38	4	26
Тері және тері асты клеткаларының қабынуы(дерматит, экзема)	4	20	1	28
Сүйек-бұлшықет жүйесінің және дәнекер тінінің аурулары	8	113	27	290
Басқа да аурулар	51	359	26	163
Жарақаттар, өнеркәсіпке байланысты уланулар	5	124	1	18
Тұрмыстағы уланулар және жарақаттар	22	261	21	173
Барлық аурулар бойынша қорытынды	349	2757	327	2290

Ауданымыздағы уақытша еңбекке қабілеттілікті жоғалту бойынша аурушаңдылық қорытындысына қарай отырып, 100 жұмысшыға шаққандағы келесідей көрсеткіштерді аламыз:

2011 жылы 349 аурушаңдылық жағдайы тіркеліп, 2757 күн ауырған, 2012 жылы 327 жағдай тіркеліп, 2290 күн ауырған. Алынған мәліметтерге сүйенсек, абсолюттік көрсеткіш бойынша жағдай саны 22-ге, ауырған күндер

саны 467 күнге дейін төмендеген. Бұл көрсеткіштер 100 жұмысшыға шаққанда 2011 жылы 36,56-дан, 2012 жылы 33,54-ке дейін төмендеген. Ал ауырған күніне келетін болсақ 2011 жылы 282,22-ден, 2012 жылы 234,87-ге дейін қысқарған, бұдан ауырған 1 адамның ауырған күнінің ұзақтығының 2011 жылы 7,72-ден 2012 жылы 7,0-ге дейін қысқарғанын байқаймыз.

2-кесте – Жалпы 29 нозологиялық форманың ішінде аурушаңдықтың келесі түрлері төмендеген

Нозологияның аталуы	2011ж	2012ж
Перифериялық жүйке жүйесінің аурулары	13	5
Құлақ	7	1
Жүктілік кезіндегі және босанғаннан кейінгі асқынулар	4	1
Басқа да аурулар	51	26
Жарақаттар, өнеркәсіпке байланысты уланулар	5	1

№3-кесте.Төмендегі көрсеткіш 100 жұмысшыға шаққанда көтерілген аурушаңдық

Нозологияның аталуы	2011ж	2012ж
Гипертония, гипертонияның салдарынан мидың әлсіреуі	10	12
Жедел респираторлы инфекциялар	114	122
Жоғарғы тыныс жолдарының аурулары	11	16
Сүйек-бұлшық ет жүйесінің және дәнекер тінінің аурулары	8	27

Қорыта келгенде, жоғарыда берілген мәліметтерге сүйенсек жоғарғы тыныс жолдарының аурулары, жүрек-

қантамыр аурулары мен сүйек-бұлшық ет жүйесі аурулары 2012 жылы біршама жоғарылаған.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Неменко Б. А., «Коммуналдық гигиена бойынша практикалық сабаққа арналған басшылық». – Алматы: 2010. – 75 с.
- 2 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы кодексі. – Алматы: ЮРИСТ, 2009. – 108б.

Ж. Л. ДҮЙСЕБАЕВ, А. Г. БИМАНОВА

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ПО АЛАТАУСКОМУ РАЙОНУ ГОРОДА АЛМАТЫ

В данной статье предоставлен анализ заболеваемости ВУТ за 2012г. в сравнении с 2011 г. по Алатаускому району.

J.L. DUISEBAYEV, A.G.BIMANOVA

INCIDENCE OF EMPLOYEES WORKING IN ENTERPRISES IN Alatau district of Almaty

In this article provided analysis of the incidence of HLA by 2012 year in comparison with 2011 year by Zhetysu district.

УДК 930(470.57)

А.С. РАКИШЕВА, А.С. САЯТОВА, Г.М. АЛИКЕЕВА, А.М. ШАХИЕВА
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ: 1920-1930 ГОДЫ

В статье представлены данные о состоянии здравоохранения и организации первых мероприятий по борьбе с туберкулезом в Казахстане: проведение съездов, развертывание диспансеров в 20-30-е годы, усилия Наркомздрава по увеличению численности специалистов-фтизиатров и организации отрядов врачей для выезда в сельские районы.

Ключевые слова: Наркомздрав, туберкулез, специалист-фтизиатр, диспансер

Минуло более двух десятилетий независимости суверенного Казахстана. В республике уверенно строится промышленное производство, достигнуты огромные успехи в развитии здравоохранения и социальной жизни населения. Но, изучая и сравнивая веки истории страны, все более поразительными становятся факты ушедших лет.

20-е годы прошлого века в республике связаны с жестокой и беспощадной гражданской войной, когда были совершены политические и экономические ошибки, массовая гибель людей, вынужденная миграция населения, сопровождавшаяся голодом и резким ростом инфекционной заболеваемости [1].

Сегодня в архивах хранятся старые, ветхие, «угасающие» документы о тяжелых 20-30-х годах. Это приказы и постановления Наркомздрава КАССР, протоколы собраний и заседаний, служебные записки и распоряжения, часто написанные от руки на отдельных листочках.

Подробное исследование и анализ этих «угасающих» материалов, свидетельствующих о жизни населения и системе здравоохранения Казахстана в годы гражданской войны, являются важными источниками изучения исторических событий страны. Особый интерес представляет изучение вопросов оказания медицинской помощи при социальных заболеваниях, в том числе туберкулезом.

В начале 20-го века в Казахстане не было специализированных медицинских учреждений для туберкулезных больных. Работа по проведению противотуберкулезных мероприятий в республике, как и всей России, велась бессистемно и ограничивалась редкими отдельными инициативами российских научных обществ, иногда частными начинаниями филантропов или предпринимателей.

Но в 1919-1921 годы, в связи с гражданской войной, показатели инфекционной заболеваемости, в том числе туберкулезом, приняли угрожающие размеры. Поэтому в 1919 и 1920 годах под руководством туберкулезной секции Наркомздрава РСФСР были проведены Всероссийские съезды по социальным болезням, в итоге были разработаны директивы и рекомендации о создании секций по туберкулезу во всех губерниях и Наркомздравах автономных республик. Осенью 1921 года было принято решение о проведении в г. Петрограде отдельного Съезда по проблемам туберкулеза [2].

Для подготовки к съезду во все губернские здравотделы и уездные врачебные пункты РСФСР, в том числе КАССР, были высланы анкеты с перечнем вопросов о состоянии медицинской помощи больным туберкулезом. В анкете предлагалось дать сведения по следующим вопросам: 1) наличие на местах противотуберкулезных учреждений или отделений, 2) учреждение, куда направляются дети с

костным и легочным туберкулезом, 3) существуют ли санатории или летние колонии для детей, больных туберкулезом, 4) имеется ли в районе подходящая местность для санаторных учреждений, 5) возможно ли открытие противотуберкулезных диспансеров и какие причины могут этому препятствовать, 6) существует ли регистрация туберкулезных больных в больницах и амбулаториях, 7) ведется ли санитарно-просветительная работа по профилактике и как проводится жилищно-санитарный надзор [3].

Показателен ответ на анкету по Актюбинской губернии: специальных стационарных учреждений для туберкулезных больных в губернии нет, пациенты при необходимости госпитализируются в терапевтическое отделение губернской больницы; специалистов врачей-фтизиатров в губернии нет, в уездах туберкулезных больных принимают фельдшеры; в районе лесного массива крайне необходимо открыть летние колонии для детей с анемией, которых очень много из-за голода в губернии; резерва руководителей и среднего медперсонала для диспансеров нет; санитарно-просветительная работа в губернии не проводится, жилищно-санитарный надзор выполняется только в г. Актюбинске [4].

По отчетам губерний КАССР для Всесоюзного Съезда по туберкулезу был составлен сводный доклад заведующего туберкулезной секцией Кирнаркомздрава. В докладе было отмечено, что туберкулезная секция Наркомздрава республики находится в стадии формирования. Еще только предстояло планировать и организовывать совместную деятельность туберкулезной секции с органами Социального обеспечения, Комтруда, санитарно-жилищной инспекции. Перед этими органами стояла общая задача разработки мероприятий по оздоровлению условий быта и труда, полного социального обеспечения туберкулезных больных, организации санитарного просвещения среди населения. В докладе было отмечено, что регистрация туберкулезных больных в Казахстане не проводилась, поэтому не было «статистических материалов для оценки этого народного бедствия», а помощь туберкулезным больным была крайне скудной: санаторно-курортным лечением обеспечивались лишь 10% из числа нуждающихся [5,6]. В 20-е годы в Казахстане первоочередной задачей была организация полного учета туберкулезных больных. Для решения этой проблемы был только один вариант – повсеместное строительство диспансеров для больных туберкулезом. Диспансерам следовало в целях ранней диагностики заниматься проведением профилактических осмотров, выявлением больных туберкулезом и их лечением в стационаре и на дому, выполнением широкого санитарного просвещения. Туберкулезная секция Наркомздрава КАССР предлагала

в задачи диспансера включить: организацию рационального трудоустройства туберкулезных больных, отбор пациентов для санаторно-курортного лечения, помощь в получении жилья и питания. В качестве образца предлагалось изучить опыт российского Вятского диспансера, где в 1921 году имелись: лаборатория, рентгеновский кабинет, стационар на 10 коек для взрослых и 10 коек для детей, бесплатное обеспечение лекарствами всех амбулаторных больных, детский дневной санаторий на 30 человек с солярием и диетической столовой. По талонам диспансера больным отпускались 2 бутылки молока и четверть фунта масла из продукции государственной фермы. Кроме того, при диспансере имелось отделение для населения из группы риска, т.е. для лиц, находившихся в контакте с больными туберкулезом. В докладе заведующего туберкулезной секцией Наркомздрава КАССР отмечалось, что пример Вятского диспансера наиболее приемлем для Казахстана, но дополнительно предлагалось организовать при диспансере Совет с включением в его состав врачей и представителей профсоюза. В ближайшие задачи Наркомздрава КАССР были включены пункты: открытие в республике сети санаториев и специализированных стационаров для туберкулезных больных, организация кумысолечения, формирование передвижных медицинских отрядов для проведения профилактических осмотров, выпуск листовок и брошюр.

Следует отметить, что исследование медико-санитарных проблем республики и системы охраны здоровья населения по первичным архивным документам 20-30-х годов свидетельствует, что уровень не только специализированной помощи, но и всей системы здравоохранения этого периода был крайне низкий.

Например, в справке чрезвычайного уполномоченного Наркомздрава за 1922 год под названием «Общее впечатление от посещения больницы», проводившего исследование в г. Оренбурге - административном центре Казахстана, дословный текст следующий: «... Все больницы в г. Оренбурге давно не отапливались, нигде ванны не топят, в больницах холодно, больные лежат в своих платьях, почти поголовная вшивость больных, внутригоспитальное заражение – обычное правило. Питание не превышает 700 калорий, хлеб всюду черный. Диетпродукты совершенно отсутствуют....Смертность колоссальная и наступает у большинства больных либо при явлениях голодных отеков, либо кишечных поносов и истощении. В Губернской заразной больнице, вследствие трудности отопления, закрыто в ноябре 300 коек.... Никаких элементов для санитарной обработки масс и организации дела дезинфекционного нигде обнаружить не удалось».

Среди взрослого и детского населения республики наблюдалась высокая инфекционная заболеваемость, но госпитализация больных затруднялась из-за недостатка стационарных коек [7].

По данным за 1921 год дети, больные туберкулезом, никакой медицинской помощи не получали даже в административном центре республики - г. Оренбурге. Коллегия Наркомздрава КАССР обсуждала этот вопрос и считала необходимым открытие детских диспансеров или стационарных отделений и обязательное социальное обеспечение детей полноценным питанием, медикаментами. Отдельное внимание уделялось вопросам подготовки врачей-фтизиатров и среднего

медицинского персонала, оказание всякой поддержки врачам, желавшим получить специализацию по фтизиатрии.

В феврале 1922 года в г. Петрограде состоялся Всесоюзный съезд по туберкулезу, где было представлено 26 докладов. В сводном докладе председателя съезда были отмечены показатели по КАССР. После горячего обсуждения, в постановлении Съезда было принято решение о срочной подготовке специалистов-фтизиатров для всех союзных республик и формировании экспедиций в сельские районы страны в целях выявления туберкулезных больных [8].

Однако эта работа в Казахстане выполнялась крайне медленно, лишь с середины 20-х годов появились первые сообщения о работе специализированных экспедиций. По данным экспедиций показатели пораженности туберкулезом среди местного населения составляли от 4 до 7 %, а смертность достигала 400,0-500,0 на 100 000 населения. Некоторые итоги работы экспедиций были обсуждены на 4-м краевом съезде здраводелов и участковых врачей, состоявшемся в г. Кызыл-Орде 20 мая 1928 года [9]. Особая значимость этого казахстанского съезда заключалась в том, что он впервые проходил в условиях районированного Казахстана и при более значительном и разнообразном представительстве с мест. Впервые на Съезде ставился вопрос о плановости в деле организации здравоохранения: ожидалось, что планирование сети здравоохранения на 5-летний срок поможет органам здравоохранения рационально построить сеть и использовать материальные ресурсы. Не менее важным на повестке дня стоял вопрос о формах организации медицинской помощи кочевому и полукочевому населению края, среди которого была высокая заболеваемость туберкулезом и другими инфекционными болезнями. В связи с этим на Съезде отдельно рассматривался вопрос об организации и содержании в 1928/1929 году врачебно-обследовательских отрядов. Было отмечено, что по Постановлению Совнаркома и ЦИКа с начала 1928 года финансирование врачебно-обследовательских отрядов было передано на баланс местных бюджетов, и это обстоятельство вызвало резкое сокращение численности отрядов. Для исправления ошибки было срочно принято новое решение: «Всем краевым исполкомам, по согласованию с Наркомздравом КАССР, организовать дополнительные врачебно-исследовательские отряды в округах в текущем году и отнести за счет кредитов на дело здравоохранения, неиспользованных по каким-либо причинам в первом полугодии». Подобные врачебно-обследовательские отряды предполагалось организовать как общего характера, так и специализированные (глазные, консультационные по охране материнства и детства, кожно-венерологические, туберкулезные и др.)

Были срочно и подробно разработаны рекомендации к комплектованию и организации работы таких медицинских отрядов:

- 1) отряд прикреплять к определенной стационарной базе, которая должна стать для отряда центром, снабжающим и направляющим всю его работу,
- 2) необходимо заранее разработать маршрут и стоянки отряда, о чем своевременно известить аульские советы,
- 3) узкоспециализированные отряды не следует направлять в места, где прежде никогда не было

медицинской помощи, так как узкие специалисты вынуждены значительное время уделять общим заболеваниям, в результате теряется целевая установка отряда. В подобных случаях, как правило, следует включать в отряд врача-терапевта,

4) во все врачебно-обследовательские отряды общего характера необходимо включать консультантов по охране материнства и младенчества,

5) в задачи всех отрядов включать работу по санитарному просвещению, для чего обеспечить отряды пособиями, плакатами, «волшебными фонарями», листовками и пр.

6) крайне желательно комплектовать отряд из медработников Казахстана, ставя во главе отряда врача-казаха,

7) для общения с местным населением особое внимание уделять подбору переводчиков, стремясь назначать медицинских сестер или грамотных санитаров,

8) учитывая важность полного учета и опыта работы медицинских отрядов, Наркомздрав просит с максимальной подробностью информировать окружные отделы здравоохранения о выполненной работе по предложенным формам отчетности.

При комплектовании специалистов особое внимание уделялось работе врачебно-обследовательских туберкулезных отрядов. Нужно отметить, что первые попытки организации таких специализированных отрядов были в Казахстане еще с начала 20-х годов и уже тогда выявленные показатели распространенности туберкулеза оказались очень высокими, но врачебных кадров не хватало. Например, по данным Наркомздрава КАССР даже в 1928 году в республике было всего 30 фтизиатров, функционировал только 1 тубдиспансер, для туберкулезных больных было выделено всего 10 стационарных коек. По этому поводу Наркомздрав КАССР вынес решение на новую пятилетку (текст дословный): 1) основной линией дальнейшего развития борьбы с туберкулезом является расширение и укрепление сети тубдиспансеров, как самостоятельных учреждений, обслуживающих определенный район, 2) тубдиспансеры, являясь самостоятельными учреждениями, не должны вести свою работу

изолированно от общелечебных учреждений: между ними должна быть увязка как в интересах взаимной рационализации работы профилактизации лечебных учреждений, так и в интересах и проведении в жизнь мероприятий по оздоровлению труда и быта обслуживаемого ими трудящегося населения, 3) увязка работы туберкулезных диспансеров с лечебными учреждениями не должна вести за собой снижения тонаса установившейся профилактической работы и попыток упрощенного перехода к разрешению этого вопроса – в форме открытия тубприемников, 4) одним из принципов увязки деятельности лечебных и диспансерных учреждений должно быть объединение сестер социальной помощи в единый исследовательский аппарат, 5) в целях проведения объединенной профилактической работы возможно районное объединение комиссий оздоровления труда и быта, при сохранении отдельных секций (туберкулезной) с особыми специальными денежными фондами социальной помощи. б) в тех случаях, когда тубдиспансеры и общие лаборатории территориально объединены в одной усадьбе или здании, взаимная увязка между ними может быть осуществлена с наименьшей затратой сил (общее руководство, лаборатория, аптека и др.). Однако тубдиспансер сохраняет и в данной обстановке свою самостоятельность, имеет свой район, свою регистрацию и штат.

Кроме того, Наркомздрав КАССР рекомендовал повышать квалификацию врачей-фтизиатров и медсестер, проводить совместные конференции фтизиатров и врачей общего профиля, разрабатывать систему учетно-отчетных форм, открывать новые диспансеры и стационары [10].

Срочно требовались квалифицированные специалисты, но в республике до 30-х годов не было ни одного медицинского вуза, поэтому обеспеченность врачебными кадрами, в том числе фтизиатрами, полностью зависела от приезда квалифицированных кадров из других губерний союзного государства. Показатели численности врачебных кадров и деятельности учреждений представлены в таблице.

Таблица 1 - Показатели туберкулезных учреждений в Казахстане в 30-е годы (результаты 1-й пятилетки)

	1928 год	1929 год	1930 год	1931 год
Врачей всего	995	483	737	630
в т.ч. фтизиатров	30	20	25	30
Число коек для туб. больных	10	30	30	70
Число тубдиспансеров	1	7	11	14
Число посещений в тубдиспансеры, включая профилактические (в тыс.)	62,2	74,2	345,6	720,0
Число туберкулезных пунктов для приема больных	-	3	40	60

Наркомздрав КАССР упорно приглашал врачей на работу в Казахстан, рассылая письма не только в официальные органы здравоохранения, но и лично на адреса врачей из различных городов. В 1930 году число врачей достигло 737 (при потребности более 2000), в их числе 7 казахов и 17 человек восточных национальностей. В республике было 45 зубных врачей, 165 фармацевтов, 602 медицинские сестры, 195 больниц, 4429 стационарных коек. Однако, несмотря на некоторое позитивное изменение показателей 1930 года по

сравнению с 1929 годом, дело народного здравоохранения оставалось крайне отсталым. Из общего количества районов республики (193) в 82 районах не было больниц, в 32 районах существовали только фельдшерские пункты, в 8 сельских районах не было ни одного учреждения здравоохранения. Особенно тяжелым оставалось положение в тех сельских районах, где проживали преимущественно казахи: из 114 таких районов стационарная больничная помощь была только в 41, а 73 казахских района

оставались без квалифицированной поддержки. Но даже в тех районах, которые по Казахстану считались наиболее обеспеченными, разрыв показателей по сравнению со средними цифрами оказания медицинской помощи по РСФСР был заметным. Например, состояние местных бюджетов было таково, что расход на душу населения по местному бюджету составлял всего 1,2 рубля, при среднем показателе по РСФСР – 3,6 рубля [11].

Наркомздрав РСФСР ежегодно выдавал направления врачам общей практики в Казахстан, но трудности возникали с первого дня прибытия в республику: заработная плата врачей в Казахстане была не регулярная, ее размер в 20-30-е годы был ниже уровня оплаты труда медиков других Среднеазиатских республик и губерний России, квартир для врачей не было или предоставлялось жилье без коммунальных услуг. Особенно трудное положение складывалось в сельской местности. Поэтому часто врачи отказывались ехать в Казахстан, или массово уезжали вскоре после приезда, самовольно не возвращались на места работы после отпусков. Почти все врачи совмещали свои должности с работой по разным специальностям, в том числе в должности совместителей-фтизиатров. Для закрепления врачебных кадров на селе в 1931 году было принято постановление Наркомздрава КАССР о введении льгот для сельских врачей и сохранении жилплощади (квартир) в городах на все время работы врачей в сельской местности. Однако эти меры послужили слабым толчком к закреплению сети врачебных кадров.

Потребность во врачебных кадрах на протяжении 30-х годов оставалась высокой: по расчетным данным Наркомздрава КАССР в 1932 году для республики необходимо было 2842 врача, в т.ч. 185 фтизиатров, в 1933 году соответственно 3756 и 274.

Начало 30-х годов характеризуется в республике развертыванием промышленного строительства, новостроек, строительством новых совхозов, миграцией населения. Это сопровождалось скученностью населения, вспышками эпидемий, ростом заболеваемости туберкулезом, и Наркомздрав справедливо предполагал, что в ближайшие 2 года эти тенденции усилятся. Но специалистов-фтизиатров в СССР не хватало, в связи с чем в августе 1931 года было принято отдельное Постановление НКЗ РСФСР об открытии курсов заочного обучения по фтизиатрии для врачей и среднего персонала.

Работу в стране возглавил Центральный туберкулезный институт (г. Москва), где был организован сектор заочного обучения. Целью бесплатных курсов заочного обучения была подготовка новых кадров фтизиатров для работы в автономных республиках и губерниях.

Учебная программа, рассчитанная на врачей сельских участков и городских специалистов, была составлена на 6 месяцев, она включала теоретическую и практическую часть. Курсантам по расписанию высылались лекции общим объемом в 30 печатных листов; для проверки знаний врачи прорабатывали 15 тем и высылали материалы в письменной форме на рецензию. По окончании теоретической части обучения курсанты освобождались от основной должности с сохранением заработной платы и командировались на 1 месяц для практической работы на базе тубинститутов или туберкулезных диспансеров. Всего за три года в СССР планировалось подготовить 1000 врачей-фтизиатров; для Казахстана предлагалось в 1931 году подготовить 30 специалистов. Если в 1931 году курсы были бесплатными, то в последующие годы (1932-1933) местным здравоохранениям предлагалось предусмотреть в бюджете оплату за рецензии, распечатывание и рассылку лекций [12].

Параллельно с подготовкой кадров фтизиатров в Казахстане были предприняты усилия по развертыванию сети диспансеров и курортного лечения для туберкулезных больных. Осенью 1931 года из Москвы в республику прибыла группа специалистов для изучения возможности организации курортного дела в Казахстане. Было установлено, что по состоянию на 1931 год в республике функционировали 9 курортов, но не было ни одного санатория для туберкулезных больных; всего в 2-х лечебницах было организовано кумысолечение – это Бер-Чогур на 20 коек, находившийся в ведении железнодорожного транспорта и Уральская сезонная лечебница органов Социального страхования на 100 коек. В итоге впервые было запланировано строительство санатория для туберкулезных больных в окрестностях Алматы на 150 коек, в Семипалатинской области – на 50 коек и санатория «Кабанья щель» в Каркаралинском округе - на 25 коек, а также строительство кумысолечебниц в Манкенте - на 50 коек и в Каркаралинском округе - на 50 коек. При численности населения республики 7577500 чел. и высокой заболеваемости туберкулезом такие планы строительства не соответствовали потребности здравоохранения, но финансовые возможности республики не позволяли начать широкое строительство учреждений для туберкулезных больных [13].

Таким образом, анализ первичных исторических документов показывает тяжелую картину медико-санитарного состояния населения и показателей туберкулезной службы республики 20-30-х годов. Эти материалы сегодня помогают оценить события прошлого.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Архив ЦГА РК, фонд 82. - оп. 1. - д. 74. - С.21-22.
- 2 Архив ЦГА РК, фонд 82. - оп. 1. - д. 94. – 4 с.
- 3 Архив ЦГА РК, фонд 82. - оп. 1. - д. 1106. – 5 с.
- 4 Архив ЦГА РК, ф. 82. - оп. 1. - д.94. – 25 с.
- 5 Архив ЦГА РК, ф.82. - оп. 1. - д.94. - С. 6-11.
- 6 Архив ЦГА РК, ф. 82. - оп. 1. - д. 94. – 19 с.
- 7 Архив Музея КазНМУ, ф. НКЗ. - оп. 1921-1923. - док. 321.
- 8 Архив ЦГА РК, ф.82. - оп. 1. - д.94. – 26 с.
- 9 Елизарьев В.Н. Опыт изучения заболеваемости туберкулезом в степных районах Семипалатинской губернии по материалам подвижных отрядов. ж. Вестник здравоохранения Казахстана. – 1927. - № 1. – 16 с.
- 10 Архив ЦГА РК, ф.82. - оп. 1. - д.570. - 6 с.
- 11 Архив Музея КазНМУ, ф. НКЗ. - оп. 1920-1921. - док. 311.
- 12 Архив ЦГА РК, фонд 82. - оп. 1. - д. 1095. - С.3-6.
- 13 Архив ЦГА РК, фонд 82. - оп. 1. - д. 570. - С.22-30.

А.С. РАҚЫШЕВА, Ә.С. САЯТОВА, Ғ.М. ӘЛИКЕЕВА, А. М. ШАХИЕВА

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ КҮРЕСТІҢ ТАРИХЫ:
1920-1930 ЖЫЛДАР

Түйін: Азамат соғысы жылдары халыққа, оның ішінде туберкулезбен ауырған ауруларға көрсетілетін мамандандырылған көмектің жоқтығынан Қазақстанда денсаулық сақтау жүйесі төмен деңгейде болды. Туберкулезбен ауырғандар тіркеуге алынбады. Осыған орай Қаз АКСР Денсаулық сақтау халық комиссариаты 20-шы жылдардың ортасында село халықтарын медициналық кәсіби тексерістен өткізу үшін мамандандырылған дәрігерлік отрядтар құра бастады; фтизиатр-мамандар даярлау және туберкулезбен ауырған аурулар үшін санаторийлер мен емдеу мекемелерін салу жұмыстары қолға алынды.

Түйінді сөздер: Денсаулық сақтау халық комиссариаты, туберкулез, фтизиатр-маман, емдеу мекемесі.

A.S. RAKISHEVA, A.S. SAYATOVA, A.M. SHAHIEVA, G.M.ALIKEEVA

THE HISTORY OF STRUGGLE AGAINST TUBERCULOSIS IN KAZAKHSTAN: 1920-1930

Resume: During civil war in Kazakhstan there was very low level of health system development, lack of specialized care of population, including patients with tuberculosis illness. There were no records of tuberculosis occurrence. To solve this situation NarKomZdrav KASSR from mid-20s started to form specialized medical teams to provide medical examination of rural population; there were attempts to train chest physicians and build sanatoriums for tuberculosis patients.

Keywords: NarKomZdrav KASSR (People Health Department of Kazakh Socialist Republic), tuberculosis, chest physician, prophylactic center

УДК: 614.2(1-22):351-027.236(046)

Т.Т.ЕСДАУЛЕТОВ

КГП на ПХВ Аккайынская центральная районная больница акимата СКО

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ АККАЙЫНСКОЙ ЦРБ АКИМАТА СКО)

Статья посвящена изучению роли стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи сельскому населению.

Актуальность статьи состоит в том, что одним из основных направлений государственной программы развития здравоохранения является повышения эффективности использования коечного фонда, определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

В статье определены следующие аспекты: изучение развития стационарозамещающих технологий, раскрытие организации работы дневных стационаров, проведение анализа эффективности работы дневных стационаров.

Среди организационных принципов современного общественного здравоохранения одним из важных является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности.

Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней влияют на организационные формы и методы работы сельского здравоохранения.

Основные различия медицинского обслуживания сельского населения:

- особенности расселения населения;
- особенности сельскохозяйственного труда (сезонность, низкий уровень механизации, высокий удельный вес ручного труда, нередко значительная отдаленность места жительства от места работы и прочее);
- отток молодежи и лиц трудоспособного возраста в городскую местность;
- постарение населения в сельской местности;
- более низкий жизненный уровень в сельской местности;
- социально-экономические и бытовые трудности.

Одним из основных направлений государственной программы развития здравоохранения является повышения эффективности использования коечного фонда, определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный. Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан 2011 – 2015 год» предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Целью данной работы явилось изучение роли стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи сельскому населению.

Для достижения поставленной цели, определены следующие задачи;

изучить развитие стационарозамещающих технологий;

раскрыть организацию работы дневных стационаров; провести анализ эффективности работы дневных стационаров.

Предпосылки развития стационарозамещающих технологий

Одним из путей повышения экономической эффективности КГП на ПХВ «Аккайынская ЦРБ» и более экономичного использования больничных ресурсов, так же доступность медицинских услуг сельскому населению является развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи. Однако отсутствие стратегического анализа и координации в деятельности ПМСП, слабость системы анализа эффективности использования ресурсов, экономических стимулов создают неблагоприятную почву для развития ресурсосберегающих технологий.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. В настоящее время до 80% ресурсов Аккайынского здравоохранения, используется для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи, против 30-50% в экономически развитых странах. Потери от неэффективного использования средств достигают 20% от общей суммы государственного финансирования отрасли. Анализ показал что большой процент больных могут получать медицинскую помощь с использованием стационарозамещающих технологий на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Больные находящиеся на круглосуточном стационаре при улучшении состояния могут быть переведены на дневной стационар, что влечет за собой экономию средств.

В связи с высокой значимостью проблемы, одним из приоритетных направлений государственной программы в сфере здравоохранения «Саламатты Қазақстан», было объявлено развитие ПМСП. Среди задач по совершенствованию организации ПМСП, является увеличение интенсивности работы амбулаторно-поликлинических учреждений, перемещение части объемов медицинской помощи из стационара в поликлинику, повышение ее доступности и качества. Использование стационарозамещающих технологий в поликлинике предоставляет возможности для решения поставленных задач; является обоснованным и целесообразным в современных социально-экономических условиях. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов. При организации в первичном звене здравоохранения, стационарозамещающие технологии позволяют амбулаторно-поликлиническим учреждениям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи.

Организация работы стационарозамещающих технологий

Система работы стационарозамещающих технологий в районе представлена следующим образом:

- Дневной стационар при поликлинике ЦРБ и при ВА;
- Стационары дневного пребывания в стационарных отделениях больницы;
- Стационары на дому.

Всего 65 коек (53 коек 2011г.) из них:

При отделениях стационара:

- хирургическое – 2 к.
- терапевтическое – 8 к.
- педиатрическое – 6 к.
- гинекологическое – 4 к.

При поликлинике – 19 коек

Во врачебных амбулаториях - 26

- Чапаевская ВА – 8 к.
- Киялинская ВА – 6 к.
- Ленинская ВА – 6 к.
- Чаглинская ВА – 6 к.

Стационар на дому – по необходимости. (пролечено 31 больной в 2012 г, затраты составили 61039 тенге, затраты при круглосуточном лечении составили бы 2170000 тенге).

Цель работы дневного стационара:

- 1) проведение диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных;
- 2) применение малозатратных форм, с целью экономии средств.

В функции дневного стационара входят:

- 1) проведение комплексного курсового лечения, включающего, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;
- 2) проведение диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- 3) послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения по поводу несложных хирургических вмешательств;
- 4) подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или с хроническими заболеваниями при изменении степени тяжести болезни;
- 5) профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющих;
- 6) проведение реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных, инвалидов, беременных женщин;
- 7) долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения.

Для осуществления функций дневного стационара используются диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения Аккайынской ЦРБ.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в соответствии с ГОМБП.

Кадровый состав.

В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером - гинекологом, врачом общей практики). При необходимости привлекаются соответствующие врачи - консультанты.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно-профилактическому учреждению.

Анализ эффективности стационарозамещающих технологий. Критерии

При анализе эффективности работы дневного стационара выделяют медицинский, социальный и экономический эффекты. Как известно, понятие эффективность определяется как соотношение полученного полезного результата с затратами, обеспечивающими его достижение. Эффект – это конкретный результат, выраженный качественными или количественными показателями либо измерениями в денежных единицах.

Медицинский эффект деятельности дневного стационара определяется:

достижение конечного результата, согласно протоколу обследования и лечения больных в амбулаторно-поликлинических (стационарных) условиях: выздоровление, улучшение, стабилизация показателей, уменьшение явлений декомпенсации, снижение числа жалоб и т. д. Основной задачей проводимых исследований является получение достоверного доказательства достижения намеченного эффекта; сокращение сроков пребывания пациентов на лечении; отсутствие или снижение летальности по отдельным заболеваниям; уменьшение количества послеоперационных осложнений.

Эффективность лечения можно оценить путем сравнения средних сроков лечения в дневном стационаре и в обычных отделениях круглосуточных стационаров.

Оценка эффективности работы стационарозамещающих технологий в Аккайынской ЦРБ.

Предполагаемый результат, достигнут полностью в 95,86% случаев, частично – в 3,57%, не достигнут – в 0,57% случаев. Полученные данные подтверждают высокую медицинскую эффективность реализации стационарозамещающих технологий.

Социальный эффект подразумевает под собой:

обеспечение возможности получения квалифицированной помощи по месту жительства без госпитализации и улучшение в связи с этим качества жизни пациентов;

повышение доступности медицинской помощи и соответственно удовлетворенности пациентов;

снижение социальной напряженности за счет создания дополнительных мест лечения;

обеспечение прав пациента на своевременную бесплатную помощь;

Снижение продолжительности трудопотери у пациентов и более быстрое возвращение к их прежней трудовой деятельности.

По данным проведенного анкетирования «Оценки качества оказания медицинских услуг в условиях дневного стационара» установлено, что 58,28% пациентов предпочитают лечиться в условиях ДС и 47,72% – в стационаре с круглосуточным пребыванием; 77,29% пациентов считают, что ДС увеличивают доступность медицинской помощи; 98,43% – в той или иной степени удовлетворены результатом лечения и только 1,57% пациентов не удовлетворены; 66,00% больных указали на улучшение трудоспособности после лечения в ДС. Работа ДС в целом оценена на «отлично» в 29,14% случаев, «хорошо» – в 59,71%, «удовлетворительно» – в 10,86%, «неудовлетворительно» – в 0,29% случаев. Приведенные данные доказывают высокую социальную эффективность реализованных стационарозамещающих технологий.

Экономический эффект

Экономический эффект является интегральной величиной. Он образуется из сокращения затрат на лечение и прироста внутреннего валового продукта. Экономический эффект – снижение стоимости лечения в дневном стационаре (стоимости одного койко-дня) при достижении заданного медицинского эффекта. Экономический эффект деятельности стационарозамещающих технологий обусловлен не только низкой стоимостью лечения, но и сокращением сроков лечения больных по сравнению с длительностью пребывания пациентов в обычных стационарных отделениях.

Следует отметить, что экономический эффект от организации стационарозамещающих форм может быть достигнут только при соблюдении следующих условий: выполнения соответствующих стандартов лечения больных;

достаточного лекарственного обеспечения согласно разработанным лекарственным формулярам; применение методов экономического стимулирования лечебных учреждений за активное развитие ресурсосберегающих технологий;

создание механизмов дифференцированной оплаты труда медицинских работников, использование методов их материального поощрения.

Эти меры позволяют повысить производительность труда медицинского персонала ЦРБ и стимулируют развитие стационарозамещающих технологий.

В тоже время развитие экономически более выгодных стационарозамещающих технологий повышает

доступность коек круглосуточного стационара для пациентов, требующих круглосуточного наблюдения врача.

Расчеты экономической эффективности основываются при этом на сравнении стоимости койко-дня в обычном круглосуточном стационаре и дневном стационаре и последующем расчете финансовых средств на пролеченных в дневном стационаре и на этих же больных, если бы им была оказана помощь в обычном круглосуточном стационаре. В результате приводятся впечатляющие цифры, как в абсолютном денежном эквиваленте, так и в разнице в стоимости лечения, например в 2 и более раз. Такие сопоставления целесообразно проводить, на наш взгляд, лишь при соблюдении главного условия: строгого отбора пациентов по следующим параметрам:

диагноз, тяжесть течения основного заболевания;

наличие осложнений основного заболевания;

число и вид сопутствующей патологии;

возрастно-половой состав пациентов;

технологии лечебно-диагностического процесса;

число и вид лабораторных и инструментальных исследований;

объем, стоимость медикаментозного лечения, частота их проведения в течение суток;

использование вспомогательных методов лечения: физиотерапия, массажи др.;

средняя длительность лечения;

объем консультативной помощи;

исходы лечения, частота последующих обострений хронических заболеваний и т.д.

Лишь только при подборе уравновешенных по указанным признакам групп больных можно проводить адекватные сравнения стоимостных показателей.

Стоимостные оценки в здравоохранении осуществляются на основании затратного подхода к ценообразованию, что обусловлено особенностями медицинских услуг и высокой степенью государственного регулирования цен в здравоохранении.

Себестоимость продукции, работ, услуг, в том числе и медицинских, определяется по следующим основным группам расходов:

I группа - затраты, непосредственно связанные с производством продукции (работ, услуг);

II группа - затраты, связанные с использованием природного сырья, на подготовку и освоение производства, совершенствование технологии, обслуживание, управление производством и т.д.

В первую группу затрат включаются:

материальные затраты;

затраты на оплату труда;

отчисления на социальные нужды;

амортизация основных фондов;

прочие затраты.

При расчетах стоимости в рамках затратного механизма ценообразования используются принципиально разные методические подходы, основанные либо на *фактических*, либо на *нормативных затратах* труда, лекарственного обеспечения, по виду и числу обследований и т.д.

Использование *фактических затрат* учреждения не стимулирует применение новых технологий, новых организационных форм в оказании медицинской помощи, а лишь закрепляет сложившееся положение дел, в частности, недофинансирование ЛПУ, неполную обеспеченность штатами, медикаментами и т.д.

Частое изменение нормативов по труду, по правилам оказания медицинских услуг для больничных учреждений, отсутствие своевременного пересмотра этих документов на фоне изменившейся технологии лечебно-диагностического процесса, состава больных по заболеваниям и тяжести течения весьма затрудняет использование *нормативного метода* ценообразования.

Штатные нормативы устанавливают нормативную численность должностей по профилю отделений, которая складывается как средний показатель трудоемкости обслуживания больных с разными заболеваниями, госпитализированных в отделения того или иного профиля.

Нормативы численности медицинского персонала дневных стационаров определены столь нечетко (приказ МЗ РК №238 от 07.04.10 года) ("ведение больных осуществляется лечащим врачом", "штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала... устанавливаются с учетом наличия... дневного стационара", "... в штаты... в связи с увеличением объема диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала"...), без указаний на величину нормативного показателя, что их использование вызывает еще большие трудности при применении в практике здравоохранения и, следовательно, в ценообразовании. В этом отношении требуется более подробный подход к определению нормативных объемов в стационарозамещающей помощи.

Кроме того, у работающих в круглосуточном стационаре более высокий уровень дополнительной заработной платы, хотя в последнее время внесены изменения в пользу работников дневных стационаров ПМСП при распределении стимулирующей надбавки к тарифу.

Медикаментозное обеспечение больных с той или иной патологией определяется, как правило, стандартами (протоколами) ведения больных. Однако эти разработки предусматривают лекарства на весь курс лечения, без выделения того или иного этапа лечения.

Лабораторные и инструментальные исследования, их число и вид также определяются стандартами (протоколами) лечения без дифференциации на амбулаторно-поликлинический или стационарный этапы. Следует отметить, что стандарты (протоколы) лечения разработаны лишь по отношению к основному заболеванию. Специальные научные исследования достаточно четко устанавливают статистически достоверные связи ряда заболеваний и патологических состояний. Впервые проведенная медико-экономическая оценка сопутствующей патологии показала, что, например, на 1 тенге затрат по лабораторному и инструментальному обследованию больных в отделении, проведенных в связи с основным заболеванием, приходится 60 тиин затрат, связанных с обследованием по поводу сопутствующей патологии, которые производятся за счет ЦРБ и не возмещается в дальнейшем.

Расчет расходов на питание осуществляется по фактическим затратам, т.е. на трех- четырехразовое питание при круглосуточном пребывании больного в стационаре. В дневном стационаре такие расходы отсутствуют.

Таким образом, приведенный анализ нормативной обеспеченности деятельности стационаров с

круглосуточным пребыванием больных и дневных стационаров показывает, что по большинству нормативов при расчетах показателей применение нормативного подхода к ценообразованию имеет определенные ограничения.

Так, при таких расчетах приходится делать допущения о том, что нормативная обеспеченность персоналом по профилю отделения, так же как и медикаментозное обеспечение, соответствует таковым по отдельным заболеваниям. Анализируя влияния таких сопоставимых данных на расчеты общего размера стоимости лечения возможно при предположении, что затраты рабочего времени врача, медикаментозное обеспечение, используемое оборудование, виды и число обследований одинаковы при ведении однородных групп больных как в круглосуточном, так и в дневных стационарах. В этом случае разница в стоимостных показателях лечения будет складываться из оплаты труда персонала, предназначенного для круглосуточного обслуживания больных, затратах на питание, на проживание больных.

Видимый экономический эффект на первый взгляд прослеживается исходя из расходов на одного больного: на 1 койко-день в круглосуточном стационаре - 8657 тенге;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневного стационаров – 1974 тенге.

Расходы на лечение больного в круглосуточном стационаре превышают стоимость лечения этого же больного в условиях дневного стационара в 4 раза при этом медицинский эффект останется на том же уровне.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения, уже давно принято говорить о том, что отрасль является производящей. Здесь имеется в виду то, что на современный рынок предлагаются, прежде всего, медицинские услуги. То есть можно сказать, что в отрасли действуют и законы рынка – предложение и спрос. Но вопреки всем устоявшимся в рыночных отношениях правилам и законам, во главу угла ставится медицинский эффект, удовлетворение потребностей пациентов в медицинской помощи.

Оценка эффективности медицинских технологий направлена на рациональное использование ресурсов здравоохранения. Она является обязательным элементом управления ресурсосберегающими технологиями, так как обеспечивает повышение качества медицинской помощи, гарантирует успешное развитие системы здравоохранения при высокой эффективности медицинской помощи за счет применения медицинских технологий, соответствующих критериям доказательной медицины и международным стандартам;

Повышение эффективности системы здравоохранения, достижение соответствия между объемом и качеством медицинских услуг осуществляется на основе интенсификации, использования научно-технических достижений и внедрения инновационных технологий;

При правильной организации работы стационарозамещающих технологий, достигается полноценный медицинский и социальный эффект; Качество медицинской помощи, не зависит от уровня, на котором она была оказана;

Стоимость оказания медицинской услуги в дневном стационаре составляет 30% от стоимости аналогичной услуги в стационаре круглосуточного пребывания; Возможность использования сэкономленных средств для приобретения медицинского оборудования, изделий

медицинского назначения, проведения текущего ремонта, премирования работников.

Оказание медицинской помощи в дневных стационарах осуществляется на уровне первичного звена, что способствует развитию первичной медико-санитарной помощи и концепции развития здравоохранения соответственно;

Информационный обзор представленного направления развития здравоохранения, позволяет делать весьма положительные выводы. Модернизация здравоохранения, совершенствовании финансирования отрасли, применении новых медицинских технологий в практике, позволили сдвинуть с места устоявшуюся годами систему. Активно проводятся необходимые исследования в области совершенствования здравоохранения. Запускаются пилотные проекты, где отслеживается эффективность той или иной программы. Проводится мониторинг работы учреждений здравоохранения, анализируется финансовая среда

здравоохранения. Но, к сожалению, не уделяется должного внимания проблемам, возникающим на уровне первичного звена, в отдаленных от центра районах. На уровне центральных районных больниц, где местный бюджет не может покрыть текущие расходы одним из способов поддержания полноценного финансирования больницы, является работа круглосуточного стационара. Главным врачам просто не выгодно сокращать мощности учреждения, так как это повлечет за собой увеличение объема работы и снижение заработной платы медицинских работников. Я считаю, что стационарозамещающие технологии это перспектива развития отечественного здравоохранения, но в то же время они должны быть адаптированы для каждого уровня организации ЛПУ. При этом на уровне микроэкономики должны быть сформированы гарантии финансовой поддержки отдаленных от центра медицинских учреждений (больниц).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Волнухин. – М., 2010. – 30 с.
- 2 Мовчан К.А. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: инструкция по применению / К.А. Мовчан, В.С. Глушанко, А.В. Плиш. – Минск, 2003.
- 3 Плиш А.В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий / А.В. Плиш. – Витебск, 2006.
- 4 Поликлиника и стационар: от противостояния к сотрудничеству // Медицинская газета. – 2000. – № 31. – С. 4.
- 5 Стародубов В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития: монография / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007. – 264 с.
- 6 Шипова В.М. Медико-экономическая оценка стационарозамещающих технологий / В.М. Шипова, В.Я. Горбунков // Главный врач. – 2003. – № 3. – С.68.

ТӨЛЕГЕН ТӨЛЕҰЛҰЛЫ ЕСДӘУЛЕТОВ

«СТАЦИОНАРДЫ АЛМАСТЫРАТЫН ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУМЕН АУЫЛДАРДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ» (СҚО ӘКІМДІГІНІҢ АҚҚАЙЫҢ АУДАНДЫҚ ОРТАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ ҮЛГІСІМЕН)

Түйін: Мақала ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсеткенде стационарды алмастыратын технологиялардың рөлін меңгеруге арналған. Мақаланың өзектілігі денсаулық сақтаудың мемлекеттік бағдарламасын дамытудың басты бағытының бірі төсек қорын тиімді пайдалануды арттыру болып табылады, аз шығынды технологияларды енгізу анықталды және стационарды алмастыратын нысандарды дамыту, оның көлеміндегі бөлігін стационарлық сектордан амбулаторлыққа қайта үйлестіру.

Түйінді сөздер: стационарды алмастыратын технологиялардың дамуын меңгеру, күндізгі стационарлар жұмысының ұйымдастырылуын ашу, күндізгі стационарлар жұмысының тиімділігіне талдау өткізу

T.T. ESDAULETOV

RURAL HEALTH ORGANIZATION WITH HOSPITAL-REPLACEMENT TECHNOLOGIES

Resume: The article is devoted to the role of Hospital-replacement technologies in the provision of hospital care to rural populations.

The relevance of the article is that one of the main directions of the state health care is the efficient use of hospital beds, determined implementation of low-cost technologies and

the development of hospital forms part of the redistribution of its volume of the hospital sector in the outpatient setting. One of the main directions of the state of the health care is a more efficient use of hospital beds, determined implementation of low-cost technologies and the development of hospital-forms, the redistribution of its volumes from the hospital sector in the ambulatory. In this paper, the following aspects: the study of hospitalization technology, the organization of the opening day hospitals, analysis of the effectiveness of day care.

Among the organizational principles of modern public health is one of the important respect the unity and continuity of medical care in urban and rural areas. Medical care for the rural population is based on the basic principles of the organization of health care. However, the factors underlying the differences between town and country influence the organizational forms and methods of work of rural health care.

The main differences rural health services: especially the resettlement of the population; especially agricultural labor (seasonality, low level of mechanization, high proportion of manual labor, often a considerable distance from the residence place of work, etc.); exodus of young people and people of working age in the urban area; aging of the population in rural areas; a lower standard of living in rural areas; socio-economic and domestic difficulties.

Keywords: The following aspects of this article are: the study of the development of hospital technology, opening the organization of day hospital.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В статье показано, что выявлен рост уровня заболеваемости по обращаемости среди детей в 1,2 раза. В среднем уровень заболеваемости по данным профилактических осмотров у детей от 0 до 7 лет составил 544,3%. В структуре заболеваемости первое место занимали болезни костно-мышечной системы 176,1%, второе – болезни органов дыхания 139,5%, третье – болезни органов кровообращения 103,0%. Организованные дети дошкольного возраста имеют в 1,8 раза более высокий уровень заболеваемости, по сравнению с детьми, не посещающими детские дошкольные учреждения. Неорганизованные дети чаще имеют заболевания, требующие индивидуального воспитания их в домашних условиях: болезни нервной системы (14,3%), болезни эндокринной системы (10,4%), врожденные аномалии (9,4%). В структуре заболеваемости у первоклассников чаще выявляются болезни органов дыхания (13,9%) и психические расстройства (8,3%). Среди восьмиклассников чаще выявляется патология органа зрения (16,3%) и патология эндокринной системы (8,4%).

Ключевые слова: дети, уровень заболеваемости, профилактические осмотры, амбулаторно-поликлиническая служба

Охрана здоровья детей относится к одной из актуальных и наиболее значимых проблем здравоохранения, государства и общества. Это определяется тем, что здоровье детского населения является не только интегральным показателем качества здоровья детей [1], но и составляет фундаментальную основу для формирования потенциала здоровья взрослых членов общества. В первую очередь, поддержание уровня здоровья детей на должном уровне относится к одному из ключевых факторов и условий успешного экономического развития государства, к сохранению стабильности и социальной безопасности общества.

Определение особенностей здоровья детей различных возрастно-половых групп, установление роли различных факторов в его оптимизации, выявление наиболее существенных направлений в совершенствовании организации медицинской помощи детям позволяет охарактеризовать заболеваемость детей по возрасту и полу, обозначить наиболее значимые и управляемые факторы образа жизни и организации медицинского наблюдения для формирования благоприятных показателей здоровья и наметить пути совершенствования лечебно-профилактической работы с данным контингентом.

Изучение состояния здоровья детского населения с социально-гигиенических позиций нашло свое отражение в комплексе работ, выполненных под руководством ведущих ученых страны, позволило отработать методику исследования различных аспектов здоровья ребенка и его семьи, акцентировать внимание на наиболее существенных, с точки зрения улучшения здоровья детского населения, факторах и условиях жизни детей различных возрастных групп, разработать адекватные мероприятия, направленные на совершенствование медико-социальной помощи данной группе населения [1, 2].

В современных условиях значимость анализа состояния здоровья учащихся и воспитанников образовательных учреждений, установление взаимосвязи между состоянием их здоровья и факторами образа жизни в период обучения и воспитания, влияющими на формирование у них патологических состояний, возрастает многократно в связи с неблагоприятными тенденциями показателей заболеваемости и инвалидности у детей [3].

В доступной литературе не нашли должного отражения исследования по сравнительному анализу состояния

здоровья детского населения и поиску факторов, определяющих динамику их здоровья [6].

При этом укрепление здоровья детей в значительной мере зависит от уровня организации и качества медицинской помощи, в том числе систематического врачебного наблюдения за здоровьем различных возрастно-половых групп детей, проведения целенаправленной профилактической и оздоровительной работы. Следует учитывать, что необходимость динамического изучения состояния здоровья детей определяет целесообразность разработки консолидированных подходов к проведению профилактической работы не только в лечебно-профилактических, но и в образовательных учреждениях с привлечением специалистов системы здравоохранения и образования [7].

Таким образом, несмотря на широкое освещение проблем, связанных с состоянием здоровья детей, до сих пор недостаточно изучены вопросы, посвященные изучению особенностей заболеваемости детского населения в динамике, установлению факторной обусловленности развития у них неблагоприятных показателей здоровья, определению роли педиатров в оздоровлении данной группы населения. Вышеперечисленное определило целесообразность проведения настоящего исследования, обозначило его актуальность в современных условиях и сформулировало цель работы.

Цель исследования: совершенствование организации лечебно-профилактической помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях на основании результатов проведенного динамического исследования заболеваемости детского населения.

Материал и методы исследования. При проведении мониторинга состояния здоровья (2006-2010 гг.) применялись следующие методы: аналитический, сравнительный, статистический, экспертный, математический, обобщение материала.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ данных за 2006-2010 годы свидетельствует о росте общей заболеваемости среди детей в 1,2 раза (с 1735,1‰ до 2166,6‰). Распределение детей по группам здоровья за 5 лет существенно не изменилось: 1-ая группа – 46,2%, 2-ая группа – 39,1%, 3-я, 4-ая, 5-ая группы – 14,7%.

Анализ заболеваемости детей в возрасте от 0 до 15 лет на основании результатов профилактических осмотров

позволил выявить тенденции в заболеваемости отдельных групп изученного контингента. Среди детей дошкольного возраста доля здоровых детей составляет 60,3%, при этом среди детей 4-7 лет здоровых на 10% ниже, чем среди детей в возрасте от 0 до 3 лет. По результатам профилактических осмотров установлено, что за последние 5 лет уровень выявленной заболеваемости у детей в возрасте от 0-3 лет снизился на 22,3%, а среди детей от 4 до 7 лет – в 1,5 раза, что свидетельствует об эффективности лечебно-оздоровительных и организационных мероприятий.

Проведенное исследование позволило установить, что на фоне общего снижения заболеваемости наблюдался некоторый рост регистрации хронических заболеваний среди дошкольников по следующим классам: болезни эндокринной системы - в 1,8 раза, болезни системы кровообращения – в 2 раза, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 1,7 раза, болезни кожи и подкожной клетчатки – в 1,4 раза, болезни мочеполовой системы – в 1,2 раза.

При исследовании выявлено, что вначале введения динамического наблюдения был определен более высокий уровень заболеваемости детей (в 1,8-2 раза), посещающих образовательные учреждения – 600,4%, по сравнению с их сверстниками, воспитываемыми дома – 336,0%.

У детей старшего дошкольного возраста (4-7 лет), посещающих детские сады по сравнению с неорганизованными, чаще регистрировались болезни таких классов, как: болезни костно-мышечной системы (соответственно 89,1‰ и 9,8‰), болезни органов дыхания (соответственно 89,9‰ и 12,5‰), болезни глаза (соответственно 41,2‰ и 10,1‰), психические расстройства (соответственно 34,8‰ и 9,3‰), системы кровообращения (соответственно 13,5‰ и 3,9‰), пищеварения (соответственно 53,1‰ и 18,1‰), мочеполовой системы (соответственно 20,7‰ и 12,3‰), что требует совершенствования организации медицинской помощи детям, посещающим дошкольные образовательные учреждения.

В структуре заболеваемости организованных и неорганизованных дошкольников также выявлены различия: среди детей, воспитываемых дома, больше детей с болезнями нервной системы (14,3% - 1 ранговое место), болезнями эндокринной системы (10,4% - 2 ранговое место), врожденными аномалиями (9,4% - 3 ранговое место); среди посещающих образовательные учреждения больше доля детей с болезнями органов дыхания (14,9% - 1 ранговое место), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (14,8% - 2 ранговое место), болезнями органов пищеварения (8,8% - 3 ранговое место). Указанное может свидетельствовать о том, что неорганизованные дети чаще имеют заболевания, требующие воспитания их в домашних условиях.

При сравнении результатов профилактических осмотров учащихся общеобразовательных учреждений декретированных возрастов за 5 лет выявлено снижение заболеваемости на 15,7% (с 808,5‰ до 681,1‰): заболеваемость первоклассников снизилась на 26%, учащихся средней школы – на 32,9%, старшеклассников – на 10%.

Такая же тенденция (снижение в 1,2-1,7 раза) отмечается по отдельным классам болезней, выявленных при профилактических осмотрах учащихся. При этом патология нервной системы стала выявляться чаще в 1,7

раз. Стабильным остается уровень болезней эндокринной системы и системы кровообращения.

В структуре заболеваемости первоклассников ведущие места занимают болезни костно-мышечной системы (1 ранговое место), органов дыхания (2 ранговое место), пищеварения (3 ранговое место), психические расстройства (4 ранговое место), патология органа зрения (5 ранговое место). Среди четырнадцатилетних значительно увеличивается доля детей с патологией эндокринной системы (в 2,8 раза – 5 ранговое место), с патологией органа зрения (в 1,8 раза - 2 ранговое место). При этом снижаются заболеваемость органов дыхания (в 1,4 раза – 4 ранговое место) и психические расстройства (в 2 раза – 7 ранговое место). Хроническая заболеваемость учащихся за 5 лет снизилась на 15,9%: наибольшее снижение произошло по классам болезней органов пищеварения, болезней костно-мышечной системы. Однако стали чаще регистрироваться болезни нервной системы (в 1,4 раза) и болезни эндокринной системы (в 1,3 раза).

Таким образом, установлен рост уровня заболеваемости по обращаемости среди детей до 14 лет – в 1,2 раза. Выявлено, что в среднем уровень заболеваемости по данным профилактических осмотров у детей от 0 до 7 лет составил 544,3‰ с тенденцией снижения за исследуемый период времени с 637,9‰ до 450,6‰ после проведения оздоровительных и организационных мероприятий. В структуре заболеваемости первое место занимали болезни костно-мышечной системы 176,1%, второе – болезни органов дыхания 139,5%, третье – болезни органов кровообращения 103,0%. Организованные дети дошкольного возраста имеют в 1,8 раза более высокий уровень заболеваемости по сравнению с детьми, не посещающими детские дошкольные учреждения. Неорганизованные дети чаще имеют заболевания, требующие индивидуального воспитания их в домашних условиях: болезни нервной системы (14,3% - 1 ранговое место), болезни эндокринной системы (10,4% - 2 ранговое место), врожденные аномалии (9,4% - 3 ранговое место). Уровень заболеваемости учащихся образовательных учреждений имеет тенденцию к снижению: заболеваемость первоклассников снизилась на 26%, учащихся средней школы – на 32,9%, старшеклассников – на 10%. Уровень хронической заболеваемости учащихся снизился на 15,9%. Уровень заболеваемости повышается в зависимости от возраста учащихся: по сравнению с первоклассниками у учащихся старших классов (15-17 лет) выявлен более высокий (в 1,2-2,7 раза) уровень заболеваемости по различным классам болезней. В структуре заболеваемости у первоклассников чаще выявляются болезни органов дыхания (13,9% - второе ранговое место) и психические расстройства (8,3% - четвертое место). Среди восьмиклассников чаще выявляется патология органа зрения (16,3% - второе ранговое место) и патология эндокринной системы (8,4% - пятое место).

Следовательно, в целях оптимизации медицинской помощи и эффективной оздоровительной работы среди детей осуществлять во всех лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного типа постоянный мониторинг состояния здоровья детей, используя результаты для совершенствования лечебно-профилактической и реабилитационной помощи данному контингенту населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Грачева А.Г. Врач-педиатр и проблемы первичной медико-санитарной помощи детям // Российский педиатрический журнал. - 2005. - № 3. - С. 54-58.
- 2 Чичерин Л.П. Специфика развития амбулаторного этапа педиатрической службы России // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2006. - Т. 11. - № 1-2. - С. 65-73.
- 3 Мальцев С.В., Хузиева Г.М., Садыков М.М. Пути совершенствования деятельности детских поликлиник в условиях реализации национального проекта «Здоровье» // Практическая медицина. - 2007. - № 24. - С. 37-39.
- 4 Чвырева Н.В. К вопросу доступности амбулаторно-поликлинической помощи детям // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2010. - № 2. - С. 106-111
- 5 Баранов А.А., Ильин А.Г., Конова С.Р., Антонова Е.В. Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8. - № 4. - С. 5-9.
- 6 Калева Н.Г. Качество медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе в условиях роста финансирования здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 1. - С. 20-24.
- 7 Гасанов А.Н., Абдулагаджиева О.С. Мнение городского населения об организации и качестве диспансеризации детей // Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Естественные и точные науки. 2012. Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8. - № 4. - С. 5-9.

ПЕДИАТРИЯЛЫҚ АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНА ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖЕТІЛДІРІЛУ

Түйін: Мақалада балалардың дәрігерге қаралуына қарай ауру деңгейінің 1,2 есеге өскенінің анықталуы беріліп отыр. Орташа алғанда ауруға шалдығу деңгейі 0-7 жас аралығындағы балаларды профилактикалық тексеру мәліметтері бойынша 544,3% құрайды. Аурудың құрылымында бірінші орынды сүйек-бұлшықет жүйесі 176,1% алып отыр, екінші – тыныс алу органдарының аурулары 139,5%, үшінші – қан айналымы органдарының аурулары - 103,0%. алып отыр. Ұйымдарда тәрбиеленетін мектеп жасына дейінгі балалар мектепке дейінгі мекемелеріне бармайтын балаларға қарағанда 1,8 есеге ауруға бейімдеу келеді. Бала-бақшаларға бармайтын балалар үй жағдайында жеке тәрбиелеуді қажет ететін ауруларға ие: жүйке жүйесінің аурулары (14,3%), эндокриндік жүйе аурулары (10,4%), туа біткен ақаулықтар (9,4%). Бірінші сыныптағылардың ауруларының құрамында жиі кездесетіндері тыныс алу органдарының аурулары (13,9%) және психикалық күйзелістер (8,3%). Сегізінші сынып оқушылары арасында көру органдарының патологиясы (16,3%) және эндокриндік жүйе патологиясы (8,4%) жиі кездеседі.

Түйінді сөздер: балалар, ауыру деңгейі, профилактикалық тексерістер, амбулаторлық-поликлиникалық қызмет.

K.E.KONYSBAEVA, S.J.KABYLTAEV, K.K.ABEKOVA

Clinic number 1 Ekibastuz

IMPROVEMENT OF PEDIATRIC OUT-PATIENT POLYCLINIC SERVICE

Resume: The article shows that the rise in the incidence identified by uptake among children by 1.2 times. The average incidence rate according checkups for children from 0 to 7 years totaled 544,3 %. In the first place the structure of morbidity were diseases of the musculoskeletal system 176,1 %, the second - respiratory diseases 139,5 %, the third - circulatory diseases 103,0 %. Organized pre-school children are 1.8 times higher incidence, compared with children who do not attend pre-school institutions. Disorganized children are more likely to have the disease, requiring individual education in their home: diseases of the nervous system (14.3%), endocrine diseases (10.4%), congenital anomalies (9.4%). In the structure of morbidity in first-graders were more prevalent respiratory diseases (13.9%) and mental disorders (8.3%). Among eighth graders were more prevalent pathology of vision (16.3%), and pathology of the endocrine system (8.4%).

The health of children is related to one of the most urgent and most important public health problems of the state and society. This is determined by the fact that children's health is not only an integral indicator of the quality of children's health [1], but also is the fundamental basis for the formation of the health potential of adult members of society. First of all, the maintenance of the level of child health at the appropriate level within one of the key factors and conditions for successful economic development of the state, to maintain social stability and public safety.

Defining features of the health of children of different age and sex groups, the establishment of the role of various factors in its optimization, identifying the most important trends in the improvement of medical care to children allows us to characterize the incidence of children by age and gender, to identify the most meaningful and manageable lifestyle factors and the organization of medical surveillance for creating favorable health outcomes and identify ways to improve the treatment and prevention work with the contingent. Analysis of the data for the period 2006-2010 shows the growth of the total incidence among children is 1.2 times (from 1735,1 ‰ to 2166,6 ‰). Distribution of children by health groups for 5 years has not changed: the first group - 46.2%, the second group - 39.1%, 3rd, 4th, 5th group - 14.7%.

Analysis of morbidity in children aged 0 to 15 years based on the results of routine inspections revealed a trend in the incidence of certain groups of the studied population. Among preschool-aged children is healthy share of 60.3%, while among children 4-7 years of healthy 10% lower than among children aged 0 to 3 years. According to the results of routine inspections found that over the past five years, the level of disease diagnosed in children aged 0-3 years decreased by 22.3%, while among children aged 4 to 7 years - by 1.5 times, which testifies to the effectiveness of treatment and health and organizational measures. The study found that, against the background of general decline in incidence has been some increase in registration of chronic diseases among preschool children in the following classes: diseases of the endocrine system - 1.8 times, diseases of the circulatory system - in 2 times, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue - 1.7 times, diseases of the skin and subcutaneous tissue - 1.4 times, diseases of the genitourinary system - 1.2 times.

Keywords: children, the incidence rate, preventive examinations, out-patient service

УДК: 614.2:С655

К.М. МАДИБРАИМОВ

Главный врач ГККП «Поликлиника ВОВ», Алматы, Казахстан

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ПОЛИКЛИНИКИ ВОВ» ЗА 2011 - 2012 ГГ.

В статье проанализированы основные показатели медицинской деятельности «Поликлиники ВОВ» г. Алматы за период 2011 - 2012 гг. Проведен сплошной анализ статистических карт посещений пациентов. В результате выявлено снижение основных показателей медицинской деятельности в виде возрастания посещаемости, заболеваемости, смертности, на фоне увеличения объемов диспансеризации. Необходимо регулярное проведение профилактических осмотров взрослого населения; скрининговые исследования; осуществление бесперебойного бесплатного и льготного лекарственного обеспечения УВОВ и ИВОВ, а также лиц, приравненных к ним.

Ключевые слова: показатели, медицинская деятельность

Актуальность

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения [1]. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи.

Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года [2].

В связи с этим приобретает большое значение оказание качественной, высокопрофессиональной помощи в каждом регионе Казахстана, в каждой лечебно-профилактической организации.

Целью исследования явилось изучение деятельности ГККП «Поликлиника ВОВ» за 2011 - 2012 гг.

Материалы и методы

В результате сплошного анализа статистических карт посещений отмечено, что на 2012 год в соответствии с итогами конкурса, по размещению государственного заказа на оказание амбулаторно-поликлинической помощи [3], к поликлинике прикреплено 36 391 человек.

Таблица 1 – Показатели посещения по поликлинике

	2011 год	2012 год
Число посещений всего	251231	251830
В том числе на приеме	222391	222656
на дому	28840	29174
Количество посещений к участковым терапевтам	86924	86645
На дому к участковым терапевтам	25848	26568

Число посещений всего за 2012 г. - 251830, за 2011 г. – 251231. На дому было обслужено за 2012 год 29174 человек, за 2011 год – 28840. К участковым терапевтам

всего за 2012 год обратилось 86645 пациентов, в 2011 г. - 86924.

Таблица 2 – Заболеваемость

№	Виды	2011 год	2012 год
1	Общая	57020 – 1566,9	57209 – 1572,06
2	Первичная	12216 – 335,7	12537 – 344,5

Общая заболеваемость зарегистрирована всего за 2012 г. – 57209 (2011 год – 57020 больных), первично

зарегистрировано заболеваний – 12537 (2011 год – 12216 больных).

Таблица 3 – Заболеваемость по нозологиям

Количество заболеваний	Виды заболеваемости	2011 год	2012 год
эндокринной системы	общая	1856 – 51,0	2004 – 55,1
	первичная	129 – 3,5	211 – 5,8
нервной системы	общая	2535 – 69,7	2690 – 73,92
	первичная	798 – 21,9	919 – 25,3
системы кровообращения	общая	20487 – 563,0	20569 – 565,2
	первичная	1041 – 28,6	1132 – 31,1
дыхательной системы	общая	6382 – 175,4	6498 – 178,6
	первичная	3302 – 90,7	3342 – 91,8
пищеварительной системы	общая	6904 – 189,7	7015 – 192,8

	первичная	870 – 23,9	1034 – 28,4
мочеполовой системы	общая	6825 – 187,5	7160 – 196,7
	первичная	2405 – 66,1	2598 – 71,4

В структуре общей заболеваемости в 2012 году, также как в 2011 г. преобладают болезни системы кровообращения (БСК). Что касается первичной заболеваемости, в структуре преобладают заболевания органов дыхания: 3342 – 91,8 на 1000 населения и заболевания органов мочеполовой системы: 2598 – 71,4. В 2011 г. на диспансерном учете состояло 15198 больных, в 2012 г. – 15918; в том числе у участковых терапевтов 6902 – в 2011 г., в 2012 г. – 8287 больных.

Первичный выход на инвалидность в 2012 г. – 62 человека, в 2011 г. – 39. Из них по терапевтическим заболеваниям в 2012 г. – 11, в 2011 г. – 9 пациентов.

За 2012 год смертность на 99 человек больше, чем в 2011 г. На дому на 30 случаев больше по сравнению с 2011 годом. Число умерших старше 60 лет также возросло (в 2011 г. – 278 – 82,5 на 1000 населения; в 2012 г. – 342 – 78,4).

В структуре причин смертности лидируют БСК – 179 случаев в 2012 г. (в 2011 г. - 184). Н втором месте онкозаболевания: 85 случаев в 2012 г., а в 2011 году – 79. На основании анализа смертности в поликлинике принимаются оперативные профилактические меры по современному оздоровлению населения работоспособного возраста, улучшения качества диспансерного осмотра с более широким использованием таких стационарозамещающих технологий, как дневной стационар и стационары на дому.

Результаты и обсуждение

В целом отмечается снижение основных показателей медицинской деятельности ГККП «Поликлиника ВОВ». Так, наблюдается тенденция к возрастанию посещаемости, заболеваемости, смертности, что связано с увеличением количества прикрепленного населения и терапевтических участков (на 5 в 2012 г. по сравнению с 2011 г.). Необходимо отметить увеличение объемов диспансеризации, которое при сохранении данных темпов будет способствовать стабилизации основных показателей медицинской деятельности ГККП «Поликлиника ВОВ» в дальнейшем.

Выводы

Исходя из проведенного анализа, первоочередными задачами ГККП «Поликлиника ВОВ» являются плановая реализация приоритетных стратегических направлений согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Необходимо регулярно проведение профилактических осмотров взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения; скрининговые исследования на предмет раннего выявления онкопатологии, осуществление бесперебойного бесплатного и льготного лекарственного обеспечения, особенно для УВОВ и ИВОВ, а также лиц, приравненных к ним.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
- 2 Сагындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения // CONSILIUMMEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94-95.
- 3 Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2009 г. Статистический сборник.

Қ.М.МАДИБРАИМОВ

«ҰОС ЕМХАНАСЫНЫҢ» МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ 2011 – 2012 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Түйін: Мақалада 2011–2012 жылдар аралығындағы Алматы қаласының «ҰОС емханасының» негізгі медициналық көрсеткіштеріне анализ жасалды. Келушілердің статистикалық карталары бойынша жалпылама анализ жасалды. Тексеру нәтижесінде негізгі медициналық көрсеткіштердің төмендеуі анықталды, нақтылап айтқан кезде келушілердің көбеюі, аурашандылық, өлім-жітім, диспансеризация көлемінің ұлғаюы негізінде. Дәрі-дәрмектермен Ұлы Отан соғысы ардагерлерінің және соларға теңестірілген тұлғаларды үздіксіз және тегін қамтамасыздандыру.

Түйінді сөздер: көрсеткіштер, медициналық қызмет.

K.M.MADIBRAIMOV

KEY INDICATORS OF MEDICAL PRACTICE «VETERANS CLINIC» FOR 2011 – 2012 YEARS

Resume: The paper analyzes the Almaty Veterans clinic main indicators during 2011 - 2012. The analysis of static maps of patient visits was held. The result showed a reduction in the basic indicators of medical practice in the form of increasing attendance, morbidity and mortality, with increased volume of medical examination.

Keywords: performance, medical activity, provision of specialized medical care for older people

УДК 614.170.71 (075.8)

С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ, М.Н. ЖАКУПОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.С. ЖОЛДАСБЕКОВА,
Н.Ж. ДАРМЕН, Н.А. АКАЖАНОВ, К.С. АБСАТАРОВА,
Г.А. ШАРИПОВА, Р.К. БАЙГЕНЖЕЕВА, Л.Г. ЛИ

Казахский национальный медицинский университетим. С.Д. Асфендиярова,
ГККП «Городская поликлиника № 20» УЗ г. Алматы
Национальный Научный Центр Материнства и Детства г. Астана,
КГКП «Поликлиника №2 смешанного типа г. Семей»
АО Медицинский университет г.Астана
ГКП на ПХВ " Жамбылский областной кожно-венерологический диспансер" г.Тараз

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

В статье рассматриваются основные принципы законодательного регулирования системы здравоохранения Республики Казахстан.

Ключевые слова: организационно-правовые основы, система здравоохранения, медицинские организации

Система правового обеспечения охраны здоровья граждан Республики Казахстан включает следующие основополагающие акты: Конституция Республики Казахстан; указы Президента Республики Казахстан, имеющие силу закона; законы Республики Казахстан; постановления Парламента Республики Казахстан; постановления Правительства Республики Казахстан; нормативные акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан (приказы, положения, инструкции и др.).

Функционирование системы здравоохранения Республики Казахстан обеспечивается законодательными документами, основным из которых является Конституция Республики Казахстан (30 августа 1995 г.). Статья 29 Конституции Республики Казахстан гласит:

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья.
2. Граждане Республики Казахстан вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом.
3. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.

Каждый гражданин Республики Казахстан наделен этим правом от рождения. Оно закреплено за ним пожизненно и принадлежит ему постоянно, пока он является гражданином Республики Казахстан. Право на охрану здоровья относится к социальным правам, которые могут быть реализованы только при участии государства. И государство, закрепляя в Конституции Республики Казахстан право на охрану здоровья, возлагает на себя обязанности по обеспечению их реализации, включая оказание медицинской помощи в гарантированном объеме за счет средств республиканского и местного бюджетов.

Помимо статьи 29, гражданин Республики Казахстан обладает многими другими правами, имеющими непосредственное отношение к его здоровью: право на жизнь (ст. 15), право на личную свободу (ст. 16), право на неприкосновенность достоинства человека (ст. 17), право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и достоинства (ст. 18), право на свободу труда (ст. 24), включая право на отдых (ст. 24, п. 4), право на жилище (ст. 25), право быть собственником (ст. 26), право на благоприятную для

жизни и здоровья окружающую среду (ст. 31), право на социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца (ст. 28), право родителей на заботу о детях и их воспитание (ст. 27), право на образование (ст. 30) и др. Помимо прав и свобод, закрепленных Конституцией, гражданин Республики Казахстан в свою очередь обязан соблюдать Конституцию и законодательство РК, уважать права, свободы, честь и достоинство других лиц (ст. 34).

Охрана здоровья населения выходит за рамки компетенции сугубо системы здравоохранения. В этой связи, деятельность по охране здоровья населения охватывает многие отрасли казахстанского права: административное, гражданское, земельное, муниципальное, семейное, трудовое, уголовное, экологическое право.

Стратегия «Казахстан – 2030» «Процветание, безопасность, и улучшение благосостояния всех казахстанцев» включает долгосрочный приоритет 4. «Здоровье, образование и благополучие граждан». Стратегия в реализации этой цели состоит из следующих компонентов: предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни, борьба с наркоманией и наркобизнесом, сокращение потребления алкоголя и табака, улучшение здоровья женщин и детей, охрана здоровья матери и ребенка, улучшение качества питания, чистота окружающей среды и экологии, обеспечение чистой питьевой водой, соблюдение правил гигиены санитарии.

Последующие ежегодные послания Президента Республики Казахстан народу также включают разделы по совершенствованию системы здравоохранения, в их числе поручения по повышению результативности и повышения качества медицинских услуг; строительству 100 больниц с использованием механизма государственно-частного партнерства; переходу на международные стандарты, включая международные стандарты обучения, аттестации и подготовки врачей и медицинских работников; оплате труда медицинских работников в зависимости от конечного результата труда с учетом его качества, объема и сложности оказываемой медицинской помощи, а также уровня квалификации; повышению заработной платы работникам бюджетной сферы с поэтапным ее приближением к 2-кратному уровню к 2012 г. и др.

В целях реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и обеспечения гарантий их соблюдения в Республике Казахстан принимались многие законы,

которые в последующем сформировали основу Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года. Лейтмотивом принятия Кодекса, который заменил собой 11 законов, регламентирующих медицинскую сферу, явилось создание условий для максимального закрепления права граждан на охрану здоровья, повышения статуса национальной медицины, приведения отечественного законодательства в области здравоохранения в соответствие международным стандартам. На основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления

и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.

В Программе предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Предусматривается адаптация отрасли к рыночным отношениям: развитие многоукладности форм собственности, создание рынка медицинских услуг, конкурентных отношений среди медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995г.
- 2 Назарбаев Н.А. Послание Президента страны народу Казахстана «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев». – Алматы: 1999. – 67 с.
- 3 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009г.
- 4 О здравоохранении в Республике Казахстан: Основные законодательные акты. – Алматы: ЮРИСТ, 2004. – 182 с.
- 5 Сагындыкова А.Н. Конституционно-правовые проблемы охраны здоровья граждан в Республике Казахстан. – Алматы: 1997. – 167 с.
- 6 Государственная программа «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, от 29 ноября 2010 года.

**С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НҰРБАҚЫТ, М.Н. ЖАКУПОВА, Н.А. АКАЖАНОВ, К.С. АБСАТАРОВА,
Г.А. ШАРИПОВА, Р.К. БАЙГЕНЖЕЕВА, Л.Г. ЛИ**
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӘСІПОРЫНДАР ҚЫЗМЕТІНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ-ҚҰҚЫҚТЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Түйін: Мақалада Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін реттеуші негізгі заңнамалық ұстанымдары қарастырылған.

Түйінді сөздер: ұйымдастырушылық-құқықтық негіздер, денсаулық сақтау жүйесі, медициналық ұйымдар

**S. S. BUZDAYEVA, A.N. NURBAKYT, M. N. ZHAKUPOVA,
N. A. AKAZHANOV, K.S. ABSATAROVA, G. A. SHARIPOV, R.K. BAIGENZHEEVA, L.G. LEE**
ORGANIZATIONAL AND LEGAL BASES OF ACTIVITY OF THE MEDICAL ENTERPRISES

Resume: In article it is considered the basic principles of legislative regulation of health system of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: institutional framework, health care, medical organizations.

УДК 61:331.108;614.253

**С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАҚЫТ, М.Н.ЖАКУПОВА А.А.АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.С.ЖОЛДАСБЕКОВА, Н.Ж.ДАРМЕН,
Н.А.АКАЖАНОВ,**

К.С. АБСАТАРОВА, Л.А.СОКОЛОВА, Б.Б.ЕСПАЕВА, Г.А.ШАРИПОВА, Л.Г. ЛИ

Казахский национальный медицинский университет

им С.Д. Асфендиярова,

ГККП «Городская поликлиника № 20» Уз г. Алматы,

Национальный Научный Центр Материнства и Детства г. Астана,

ГКП на ПХВ Илиийская центральная районная больница

ГККП ЦГКБ г. Алматы,

КГКП «Поликлиника №2 смешанного типа г. Семей »,

ГКП на ПХВ " Жамбылский областной кожно-венерологический диспансер" г.Тараз

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Поэтапный перевод медицинских организаций в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения направлен

на совершенствование системы управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повышение экономической эффективности деятельности медицинских организаций и решение вопросов кадрового обеспечения.

Ключевые слова: экономика здравоохранения, эффективность, финансирования здравоохранения.

Целью совершенствования системы здравоохранения является улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, при повышении

эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли. Успешное решение столь важных задач во многом зависит от результативности

усилий по реформированию системы управления в области здравоохранения.

В реализацию Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» разработан и утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2131 новый государственный норматив сети организаций здравоохранения, предусматривающий упорядочение сети государственных организаций здравоохранения, создание сети многопрофильных больниц, обеспечение доступности ПМСП, в первую очередь городскому населению.

Кроме того, поэтапный перевод медицинских организаций в статус государственных предприятий на праве хозяйственного ведения направлен на совершенствование системы управления, финансирования, инвестиционной политики в здравоохранении, повышение экономической эффективности деятельности медицинских организаций и решение вопросов кадрового обеспечения.

Согласно Закону Республики Казахстан от 19 июня 1995 года № 2335 «О государственном предприятии» к государственным относятся предприятия: основанные на праве хозяйственного ведения; основанные на праве оперативного управления (казенное предприятие).

В зависимости от вида государственной собственности предприятия подразделяются на: республиканские государственные предприятия и коммунальные государственные предприятия. При этом, основным назначением деятельности таких организаций является решение социально - экономических задач, определяемых потребностями общества и государства. Поименные перечни коммунальных государственных предприятий утверждаются соответствующими местными исполнительными органами.

Государственное предприятие считается созданным и приобретает права юридического лица с момента его государственной регистрации.

Фирменное наименование государственного предприятия должно содержать указание на собственника имущества, на принадлежность к виду государственной собственности (республиканское или коммунальное) и на ведомственную подчиненность, а также, если данная организация осуществляет свою деятельность на праве оперативного управления должно содержать указание на то, что оно является казенным.

Особенностью деятельности данных предприятий является то, что определение приоритетных направлений деятельности государственного управления; рассмотрение и утверждение плана финансово-хозяйственной деятельности осуществляется органом государственного управления предприятием. Органом предприятия как юридического лица является его руководитель, подотчетный органу государственного управления. Орган государственного управления оформляет отношения с руководителем предприятия посредством заключения трудового договора в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан, в котором кроме условий, установленных трудовым законодательством РК, определяется ответственность руководителя предприятия за несвоевременные перечисления установленной части чистого дохода в бюджет и представление сведений о финансово-хозяйственной отчетности.

При этом руководитель предприятия несет персональную ответственность перед собственником (уполномоченным органом) и органом государственного управления за состояние дел на предприятии.

Государственные предприятия имеют имущество, которое неделимо не может быть распределено по вкладам (долям, паям), в том числе между работниками

предприятия. Государственные предприятия не вправе продавать и заключать сделки дарения в отношении имущества, закрепленного на праве хозяйственного ведения или оперативного управления, относящегося к основным средствам, а также принадлежащих им акций.

Статус государственного предприятия предполагает обязательное выполнение заказа государства, в тоже время продукция (работы, услуги), не охваченная заказом государства, реализуется предприятием самостоятельно.

Цены на услуги государственного предприятия, должны обеспечить полное возмещение понесенных предприятием затрат на их производство, безубыточность его деятельности и финансирование за счет собственных доходов. При этом цены на медицинские услуги по государственному заказу, устанавливаются предприятием по согласованию с органом государственного управления. Цены на услуги, производимые и реализуемые предприятием сверх заказа государства, устанавливаются предприятием самостоятельно.

Предприятие содержится за счет собственных доходов от собственной деятельности. Ассигнования государственному предприятию предоставляются в порядке, предусмотренном законодательством.

Формы оплаты труда, штатное расписание, размеры должностных окладов, система премирования и иного вознаграждения определяются предприятием самостоятельно в пределах установленного фонда оплаты труда.

Следует остановиться подробнее на понятии «казенное предприятие» - это предприятие, обладающее государственным имуществом на праве оперативного управления. Казенное предприятие самостоятельно реализует производимые медицинские услуги. Цены на услуги, производимые и реализуемые казенным предприятием, устанавливаются органом государственного управления.

В соответствии с ГК РК государственное учреждение является некоммерческой организацией, не имеющей в качестве цели извлечение дохода и не распределяющей полученный чистый доход между участниками, которая создается государством, в соответствии с законодательством и содержащаяся только за счет государственного бюджета или бюджета (сметы расходов) Национального Банка Республики Казахстан, если дополнительные источники финансирования не установлены законодательными актами [Источник: ИС ПАРАГРАФ, 03.07.2010 14:06:03. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 августа 2009 года № 407 «Об утверждении Методических рекомендаций по реорганизации организаций здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения»].

В свою очередь, государственное предприятие (как казенное, так и основанное на праве хозяйственного ведения) является коммерческой организацией и создается по решению Правительства или Национального Банка Республики Казахстан, местного исполнительного органа. Оно не вправе самостоятельно отчуждать или иным способом распоряжаться имуществом, если иное не установлено законодательным актом. Казенное предприятие вправе отчуждать или иным способом распоряжаться имуществом, а также передавать и списывать дебиторскую задолженность только с письменного согласия собственника имущества, кроме случаев продажи или дарения основных средств. Отличительной особенностью казенных предприятий является необходимость обязательного страхования работодателем гражданско-правовой ответственности за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых обязанностей.

Как указывалось выше, государственное учреждение полностью содержится за счет средств государственного бюджета. В отличие от государственного учреждения государственные предприятия не финансируются государственным бюджетом, а получают деньги в результате исполнения обязательств в рамках договора государственного заказа, при этом выполнение государственного заказа является обязательным для предприятия, или от реализации услуг (продуктов) собственного производства третьим лицам. Документальным отражением источников дохода казенных предприятий является План финансово-хозяйственной деятельности, структура которого приводится в приказе Министра финансов Республики Казахстан от 15 августа 2006 года № 302.

Таким образом, финансирование деятельности казенного предприятия осуществляется за счет собственного дохода по смете с выделением государственного заказа, утверждаемой органом государственного управления. Доходы, полученные казенным предприятием сверх сметы, подлежат перечислению в соответствующий бюджет.

Учитывая, что государственные предприятия на праве хозяйственного ведения могут быть получателями средств целевых текущих трансфертов (при условии, выполнения мероприятий государственных, отраслевых или региональных программ). В этом случае, с учетом принципа начисления бухгалтерского учета средства целевых текущих трансфертов будут отражены в финансовой отчетности в виде дохода. Несмотря на то, что налоговое законодательство освобождает медицинскую деятельность, как деятельность в социальной сфере, от уплаты корпоративного подоходного налога по завершению финансового года хозяйствующий субъект обязан выплатить в бюджет норматив чистого дохода. Данный вид отчисления является неналоговым платежом, а представляет собой долю прибыли государства, как учредитель юридического лица и составляет для республиканских организаций здравоохранения 25% от чистого дохода. Принимая во внимание тот факт, что большая часть целевых текущих трансфертов направляется, как правило, на капитальные расходы (приобретение основных средств, капитальный ремонт), следует ожидать ситуацию резкого ухудшения финансовой состоятельности субъекта, в связи с уплатой норматива чистого дохода.

Кроме того, при формировании тарифов на медицинские услуги, предоставляемых в рамках ГОБМП, администратором бюджетных программ не включается прибыль поставщика медицинских услуг, следует ожидать, что коммерческая деятельность государственных предприятий на праве хозяйственного ведения будет осуществляться за счет предоставления медицинских услуг, не охваченных ГОБМП. В этих случаях необходимо учесть и тот факт, что поставщик медицинских услуг может быть монополистом предоставляемых услуг, или занимать доминирующее положение на рынке, в связи с чем, во избежание отрицательных правовых последствий цены на услуги государственного предприятия на праве хозяйственного ведения должны быть установлены в порядке, предусмотренном антимонопольным органом. Отличительной особенностью трудовых отношений является тот факт, что работники государственных предприятий на праве хозяйственного ведения утрачивают статус гражданских служащих. Основанием для приема на работу становится не прохождение конкурса, а трудовой договор, условием его заключения является соответствие потенциального работника квалификационным требованиям, предъявляемым работодателем. Соответственно сказанному исключается возможность перевода из одной организации в другую. Однако, реорганизация субъекта не может быть основанием для расторжения трудового договора, в этом случае все работники государственного учреждения, казенного предприятия переводятся в предприятие на праве хозяйственного ведения в порядке, предусмотренном трудовым законодательством.

Кроме того, работники государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, не являясь гражданскими служащими, утрачивают право на выплату оздоровительного пособия в размере одного должностного оклада при выходе в отпуск.

Таким образом, система здравоохранения в современных рыночных условиях характеризуется разнообразием форм государственных организаций, оказывающих медицинские услуги, в том числе и по госзаказу. Поиск наиболее эффективных форм хозяйственной деятельности, применимых к сфере оказания медицинских услуг остается актуальной задачей современного здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Экономика и управление здравоохранением: Учебник/ Л. Ю. Трушкина и др. – Изд. 4 –е. Ростов – на – Дону: Феникс, 2005. – 384с.
- 2 Солодкий В.А. Методологические аспекты совершенствования экономических механизмов управления здравоохранением Московской области. // Экономика здравоохранения. – 2000. - № 5,6. - С.26-29.

**С.С.БУЗДАЕВА, А.Н.НҰРБАҚЫТ, М.Н.ЖАКУПОВА, Н.А.АКАЖАНОВ, К.С.АБСАТАРОВА, Л.А.СОКОЛОВА,
Б.Б.ЕСПАЕВА, Г.А.ШАРИПОВА, Л.Г.ЛИ**
МЕДИЦИНАЛЫҚ КӘСІПОРЫНДАР ҚЫЗМЕТІНІҢ
ЭКОНОМИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Түйін: Медициналық ұйымдарды сатылы жолмен мемлекеттік кәсіпорындардың шаруашылық жүргізу құқығына өткізу мәртебесі басқару, Қаржыландыру, денсаулық сақтаудағы инвестиция саясатының жүйесін жетілдіруге, медициналық ұйымдар Қызметінің экономикалық тиімділігін жоғарылатуға және кадрлық қамтамасыз ету мәселелерін шешуге бағытталған.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау экономикасы, тиімділік, денсаулық сақтауды Қаржыландыру.

**S.S. BUZDAYEVA, A.N. NURBAKYT, M. N. ZHAKUPOVA, N. A. AKAZHANOV, K.S. ABSATAROVA, L.A. SOKOLOVA,
B. B. ESPAYEV, G. SHARIPOV, L.G. LEE**
ECONOMIC BASES OF ACTIVITY OF THE MEDICAL ENTERPRISES

Resume: Stage-by-stage transfer of the medical organizations to the status of the state enterprises on the right of economic maintaining is directed on improvement of a control system, financing, investment policy in health care, increase of economic efficiency of activity of the medical organizations and the solution of questions of staffing.

Keywords: health care economy, efficiency, health care financings.

УДК 615.1(075.8)

S.K. ZHETEROVA, R.M. BLATOV

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

MARKETING ANALYSIS OF TRANSDERMAL THERAPEUTIC SYSTEMS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

This article provides an overview of transdermal therapeutic systems applied in Kazakhstan and the main data about market TTS - the volume and dynamics, based on the reports of IMS Health.

Keywords: transdermal therapeutic systems, IMS Health reports

Transdermal delivery represents an attractive alternative to oral delivery of drugs and is poised to provide an alternative to hypodermic injection too [1-5].

The first transdermal therapeutic system (TTS) was approved in USA in 1979 [5]. The name of this drug was Scopoderm with international nonproprietary name Scopolamine. Scopolamine indicated For the prevention of symptoms of motion sickness such as nausea, vomiting and vertigo [5,6]. After 3 decades already appeared more than 35 TTS in the world, and more than 55 medicines are at the different stage of development [7]. At 2015 regarding PharmaLive report the market worldwide volume will be increase till 31,5 billion dollars [7-9]. According this assumptions in coming years will be positive dynamic of introduction new TTS to the world pharmaceutical market. Most likely this trend will continue in Kazakhstan, because in 2005, there were registered only two TTS, and in 2012 are presented 8 TTS with different trade names [7,10].

In this review represented market volume of TTS in value and in units and analysis of current situation. According to reports from IMS Health in Kazakhstan from 2005 to 2012,

were sales 7 TTS - Climara, Deponit 10, Evra, Ketotop, Diclofenac, Olfen, Matrifen [11]. These drugs are used in hormone replacement therapy to prevent angina, strokes and heart attacks, as painkillers for injuries, cancer diseases [12]. Based on these data, the sales volume of TTS in wholesale prices in Kazakhstan in 2005 amounted to about 78 thousand dollars, and in 2012, sales totaled 545 thousand dollars [11]. On the chart № 1 can follow dynamics of sales till 2012, and in the table № 1 market growth presented in percent. The compound annual growth rate (CAGR) from 2006 to 2012 amounted + 197% in terms of money [13]. More detailed analysis of the data showed that the main driver of sales growth up to 2008 was the medicine Evra. The market share of this drug in 2008 was 95% of all sold TTC. Market growth in 2011-2012 were provided by sales of transdermal non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) - Ketotop, Diclofenac, Olfen. In 2012 their market share was over 92% [13]. TTS with NSAIDs were registered in the Republic of Kazakhstan in the period from late 2009 to middle 2011[10].

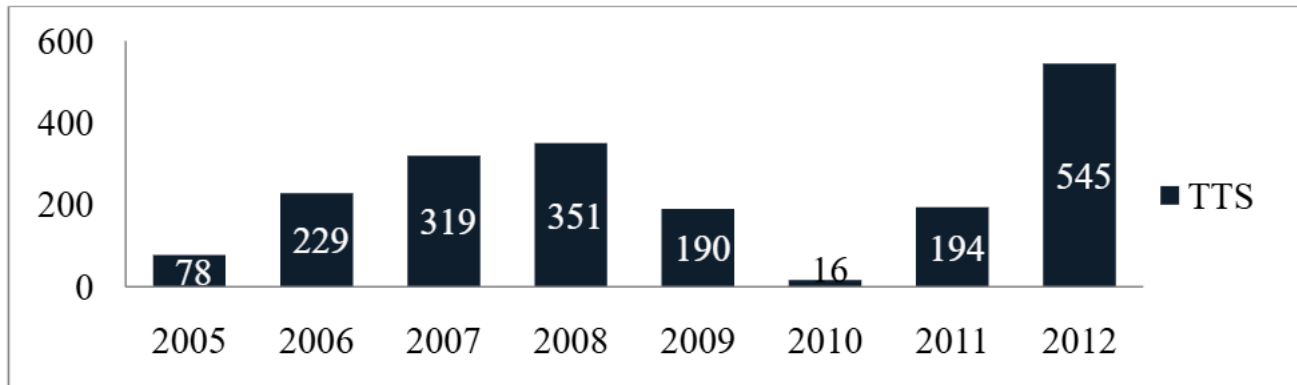


Chart 1 - TTS sales in the pharmaceutical market of Kazakhstan (thousands dollars) [11]

Table 1 - Total market volume of TTS in value and growth in 2005-2012 [11,13]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total market TTS, in thousands USD	78	229	319	351	190	16	194	545
Market growth in value, %		195%	40%	10%	-46%	-91%	1095%	180%

Turning to an analysis of the market in packs, it should be noted that in 2009 and especially in 2010 there was some decrease in TTS sales, which may be due to several reasons, one of which regulatory problems and thus absence product on the market, other likely cause - errors in the report of IMS.

The market volume in natural terms is growing, like growing market in value terms. TTS sales in packs in Kazakhstan in 2005 amounted 7 680 units, whereas in 2012, sales reached 45 000 units [11].

On the chart № 2 can follow the dynamics of sales in units by 2012, and in the table № 2 growth in percent [11,13]. The

compound annual growth rate (CAGR) from 2006 to 2012

amounted + 242% in natural terms [13].

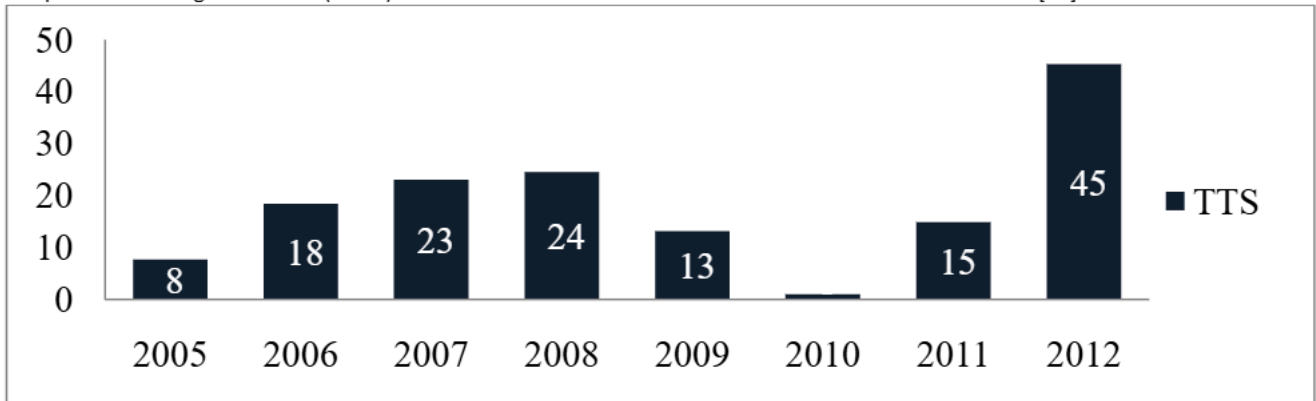


Chart 2 - TTS sales in the pharmaceutical market of Kazakhstan (thousands packs) [11]

Table 2 - Total market volume of TTS in units and growth in 2005-2012 [11,13].

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total market TTS, in thousands units	8	18	23	24	13	1	15	45
Market growth in units, %		139%	26%	6%	-46%	-93%	1453%	205%

Conclusion.

Sales analysis of TTS in Kazakhstan showed steady growth dynamics, especially in recent years. The market volume in 2012 compared to 2005 increased by more than 600% in value and by 490% in natural terms [13].

This review about transdermal therapeutic systems applied in our country and their sales says that the development of TTS in Kazakhstan relatively new, but very promising direction with great potential of growth.

REFERENCES

- Guy, RH.; Hadgraft, J., editors. New York: Marcel Dekker, 2003. - Transdermal Drug Delivery.
- Williams, A. - London: Pharmaceutical Press, 2003. - Transdermal and Topical Drug Delivery.
- Prausnitz MR, Mitragotri S, Langer R. Current status and future potential of transdermal drug delivery. Nat Rev Drug Discov. – 2004. – 3. – P.115–124. [PubMed: 15040576]
- Bronaugh, RL.; Maibach, HI., editors. Vol. Edn. 4th.. New York: Marcel Dekker, 2005. - Percutaneous Absorption.
- Transdermal drug delivery, Mark R. Prausnitz, Robert Langer; Nat Biotechnol. – 2008. - 26(11). – P. 1261–1268.
- Summary of Product Characteristics (SmPC) Scopoderm TTS
- Трансдермальные лекарственные формы и их место в фармацевтическом секторе; Сакипова З.Б., Жетерова С. К., Блатов Р. М.; Научно-практический журнал Вестник КазНМУ, Выпуск № 2, 2013. {Transdermal therapeutic systems and their place in the pharmaceutical sector; Z.B. Sakipova, S.K. Zheterova, R.M. Blatov; Scientific-Practical Journal of Medicine, "Vestnik KazNMU", Edition 2, 2013.}
- Transdermal Delivery Market Predicted to Reach \$31.5 Billion by 2015: PharmaLive Special Report
- The Top 40 Transdermal Drug Delivery Technology Companies Worldwide, <http://www.researchandmarkets.com>
- Государственный реестр лекарственных средств РК, 2012, www.dari.kz
- IMS Health Kazakhstan reports. - 2005 - 2012
- Summary of Product Characteristics (SmPC) Climara, Deponit 10, Evra, Ketotop, Diclofenac, Olfen, Matrifen
- Analysis and calculations of IMS Health Kazakhstan reports. - 2005 – 2012.

С. К. ЖЕТЕРОВА, Р. М. БЛАТОВ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ТРАНСДЕРМАЛДЫ ТЕРАПИЯЛЫҚ ЖҮЙЕНІ МАРКЕТИНГТІК ТАЛДАУ

Түйін: Осы мақалада Қазақстанда қолданылатын трансдермалды терапиялық жүйеге шолу жасалды және IMS Health компаниясының есептерінің негізінде ТТЖ даму нарығының негізгі ерекшеліктері – көлемі және динамикасы ұсынылған.

Түйінді сөздер: трансдермалды терапиялық жүйе, IMS Health есептер

С. К. ЖЕТЕРОВА, Р.М. БЛАТОВ

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ТРАНСДЕРМАЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СИСТЕМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Резюме: В данной статье представлен обзор трансдермальных терапевтических систем, применяющихся в Казахстане и основные особенности развития рынка ТТС - объем и динамика, на основании отчетов IMS Health.

Ключевые слова: трансдермальные терапевтические системы, отчёты IMS Health

Юбилейная эстафета

КЕНЕСАРИЕВУ УСЕНУ ИСМАИЛОВИЧУ - 60 ЛЕТ



Кенесариев Усен Исмаилович родился 29 марта 1953 года в Южно-Казахстанской области. В 1975 году окончил санитарно-гигиенический факультет Карагандинского государственного медицинского института и начал свою трудовую деятельность в качестве младшего научного сотрудника Казахского НИИ гигиены труда и проф. заболеваний (г. Караганда). С 1976 по 1979 годы был прикомандирован в г. Москву, где работал в Институте общей и коммунальной гигиены. После возвращения в 1979 году в Караганду, работал в Каз. НИИ гигиены труда и проф. заболеваний.

Свою работу профессор Кенесариев совмещал с научной деятельностью и в 1981 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Токсико-гигиеническая оценка опасности таллия в проблеме санитарной охраны водоемов Казахстана», после чего, в 1982 году, был приглашен в Алматинский государственный медицинский институт ассистентом кафедры общей гигиены, а затем назначен главным специалистом Алматинского облздравотдела.

С 1984 по 1989 годы У.И. Кенесариев занимал пост начальника отдела науки, а затем начальника научно-технического управления Министерства Здравоохранения Казахской ССР. Параллельно являлся председателем профкома Минздрава КазССР.

В 1989 году был назначен на должность заместителя генерального директора по научной работе Республиканского Центра охраны здоровья, в дальнейшем работал заместителем директора по научной работе НИИ краевой патологии.

Продолжая успешную научную деятельность, профессор Кенесариев в 1993 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Гигиенические основы прогнозирования и разработки оценочных показателей в системе «Окружающая среда – здоровье населения» в зоне Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения».

С 1995 года профессор Кенесариев работает в Казахском национальном медицинском университете, где им была организована научно-исследовательская лаборатория медицинской экологии. В том же году он назначен

заведующим им же организованным учебно-методического и научно-производственного объединения «Центр Профилактической Медицины», в состав которого вошли кроме лаборатории медицинской экологии, кафедры общей гигиены (с самостоятельными курсами радиационной, военной гигиены) и медицинской экологии, а также на договорных началах Алматинское областное управление санитарно-эпидемиологического надзора.

У.И. Кенесариев внес большой вклад в организацию медицинской науки, в дело повышения качества планирования и эффективности научных исследований и ускорения внедрения достижений медицинской науки в практику здравоохранения. Он имеет большой опыт в области реализации проектов по оценке здоровья населения и качества окружающей среды в экологически неблагоприятных регионах РК, таких как ракетно-ядерные полигоны «Капустин Яр» и «Азгыр», регион Арала и нефтегазовые регионы республики. Под его руководством защищены 7 докторских и 29 кандидатских диссертации на государственном и русском языках.

Им опубликовано свыше 300 научных работ, включая 5 монографий, 7 учебников и 16 нормативно-правовых актов (Санитарные правила и нормы, санитарно-защитные зоны, методические указания и рекомендации, ПДК таллия, бария, ртути в питьевой воде). Данные труды являются основополагающим материалом в процессе преподавания гигиенических дисциплин студентам медицинских вузов и колледжей, а также в работе санитарных врачей и специалистов Госстроя, Министерства охраны окружающей среды и др. Современные научные исследования У.И. Кенесариева отличаются своей актуальностью и посвящены важной экологической проблеме – повышению надежности и гигиенической эффективности мероприятий по охране окружающей среды, здоровья и профилактике заболеваний в экологически неблагоприятных регионах РК. В 1995 году за выдающиеся достижения в области медицинской науки на сессии Академии медицинских наук Казахстана он был избран членом-корреспондентом

данной Академии. В 1997 году высшей аттестационной комиссией РК У.И. Кенесариеву было присвоено ученое звание профессора.

У.И. Кенесариев является высококвалифицированным и методически грамотным педагогом, владеющим современными научными методами анализа. Он постоянно повышает свой профессиональный уровень и педагогическое мастерство. Его лекции несут в себе глубокие теоретические знания, отличаются ясностью, доступностью для осмысления и логичностью изложения.

Профессор Кенесариев принимает активное участие в работе различных семинаров, съездов и конференций, проводимых на международном, национальном и региональном уровнях по актуальным вопросам охраны окружающей среды. Например: Лондон-2000 г. (Англия); Хьюстон (США) – 2001 г.; Тель-Авив (Израиль) – 2009 г.; Римини (Италия) – 2010 г.; Малага (Испания) -2011 г., Будапешт (Венгрия) – 2012 г., Бостон (США) – 2013 г. и др. В марте 2011 г. на кафедре под руководством профессора Кенесариева У.И. организована специализированная Лаборатория по оценке рисков здоровью населения. Созданная Лаборатория является единственной лабораторией, оказывающей услуги по оценке риска здоровью населения Республики Казахстан в разработке рекомендаций для принятия управленческих решений по профилактике и предотвращения загрязнения окружающей среды. Кроме того, впервые в Казахстане в 2012 году Учебники «Общая гигиена» и «Жалпы гигиена» под редакцией профессора Кенесариева У.И. утверждены Министерством образования и науки Республики Казахстан и рекомендованы к изданию РКП «Республиканский научно-практический центр «Учебник» Министерства образования и науки Республики Казахстан» в качестве основной учебной литературы для студентов вузов. В учебниках изложены основные вопросы, решаемые гигиенической наукой и практикой в современный период для сохранения и укрепления здоровья человека и профилактики заболеваний.

В настоящее время У.И. Кенесариев плодотворно работает заведующим кафедрой общей гигиены и экологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Пользуется заслуженным уважением, как среди коллег, так и среди студентов.

Безупречный труд профессора Кенесариева высоко оценен нашим государством. Указом Президента РК от 07.12.10 г. за №5336 награжден медалью «Ерен еңбегі үшін». Министерство Образования и Науки РК в 2003 году наградило У.И. Кенесариева нагрудным знаком «Почетный работник образования РК» и в 2006 году нагрудным знаком «За заслуги в развитии науки РК». В 2001 году за особые заслуги в деле охраны здоровья населения Республики Казахстан Минздравом РК он был награжден нагрудным знаком «Казахстан Республикасы денсаулық сақтау ісін үздігіне».

Профессор Кенесариев У.И. встречает Юбилей в расцвете жизненных сил, полный энергии, с многочисленными планами на будущее.

Дорогой Усен Исмаилович!

Ваши коллеги и ученики в день Вашего славного Юбилея желают Вам крепкого здоровья, счастья, благополучия, долгих лет жизни, и новых творческих успехов!

Мы знаем Вас как известного ученого, педагога, авторитетного организатора науки. Вы принадлежите к числу ведущих ученых Республики, стоявших у истоков становления и развития гигиенической науки, окружающей среды и здоровья населения Казахстана. Являясь известным ученым - гигиенистом, Вы вносите неоценимый вклад в отечественную науку. Опубликованные Вами научные труды – монографии, статьи, научные обзоры, книги являются общепризнанным образцом высокой науки, служат весомым вкладом в развитие гигиены, окружающей среды и здоровья населения.

Признательность и благодарность Ваших коллег является лучшим доказательством того, что Ваш многолетний труд приносит замечательные плоды. Вас отличают такие качества как, компетентность, высочайшая ответственность, принципиальность, эрудиция. Вы снискали глубокое уважение своими организаторскими способностями, вниманием и доброжелательным отношением к окружающим Вас людям.

*Коллектив кафедры Общей гигиены и экологии
Казахского национального медицинского университета
им. С.Д. Асфендиярова,
коллеги, ученики*

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

И.Ш. ДАУБАСОВА <i>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БЕСПЛОДИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА</i>	1
И.Ш. ДАУБАСОВА <i>О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РК</i>	3
И.Ш. ДАУБАСОВА <i>КИСТА ЯИЧНИКОВ: СИМПТОМЫ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЕ</i>	7
А.М. ЖУКЕМБАЕВА, Г. БАУБЕКОВА, М. АБДУХАНОВА, А. АЙЕКЕШЕВА, П. КОЙЛЫБАЕВА, С. МУРЗАЛИЕВ, С. ШАДИМЕТОВА <i>ЗУД ВУЛЬВЫ</i>	10
И.Ш. ДАУБАСОВА <i>ЭНДОМЕТРИОЗ КАК ЧАСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ</i>	13
А.Д. САПАРГАЛИЕВА, И.К. МАНАСОВА, Э.Е. ИСКАКОВА, И.Г. ЕФИМЕНКО <i>МИОМА МАТКИ – ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ</i>	15
Г.Н. ЧИНГАЕВА, М.И. РАЕВА, Д.А. МАЛИКОВА, А.А. КАЛАУБЕКОВА <i>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ</i>	19

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Р. М. ЯПАРОВ, А. Е. АЛБАКОВА, О.Ю. РЫБАЧЕК <i>ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА</i>	26
--	----

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

З.А. УТУПОВА, С.В. ТАРАНОВА, Т.А. САПРИНА, Э.Х. АГАДАДИЕВА, З.А. САДЫКОВА, Л.Н. ШИНКАРЕНКО <i>РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ НА СЕМЕЙНОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ</i>	29
К.Е. АБУБАКИРОВА <i>β-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА</i>	32
К.Е. АБУБАКИРОВА <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</i>	35
А.С. БЕКИШЕВА, А. ДАУЛБАЕВА, М. ЕСКАЛИЕВА, М. МИРЗАКУЛОВА, М. САРСЕНБАЕВА, З. САГИРОВА, Ш.Н. КУДОБАЕВА, К.Н. КУЛМАНОВА <i>РАЗВИТИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА (ИФА) У БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЕГочНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</i>	37
А. С. БЕКИШЕВА, Л. С. БЕДАРЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА, К. Н. КУЛМАНОВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА <i>ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)</i>	39
А.С. БЕКИШЕВА, А. ДАУЛЕТБАЕВА, А. ДЖОЛДАСОВА, А. ДЖУМАБАЕВА, Н. ЖУСУПОВА, С. ЕРМУРЗАЕВА, А. ЕРМЕКОВ <i>ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ИБС)</i>	40
О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА, Т.А. ПАНИНА <i>ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ</i>	42
Н.Н. РЫСПЕКОВА, А.Н. НУРМУХАМБЕТОВ, А.Е. АСКАРОВА, А.А. АКАНОВ <i>РОЛЬ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В РАЗВИТИИ АНЕМИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	46
Д.К. САЙЛАНОВА, А. АТАХАН, А. БОЛАТ, Ж. ЖАРКИНБАЕВА, А. НУРАХМЕТОВА, К. Н. КУЛМАНОВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА <i>АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ) И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)</i>	52
А.Е. АСКАРОВА, А.Н. НУРМУХАМБЕТОВ <i>СВИНЕЦ-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	54
Г.А. АБИЛЬДАЕВА, А.И. КАРАБАЕВА <i>ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</i>	59
Ж.А. ШЫНЫКУЛОВА <i>СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА</i>	60
Ж.А. ШЫНЫКУЛОВА <i>РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ</i>	62

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Л.А.МУКОВОЗОВА, Е.М.СМАИЛ, А.З.ТОКАЕВА, СЫДЫКОВА М.М., Ж.С.КАБАСОВА, А.Л. АЛИМБЕКОВА, Э.К. ИСАБАЕВА
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ 65

А.К. ДУЙСЕНОВА, Е.М. СМАИЛ, А.К. ШОКАЛАКОВА, Р.Т. ЖУСУПОВА
СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ЛИХОРАДКА В Г.АЛМАТЫ 69

А.К.ДУЙСЕНОВА, Е.М.СМАИЛ, С.А.БОЧАРОВ, И.Л.КАДЫШЕВА, Т.К.УТАГАНОВА, Е.Н.ТУТАЕВА, Р.Т. ЖУСУПОВА
СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА 72

КАРДИОЛОГИЯ

К.Е. АБУБАКИРОВА
АТИПИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ 74

Г.М. ХАМРАЕВА
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС 78

Г.Ж. УМЕНОВА
КАРДИОМАРКЕРЫ ПРИ ХСН 80

К.М. МАДИБРАИМОВ
СТРУКТУРА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 82

Г.Р. СОРОКА
РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА
ПРИ ДИФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ 84

Б. САЯКОВА, Н. КОШУАКОВА, Г. НУРМАНОВА, А. ЖОРАБАЕВА, А. ТЕМИРБАЕВ, И. АЛИМБАЕВ, Г.С. ЗИМАНОВА
ФИСТУЛА СЕРДЦА 86

ОНКОЛОГИЯ

Р.Б. РАЙМБЕКОВ, Т.В. МАСЛОВ, А.Р. БАЙМУХАНОВА, Б.Г. УТАЖИЕВ, Ш.П. ТОЙМЕТОВ, К.К. ЖАМАЛИЕВА
СВЕРХРАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЬФА-АКТИВНЫХ ТОЧЕК ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА 88

У.К. ЖУМАШЕВ, Н.А. ТОКТАСЫН, Н.К. ТУНГЫШБАЕВА, А.М. ЖАКАШЕВА, М.М. КИИКБАЕВА
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ 95

Ж.К. ЖАКЕНОВА
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 104

Н.И. ИНОЗЕМЦЕВА
МАММОГРАФИЯ И ДУКТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 107

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

О.Г.УЛЬДАНОВ, Г.А. АМАРОВА., А.Р. МУХАМБЕТОВА
АНАЛИЗ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ
КАЗНИИГБ 110

ПЕДИАТРИЯ

Ә.Ж. ЕСІМ, Б.З. КУРМАНГАЛИЕВ, Б.С. ЖАКСЫБАЕВ
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА 113

Д.К. ЖУМАДИЛЛАЕВА
ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ - ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ 117

Z.G. DAVLETGILDEEVA
CORONARY FUNCTION OF CHILDREN FROM THE ARAL SEA REGION LIVING IN CONDITIONS OF CHEMICAL TOXIC SUBSTANCES INFLUENCE 119

В.А. ЛЕБЕДЕВА, Э.К. ЗЕЙНУЛИНА, Д.К. ЖУМАДИЛЛАЕВА
ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗ У ДЕТЕЙ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ 123

Н.С. БОЖБАНБАЕВА, Г.Ж. БАЙГАЗИЕВА, Т.Ш. МУСТАФАЗАДЕ, К.К. УРСТЕМОВА, В.А. БОЖАРОВА
ИНЕСТОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ 126

Ж.Т. ДОСБАЕВА, А.Т. ДЖУМАБЕКОВА, Г.Ж. БАЙКЕНОВА, Л. ПЕТРОВА, А.Н. НУРЛАНОВА
КЛИНИКА ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ЦМВ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА 130

К.Е. КОНЫСБАЕВА
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ 137

К.Е. КОНЫСБАЕВА
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ 140

В.А. ЛЕБЕДЕВА
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 143

Э.К. ЗЕЙНУЛИНА
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ 145

В.Р. ШИМ <i>ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ</i>	147
S.V. CHOY <i>COMPARATIVE CLINICAL-GENETIC HEALTH ANALYSIS OF CHILDREN LIVING IN VARIOUS ECOLOGICALLY UNFAVORABLE AREAS</i>	151
ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ	
А.А. АШИМОВ, С.А. АКНАЗАРОВ, М.Т. МЕРГЕНБАЕВА <i>ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ КАК ВАЖНЕЙШАЯ ФОРМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ</i>	157
И.М.КАЛЬМЕНЕВА, Л.Б. АЯГАНОВА, А.Ж.ДОСЫБАЕВА <i>ДИФОСФОЦИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</i>	161
С.К. ЕРКЕБАЕВА <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭНЕРГОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ</i>	164
А.Б. ЖАНТУРЕЕВА <i>НЕКОТОРЫЕ ЗАДАЧИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ</i>	169
А.А. АШИМОВ, А.Е.ЖЕКЕМБИНА <i>НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НАРКОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</i>	172
А.А. АШИМОВ, Н.Т. КАСЫМОВА, П.А. БОРАКБАЕВА, А.А. СЕЙДАХМЕТОВА <i>СЕКСУАЛЬНОСТЬ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ. ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПОДДЕРЖАНИЯ НОРМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ</i>	175
К.Б. РАИМКУЛОВА, Х.Б. РАИМКУЛОВА, Д.П. ЖАНСЕИТОВА, И.А. ЛУНГАРЬ, Н.А. КУШПЕЛЕВА, Е.М. ВОРОБЬЕВА, Е.О. КАЗАНЦЕВ, Г.М. СУДЖИКОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ХИГМ)</i>	178
И.А. ЛУНГАРЬ, Н.А. КУШПЕЛЕВА, Е.М. ВОРОБЬЕВА, Е.О. КАЗАНЦЕВ, К.Б. РАИМКУЛОВА, Г.М. СУДЖИКОВА, Х.Б. РАИМКУЛОВА, Д.П. ЖАНСЕИТОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ <i>РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫСШИХ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	181
Н.А. КУШПЕЛЕВА, Е.О. КАЗАНЦЕВ, Е.М. ВОРОБЬЕВА, И.А. ЛУНГАРЬ, Г.М. СУДЖИКОВА, К.Б. РАИМКУЛОВА, Д.П. ЖАНСЕИТОВА, Х.Б. РАИМКУЛОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ <i>ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	185
Д.П. ЖАНСЕИТОВА <i>ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)</i>	187
Д.П. ЖАНСЕИТОВА <i>СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: АЛЬДОСТЕРОМА НАДПОЧЕЧНИКА</i>	190
А. Е. ЖЕКЕМБИНА <i>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ «АДАПТОЛ» И «НООФЕН» В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>	193
СКОРАЯ НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	
А.О. МЫСАЕВ, В.К. УФИМЦЕВ, Е.К. СЕМЕНОВ, М.А. БАРАНОВСКАЯ <i>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ НЕЙРОТРАВМЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ</i>	195
СТОМАТОЛОГИЯ	
Л.Я. ЗАЗУЛЕВСКАЯ, К.М. ВАЛОВ, Ж.Н. ПАЛВАНОВ <i>ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВОСТОМАТИТА ВЕНСАНА</i>	201
Ж.А. ФАЗИЛОВ <i>АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ГКБ №5</i>	204
Г.Т. ЕРМУХАНОВА, А.Ж. ЕСІМ, М.Н. ШАРИФКАНОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Л.С. РАМАНКУЛОВА <i>СОСТОЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</i>	210
ТЕРАПИЯ	
Е.А. КАРИБАЕВ, Е.В. ЕЛГИН, Я. ВАХИДИНОВ <i>НОВЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: СЕЛЕКТИВНАЯ АБЛЯЦИЯ СИМПАТИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ</i>	215
А.К. АДІЛЬШИН, Ш.К. АДІЛЬШИНА, Г.Р. АДІЛЬЖАН, А.К. ИЖАНОВА, Р. Ч. МАДИЕВА <i>ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МЕЙГСА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</i>	218
М.А. НУРМАКОВА, А.Б. ЭЛИМҚОЖА, А.И. АМЕНОВ, Ж.А. СЕМБАЕВА <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРЕПАРАТОМ АРИФОНРЕТАРД</i>	221
A. SADOVSKAYA, N. KEMELOV, ZH. ALIPBAEVA, A.T. MUSAEV, K.M. TURLANOV <i>EFFECTIVENESS OF MEMBRANE-STABILIZING THERAPY IN CHRONIC GASTRODUDENITIS</i>	223
Г.Т. КАНТУРЕЕВА, А.Б. АГЫБАЕВА, А.Д. АЛТЫНБЕКОВА, Б.Б. БЕККУЛОВА, А.Е. КУНАНБАЕВА <i>КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ РАЗВИТИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА</i>	225

<p>Т.А. ПАНИНА, О.Б. ДЖАМБЕКОВА, Г.Р. СОРОКА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОПАТИЯХ</p>	228
<p>Б.Б. ДАУЛЕТБАЕВА, А. АЛЫБЕКОВА, Л. АКМАМЕТОВА, Е. КОШАНОВ, А. КУВАНЫШЕВА ПНЕВМОНИЯМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ</p>	230
<p>Д.К. САЙЛАНОВА, Г. БАЙДИШЕВА, Ф. ЕСЕНКАБЫЛОВА, А. КУМАР, А. ПУЛАТБАЕВА, К. ХАМЗАЕВА, Ш. Н. КУДОБАЕВА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОЙ С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ</p>	232
<p>М.А. НУРМАКОВА, А.Б. ӘЛИМҚОЖА, А.И. АМЕНОВ, Ж.А. СЕМБАЕВА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ</p>	234
<p>Г.Р. СОРОКА, Т.А. ПАНИНА, Н.В. ДОЛГЕНКО СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭЗОФАГИТА У ПОЖИЛЫХ</p>	236
<p>Г.Р. СОРОКА ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ЛОЗАРТАНА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ДИУРЕТИКОМ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ</p>	239
<p>Э.Р. ЕРЕНЧИНА, Е. САХАБУТДИНОВА, Г. БАШИРОВА, А. СЕРЕКБАЙ, М. ИЕМБЕРДЫ, О. ЛЕВТЕРОВА, С. ШАЖИРОВА, А. МУРАТБЕКОВА СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ</p>	241
<p>А.К.ТОЛЕГЕНОВ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</p>	243
<p>С.Ж. ШАТЕКОВА КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА</p>	245
<p>Ж.С. ШЕРИЯЗДАН, Э.З. ҒАББАСОВА, Д.Б. ЕСЕНАЛИЕВА, С. Б. АДРАНОВА, М.М. АЛЬМАХАНОВА, Д.М. АНДАСБАЕВА, К.К. ЖАГИПАРОВА, А. Г. ЕРМЕКОВА, Г. М.САПАРБАЕВА İRİŦĐİ-ҚАБЫНУ ҮДЕРІСІ НЕГІЗІНДЕГІ АНЕМИЯ (КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ)</p>	248
<p>Ж.С. ШЕРИЯЗДАН, А.К. КОСАНОВА, А.Б. БАҚДАУЛЕТ, У.К. ЕРМАХАНОВА, Ж.Б. БАЙМЕНОВА, Т.А. ОРАЗБЕКОВА, Л.Т. СУЛЕЙМЕНОВА, Ж.Ж. ТАЖМАҒАМБЕТОВА ВИТАМИН В₁₂-ТАПШЫ АНЕМИЯНЫҒА ДАМУ СЕБЕПТЕРІНІҒА ЖАСҚА БАЙЛАНЫСТЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</p>	249
ХИРУРГИЯ	
<p>Т.А. МЕДЕТБЕКОВ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СВЕРНУВШИМСЯ ГЕМОТОРАКСОМ</p>	251
<p>Б.И. АЙБЕРГЕНОВ, Ч.С. НАМ ҚЫСЫЛҒАН ЖАРЫҚ ҚАҚПАСЫН ЖӘНЕ ЖАРЫҚ ҚАБЫН БОСАТУ ӘДІСІ</p>	253
<p>Б. И. АЙБЕРГЕНОВ ҚЫСЫЛҒАН ҚАЙТАЛАМА ҚҰРСАҚ ЖАРЫҚТАРЫНА АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ЖАСАЛҒАН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҒА КЕЙІНГІ НӘТИЖЕЛЕРІ</p>	254
<p>Г.К. МИНБАРХАНОВ, У.С. ЖУНУСБАЕВА, Е.С.ВУКОЛОВ, Ю.Г.КИМ, А.Т. БИТАЕВ, Г.А. ЖУМАБЕКОВА, Н.Н. АРЗИЕВА АМБУЛАТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА</p>	256
<p>Ж. С. ЖАНАЙДАРОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ</p>	258
<p>А.О. МЫСАЕВ¹, В.К. УФИМЦЕВ², Е.К.СЕМЕНОВ³, М.А.БАРАНОВСКАЯ¹ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АВТОДОРОЖНОЙ ТРАВМОЙ</p>	265
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	
<p>Д.М. БАЙМУХАНОВА, Ж.А. ИМАНБЕКОВА, А.О.УЛУКБЕКОВА ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</p>	269
ФТИЗИАТРИЯ	
<p>К.М. УСЕРБАЕВА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</p>	273
<p>А.Д. АДАМБЕКОВА ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСКОРЕННОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА</p>	277
<p>А.Д. АДАМБЕКОВА ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА ХРЕРМТВ/RIF В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ</p>	281
РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ	
ГЕРОНТОЛОГИЯ	
<p>К.М.МАДИБРАИМОВ О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ</p>	284

ГИГИЕНА

- У.И. КЕНЕСАРИЕВ, Ж.Ж. БАЛАБЕКОВА, К.Ж. КАЛИЕВ, Ж.Ж. БЕКЕНОВА**
 МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В РЕГИОНЕ КАРАЧАГАНАКСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ 286
- Ж. Л. ДҮЙСЕБАЕВ, Ж. К. ДЕМЕЕВА**
 АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ АЛАТАУ АУДАНЫ БОЙЫНША ҚОЛАЙСЫЗ ЕҒБЕК ӨНДІРІСІНДЕ ЖҰМЫС АТҚАРАТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫ КЕЗЕКТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДЕН ӨТКІЗУ 288
- Ү.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, Н.Е.АЛИМОВА, Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА, А.М. ОРАЗЫМБЕТОВА**
 РЕСПИРАБЕЛЬДІ ФРАКЦИЯЛАР ӨЛІМ-ЖІТІМ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ 290
- У.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, М.К. АМРИН М.Б.МАМЫРКУЛ, Г.А. БЕГИМБЕТОВА**
 ПРОГНОЗНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЭКСПЛУАТАЦИИ ЗАВОДА УЖПНИГ «БОЛАШАК» 292
- Ү.И. КЕНСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, Н.Е.АЛИМОВА, Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА, А.М. ОРАЗЫМБЕТОВА**
 «КАСПИЙ» ЖШС ТҰШЫЛАНДЫРУ ЗАУЫТЫНДА ӨНДІРЕЛТІН АУЫЗ СУ САПАСЫН ҚАУІП-ҚАТЕРДІ БАҒАЛАУ ӘДІСНАМАСЫ АРҚЫЛЫ ТАЛДАУ 294
- У.И. КЕНЕСАРИЕВ, А.Е. ЕРЖАНОВА, Г.М. АЛИКЕЕВА, С.Ш. СЛАМКУЛОВА, А.Ж. МОЛДАКАРЫЗОВА**
 ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЖЫЛЫЙОЙСКОГО РАЙОНА 299
- У.И. КЕНЕСАРИЕВ, Н. АБЛАЙХАНОВА, А.Е. ЕРЖАНОВА, Г.М. АЛИКЕЕВА, С.Ш. СЛАМКУЛОВА, А.Ж. МОЛДАКАРЫЗОВА**
 ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МАКАТСКОГО РАЙОНА АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ 305
- Б. А. АСЫЛБЕКОВ, Г. Б. ӘЙТІМБЕТОВА**
 АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ЖЕТІСУ АУДАНЫ БОЙЫНША ЗАҒСЫЗ ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН КӘСІПОРЫНДАРДЫҢ САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ 310
- А.Н. НУРБАҚЫТ, М.Н. ЖАКУПОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, С.С. БУЗДАЕВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.С.ЖОЛДАСБЕКОВА, Н.Ж. ДАРМЕН, Р.К. БАЙГЕНЖЕЕВА, О.Н.СЕЛЮКОВА,**
 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ САНИТАРНО-ТЕХНИЧЕСКИХ НОРМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 312

ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА

- З.Б. ТУНГУШБАЕВА, Ж.Ж. АЛЬЖАНОВА**
 ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТЯЖЕЛОГО МЕТАЛЛА И ЕГО КОРРЕКЦИИ ТАГАНСОРБЕНТОМ 314

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

- Ю.С.ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, А.Н. БЕКИШЕВА, У.А. АЛШЕРИЕВА**
 НАРКОМАНИЯ, МОРФИН И МОРФИНИЗМ 317
- Ю.С. ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, А.Н. БЕКИШЕВА, Б.Ж. АНАЯТОВА, С.Г. УМБЕТАЛИЕВ, Н.В. СЕЛИВОХИНА**
 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ 320

ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

- U.M. DATKHAYEV, A.S. NEMCHENKO, A.R. SHORABAYEVA, N.ZH. ZHUMABAYEV, K.S. ZHAKIRBEKOV, E.K. ORAZBEKOV**
 PRINCIPLES OF DESIGNING THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN KAZAKHSTAN 323
- М.К. КАМАНОВА, Д.К. КИЯШЕВ, Б.М. АККАМИЕВА, А.А. ТАНАТАРОВА**
 ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НОВОЙ КОМПОЗИЦИОННОЙ МАЗИ «АЗИСАЛ ЛФ» СОСТОЯЩЕЙ ИЗ АЗИТРОМИЦИНА И КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ 326
- А.А. АЗЕМБАЕВ, А.Р. ТУЛЕГЕНОВА, КУРМАНАЛИЕВА А.Р.**
 СОЗДАНИЕ ЧИСТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НАУЧНОГО ЦЕНТРА 329
- А.А.АЗЕМБАЕВ, А.Р.КУРМАНАЛИЕВА**
 ОСОБЕННОСТИ ВАЛИДАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ПРОИЗВОДСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ 333
- А.Р. ШОПАБАЕВА, Е.Н. ДЕМЧЕНКО**
 ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ РЕКЛАМЫ В СТРАНАХ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА И ЕС 336
- У.С. АЛИМОВА, Р.Д. ДИЛЬБАРХАНОВ, У.М. ДАТХАЕВ, Ш.С. БЕГАЛИЕВ, К.С. ЖАКИПБЕКОВ, Ф.М. БИТИМОВА**
 К РАЗРАБОТКЕ КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА С ЙОДПОЛИМЕРОМ «РЕНЕССАНС» 340
- М.Д. КИЯШЕВ, Г.М. ПИЧХАДЗЕ, Д.К. КИЯШЕВ**
 ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ 1% РАСТВОРА КИСЛОТЫ САЛИЦИЛОВОЙ, БРИЛЛИАНТОВОГО ЗЕЛЕННОГО В РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ СПИРТА (40-90%) И КОМПОЗИЦИОННОГО РАСТВОРА «БРИСАЛ» В 70% СПИРТЕ 343
- А.Н.БИНАЗАРОВА, У.М.ДАТХАЕВ, Қ.Қ.ҚОЖАНОВА**
 САФЛОР ЭКСТРАКТЫ ҚОСЫЛҒАН ЕМДІК-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ПАСТАНЫҢ ТИІМДІ ҚҰРАМЫ МЕН ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ 350
- А. Ж. МЫРЗАЛИЕВ**
 СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРЕДПРИЯТИИ 353
- Д.К. ҚИЯШЕВ, Ш. НӨКЕРБЕК**
 КОМПОЗИЦИЯЛЫ «АЗИМЕТ» ЖАҒЫЛМАСЫНЫҢ ҚҰРАМЫ МЕН ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АНТИМИКРОБТЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН АНЫҚТАУ 357
- У.М. ДАТХАЕВ, Г.О. УСТЕНОВА, Б.Г. МАХАТОВА, К.С. ЖАКИПБЕКОВ**
 ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ СО₂-ЭКСТРАКТА ТАТАРНИКА КОЛЮЧЕГО 359
- Г.М.ПИЧХАДЗЕ, Э.М.САТБАЕВА, К.Н.ЖУМАБЕКОВА, Н.Б.УСИПОВА**
 «АНАЛИЗ НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ СО СТЕНОКАРДИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» 361

РАЗДЕЛ 3. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

З.К. КОКЕНОВА <i>ДЕФИНИЦИИ В МЕДИЦИНЕ - ЯЗЫК НАУКИ</i>	366
К.О. ШАРИПОВ, К.А. БУЛЫГИН, С.С. ЕРДЖАНОВА, С.С. ЖАКЫПБЕКОВА, Г.И. ПЕТРОВА, Д.Ш. ЖЕТПИСБАЙ, А.Е. ЕСИМЖАН, А.А. КИРГИЗБАЕВА <i>«РАЗРАБОТКА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТЕНТА (КВАНТОВАННЫХ ТЕКСТОВ) ПО БИОХИМИИ»</i>	369
М.Г. ЖУМАТОВА <i>ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИИ В ВУЗЕ</i>	372

РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А. АКАНОВ, Д.ДЖОЛДОШЕВА, Т.С. МЕЙМАНАЛИЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА <i>МЕТОДОЛОГИЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	376
Ж. Л. ДҮЙСЕБАЕВ, А. Г. БИМАНОВА <i>АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ АЛАТАУ АУДАНЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ АУРУШАҒДЫҒЫ</i>	386
А.С. РАКИШЕВА, А.С. САЯТОВА, Г.М. АЛИКЕЕВА, А.М. ШАХИЕВА <i>ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ: 1920-1930 ГОДЫ</i>	388
Т.Т. ЕСДАУЛЕТОВ <i>ОРГАНИЗАЦИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ АККАЙЫНСКОЙ ЦРБ АКИМАТА СКО)</i>	393
К.Е. КОНЫСБАЕВА, С.Ж. КАБЫЛТАЕВ, К.К. АБЕКОВА <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ</i>	398
К.М. МАДИБРАИМОВ <i>ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ПОЛИКЛИНИКИ ВОВ» ЗА 2011 - 2012 ГГ.</i>	401
С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ, М.Н. ЖАКУПОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.С. ЖОЛДАСБЕКОВА, Н.Ж. ДАРМЕН, Н.А. АКАЖАНОВ, К.С. АБСАТАРОВА, Г.А. ШАРИПОВА, Р.К. БАЙГЕНЖЕЕВА, Л.Г. ЛИ <i>ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ</i>	403
С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ, М.Н. ЖАКУПОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.С. ЖОЛДАСБЕКОВА, Н.Ж. ДАРМЕН, Н.А. АКАЖАНОВ, К.С. АБСАТАРОВА, Л.А. СОКОЛОВА, Б.Б. ЕСПАЕВА, Г.А. ШАРИПОВА, Л.Г. ЛИ <i>ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ</i>	404
S.K. ZHETEROVA, R.M. VLATOV <i>MARKETING ANALYSIS OF TRANSDERMAL THERAPEUTIC SYSTEMS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN</i>	407
Юбилейная эстафета	409
СОДЕРЖАНИЕ	411

CONTENT

CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

I.S. DAUBASOVA <i>TOPICAL ISSUES OF INFERTILITY, TREATMENT AND PREVENTION</i>	1
I.S. DAUBASOVA <i>CERVICAL CANCER CONTROL: A STUDY OF MORBIDITY AND MORTALITY TRENDS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN</i>	3
I.S. DAUBASOVA <i>OVARY CYST: SYMPTOMS, DIAGNOSTICS METHODS, TREATMENT</i>	7
A.M. ZHUKEMBAEVA, G. BAUBEKOVA, M. ABDUHANOVA, A. AYEKESHEVA, P. KOYLYBAEVA, S.MURZALIEV, S. SHADIMETOVA <i>ITCH VULVAL</i>	10
I.S. DAUBASOVA <i>ENDOMETRIOSIS AS A FREQUENT PATHOLOGY IN GYNECOLOGY</i>	13
A.D. SAPARGALIEVA, I.K. MANASOVA, E.E. ISKAKOVA, I.G.EFIMENKO <i>THEUTERINEMYOMA: EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND FEATURES OF THE PROCESS</i>	15
G.N. CHINGAYEVA, M.I. RAYEVA, D.A. MALIKOVA, A.A.KALAUBEKOVA <i>ARTERIAL HYPERTENSION OF PREGNANT WOMEN: CLASSIFICATION AND THERAPY FROM POSITION OF EVIDENCE BASED MEDICINE</i>	19

ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

R.M. YAPAROV, A.E. ALBAKOVA, O. RYBACHEK <i>POSTLAPAROSKOPIC PAIN TREATMENT</i>	26
---	----

INTERNAL MEDICINE

Z.A. UTUPOVA, S.V. TARANOVA, T.A. SAPRINA, E.H. AGADADIEVA, Z.A. SADYKOVA, L.N. SHINKARENKO <i>REHABILITATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH GASTRODUODENITIS ON A FAMILY MEDICAL AREA</i>	29
K.E.ABUBAKIROVA <i>B-ADRENOBLOCKER AT THE HEART FAILURE AT PATIENTS WITH THE DIABETES MELLITUS 2 TYPES</i>	32
K.E.ABUBAKIROVA <i>CLINICAL FEATURES OF A CHRONIC HEART FAILURE</i>	35
A.S. BEKISHEVA, A. DAULBAYEV, M. ESKALIEVA, M. MIRZAKULOVA, M. SARSENBAYEV, Z. SAGIROVA, S.N. KUDOBAEVA, K.N. KULMANOV <i>DEVELOPMENT OF IDIOPATHIC FIBROSING ALVEOLITIS (ELISA) IN PATIENTS WITH CHRONIC RESPIRATORY PATHOLOGY</i>	37
A.S. BEKISHEVA, L.S. BEDAREVA, C. N. KUDOBAEVA, K.N. KULMANOV, S.M. ZEYTKAZIEVA <i>OF DIGESTIVE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)</i>	39
A.S. BEKISHEVA, A. DAULETBAEVA, A. DZHOLDASOVA, A. DZHUMABAeva, N. ZHUSUPOVA, S. ERMURZAeva, A. ERMEKOV <i>CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) IN COMBINATION WITH CORONARY ARTERY DISEASE (CHD)</i>	40
O.B. DZHAMBKOVA, G.R. SOROKA, T.A. PANINA <i>TREATMENT OF NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASES</i>	42
N.N. RYSPEKOVA, A.N. NURMUKHAMBETOV, A.E. ASKAROVA, A.A. AKANOV <i>ROLE OF HEAVY METALS IN ANEMIA (Review)</i>	46
D.K. SAYLANOVA, A. ATAKHAN, A. BOLAT, J. ZHARKINBAEVA, A. NURAHMETOVA, K.N. KULMANOV, S.M. ZEYTKAZIEVA <i>ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION (AH) AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)</i>	52
A.E.ASKAROVA, A.N.NURMUHAMBETOV <i>LEAD-INDUCED PATHOLOGICAL STATES (review)</i>	54
G.A. ABILDAEVA, A.I. KARABAEVA <i>INTESTINAL BACTERIA OVERGROWTH IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGY</i>	59
ZH.A. SHYNYKULOVA <i>SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS</i>	60
ZH.A.SHYNYKULOVA <i>RHEUMATOID ARTHRITIS</i>	62

INFECTIOUS DISEASES

L.A.MUKOVOZOVA, E.M. SMAIL,A.Z.TOKAYEVA, M.M.SIDIKOVA, J.S. KABASOVA, A.L. ALIMBEKOVA, E.K. ISABAYEVA <i>EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OFVIRAL HEPATITISIN THE SEMIPALATINSK REGION</i>	65
A.K.DUISENOVA, E.M.SMAIL, A.K.SHOKALAKOVA, R.T.ZHUSUPOVA <i>THE FAMILY MEDITERRANEAN FEVER IN ALMATY</i>	69

A.K.DUISENOVA, E.M.SMIL, S.A.BOCHAROV, I.L.KADYSHEVA, T.K.UTAGANOVA, E.N.TUTAeva, R.T.ZHUSUPOVA <i>THE CASE OF SEVERE FOODBORNE BOTULISM</i>	72
CARDIOLOGY	
K.E.ABUBAKIROVA <i>ATYPICAL OPTIONS OF THE CURRENT GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE</i>	74
G.M. HAMRAYEVA <i>TREATMENT AND PREVENTION ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE</i>	78
G.J.UMENOVA <i>CARDIAC MARKERS IN CHF</i>	80
K.M.MADIBRAIMOV <i>STRUCTURE OF CARDIOLOGICAL DISEASE IN PERSONS OF ADVANCED AGE AT PRE-HOSPITAL STAGE</i>	82
G.R. SORROKA <i>ROLE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE DEVELOPMENT OF STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF HEART IN DIFFUSE TOXIC STRUMA</i>	84
B. SAYAKOVA, N. KOSHUAKOVA, G. NURMANOVA, A. ZHORABAEVA, A. TEMIRBAEV, I. ALIMBAEV, G.S. ZIMANOVA <i>CORONARY ARTERY FISTULA</i>	86
ONCOLOGY	
R.B. RAIMBEK, T.V.MASLOV, A.R. BAIMUKHANOVA, B.G.UTAZHIEV, SH.P. TOYMETOV, K.K. ZHAMALIEVA <i>VERY EARLY DIAGNOSTICS OF ONCOLOGICAL DISEASES WITH ALPHA-ACTIVE POINTS OF HUMAN BODY</i>	88
W.K. ZHUMASHEV, N.A. TOKTASYN, N.K. TUNGYSHBAEVA, A.M. ZHAKASHEVA, M.M. KIIKBAEVA <i>CHILDHOOD CANCER EPIDEMIOLOGY IN KAZAKHSTAN</i>	95
ZH.K. ZHAKENOVA <i>CT-MAMMOGRAPHY SEMIOTICS OF BREAST CANCER</i>	104
N.I. INOZEMTSEVA <i>MAMMOGRAPHY AND DUCTOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF BREAST DISEASE</i>	107
OPHTHALMOLOGY	
O.G.ULDANOV, G.A.AMAROVA, A.R.MUKHAMBETOVA <i>ANALYSIS OF BACTERIOLOGICAL RESEARCH OF MICROFLORA OF CONJUNCTIVE CAVITY ON CLINICAL LAB OF KAZAKH SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF EYE DISEASES</i>	110
PEDIATRICS	
A.ZH. ESIM, B.Z. KURMANGALIEV, B.S.ZHAKSYBAEV <i>ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE DENTAL INFLAMMATORY PROCESSES OF CHILDREN AT DIFFERENT AGES</i>	113
D.K. ZHUMADILLAeva <i>CONGENITAL ANOMALIES OF THE URINARY SYSTEM - CAUSE OF URINARY TRACT INFECTIONS</i>	117
Z.G. DAVLETGILDEeva <i>CORONARY FUNCTION OF CHILDREN FROM THE ARAL SEA REGION LIVING IN CONDITIONS OF CHEMICAL TOXIC SUBSTANCES INFLUENCE</i>	119
V.A. LEBEDEVA, Z.K. ZEYNULINA, D.C. ZHUMADILLAeva <i>HODGKIN'S DISEASE IN CHILDREN: A CASE STUDY</i>	123
N.S. BOZHBANBAEVA, G.J. BAYGAZIEVA, T.SH.MUSTAFAZADE, K.K. URSTEMOVA, V.A. BOZHAROVA <i>INESTOM IN TREATMENT OF CHILDREN WITH LOW BIRTH WEIGHT</i>	126
Z.T. DOSBAYEVA, A.T. JUMABEKOVA, G.Z. BAIKENOVA, L.V. PETROVA, A.A. NYRLANOVA <i>CLINICS OF CHILDREN WITAN CYTOMEGALOVIRUS CHOLESTASIS SYNDROME</i>	130
K.E. KONYSBAEVA <i>CLINICAL CURRENT OF THE PEPTIC ULCER OF THE DUODENUM AT CHILDREN IN OUT-PATIENT AND POLYCLINIC CONDITIONS</i>	137
K.E. KONYSBAEVA <i>CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GALLSTONE DISEASE IN CHILDREN</i>	140
V.A. LEBEDEVA <i>ACTUAL PROBLEMS OF RESPIRATORY DISEASE IN CHILDREN</i>	143
Z.K. ZEYNULINA <i>ACTUAL PROBLEMS OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN</i>	145
V.R.SHIM <i>INDICATORS OF BONE DENSITOMETRY WITH DYSPLASIA BONE SYSTEM OF PUPILS</i>	147
S.V. CHOY <i>COMPARATIVE CLINICAL-GENETIC HEALTH ANALYSIS OF CHILDREN LIVING IN VARIOUS ECOLOGICALLY UNFAVORABLE AREAS</i>	151

PSYCHIATRY AND NEUROLOGY

A.A.ASHIMOV, S.A.AKNAZAROV, M.T.MERGENBAYEVA <i>PSYCHODIAGNOSTICS AND PROJECTIVE METHODS OF PERSONALITY STUDY AS AN IMPORTANT FORM OF PSYCHOLOGICAL PRACTICE</i>	157
I.M.KALMENEVA, L.B. AYAGANOVA, A.ZH.DOSYBAYEVA <i>DIFOSFOTSIN IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE</i>	161
S.K.ERKEBAEVA <i>CLINICAL EFFICIENCY OF PREVENTIVE POWER FORWARD THERAPY USED FOR PATIENTS WITH TRANSITIONAL ISCHEMIC ATTACKS</i>	164
A.B. ZHANTUREEVA <i>SOME TASKS OF ECOLOGICAL PSYCHIATRY</i>	169
A.A. ASHIMOV, A.E.ZHEKSEMBINA <i>SITUATIONS IN PSYCHIATRY AND ADDICTION</i>	172
A.A. Ashimova, N.T. KASYMOVA, P.A. BORAKBAEVA, A.A. SEYDAHMETOVA <i>SEXUALITY AND SEXUAL HEALTH. DOCTOR OF GENERAL PRACTICE IN PROVIDING MAINTAINING A NORMAL SEXUAL BEHAVIOR</i>	175
K.B. RAIMKULOVA, H.B. RAIMKULOVA, D.P. ZHANSEITOVA, I.A. LUNGAR, N.A. KUSHPELEVA, E.M. VOROBYEVA, E.O. KAZANTSEV, G.M. SUDZHKOVA, B.N. RAIMKULOV <i>EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIA BRAIN</i>	178
I.A. LUNGAR, N.A. KUSHPELEVA, E.M. VOROBYEVA, E.O. KAZANTSEV, K.B. RAIMKULOVA, G.M. SUDZHKOVA, H.B. RAIMKULOVA, D.P. ZHANSEITOVA, B.N. RAIMKULOV <i>RESULTS OF HIGHER BRAIN FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA</i>	181
N.A. KUSHPELEVA, E.O. KAZANTSEV, E.M. VOROBYEVA, I.A. LUNGAR, G.M. SUDZHKOVA, K.B. RAIMKULOVA, D.P. ZHANSEITOVA, H.B. RAIMKULOVA, B.N. RAIMKULOV <i>TRAUMATIC BRAIN INJURY (REVIEW)</i>	185
D.P. ZHANSEITOVA <i>PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM DISEASES (CASE STUDY)</i>	187
D.P. ZHANSEITOVA <i>CLINICAL CASE STUDY: aldosteronoma of adrenal glands</i>	190
A.E. ZHEKSEMBINA <i>"ADAPTOL" AND "NOOFEN" DRUGS IN PSYCHIATRIC PRACTICE</i>	193

EMERGENCY CARE

A.O. MYSSAYEV, V.K. UFIMTSEV, E.K.SEMENOV, M.A.BARANOVSKAYA <i>THE EPIDEMIOLOGICAL FACTORS OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS</i>	195
--	-----

STOMATOLOGY

L.Y. ZAZULEVSKAYA, K.M VALOV, J.N.PALVANOV <i>FEATURES OF NECROTIZING GINGIVOSTOMATITIS (VINCENT DISEASE)</i>	201
J.A. FAZILOV <i>ANALYSIS OF WORK FOR 2010-2012 OF PEDIATRIC MAXILLOFACIAL SURGERY CITY CLINICAL HOSPITAL №5</i>	204
G.T. YERMUKHANOVA, A.ZH. ESIM, M.N. SHARIFKANOVA, A.SH. ORADOVA, L.S. RAMANKULOVA <i>THE SOMATIC AND STOMATOLOGICAL HEALTH CONDITION OF THE PREGNANT WOMEN</i>	210

THERAPY

E.A. CARIBAYEV, E.V. ELGIN, J. VAHIDINOV <i>NEW METHODS IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION: SELECTIVE ABLATION OF SYMPATHETIC NERVES OF RENAL ARTERY</i>	215
A.K. ADILSHIN, S.K. ADILSHINA, G.R. ADILZHAN, A.K. IZHANOVA, R. CH. MADIEVA <i>DIFFICULTIES MEIGS SYNDROME DIAGNOSIS IN PRACTICE THERAPIST</i>	218
M.A.NURMAKOVA, A.B.ALIMKOZHA, A.I.AMENOV, ZH.A.SEMBAEVA <i>EFFECTIVE TREATMENT OF HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENTS «ARIFONRETARD» DRUG</i>	221
A.T. MUSAEV, K.M. TURLANOV, A. SADOVSKAYA, N. KEMELOV, ZH. ALIPBAEVA <i>EFFECTIVENESS OF MEMBRANE-STABILIZING THERAPY IN CHRONIC GASTRODUDENITIS</i>	223
G.T. KANTUREEVA, A.B. AGYBAYEVA, A.D. ALTYNBEKOVA, B.B. BEKKULOVA, A.E. KUNANBAYEVA <i>SMOKING AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF OBLITERATIVE ENDARTERITIS</i>	225
T.A. PANINA, O.B. DZHAMBKOVA, G.R. SORROKA <i>EFFICIENCY OF ERADICATION THERAPY AT THE GASTROPATHY INDUCED BY NONSTEROID ANTI-INFLAMMATORY DRUGS</i>	228
B.B. DAULETBAEVA, A. ALYBEKOVA, L. AKMAMETOVA, E. KOSHANOV, A. KUVANYSHEVA <i>MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PNEUMONIA</i>	230
D.K. SAYLANOVA, G. BAYDISHEVA, F. ESENKABYLOVA, A. KUMAR, A. PULATBAEVA, K. KHAMZAYEV, N. KUDOBAYEVA <i>CASE PATIENTS WITH PNEUMONIA, COMPLICATIONS OF INFECTIOUS-TOXIC SHOCK</i>	232

<p>M.A. NURMAKOV, A.B. ALIMKOZHA, A.I. AMENOV, J.A. SEMBAYEVA <i>CIRCADIAN BLOOD PRESSURE PROFILE IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE</i></p>	234
<p>G.R. SOROKA, T.A. PANINA, N.V. DOLGENKO <i>THE COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFICIENCY OF INHIBITORS OF THE PROTON PUMP IN ESOPHAGITIS TREATMENT AT THE ELDERLY</i></p>	236
<p>G.R. SOROKA <i>APPLICATION OF A BLOCKER OF RECEPTORS OF ANGIOTENSIN II LOSARTAN AND ITS COMBINATIONS WITH A DIURETIC IN TREATMENT OF AN ARTERIAL HYPERTENSION</i></p>	239
<p>E.R. ERENCHINA, Y. SAKHABUTDINOVA, A. SEREKBAY, G. BASHIROVA, M. IEMBERDY, O.LEVTEROVA, S. SHAJIROVA, A. MURATBEKOVA <i>DAILY MONITORING OF BLOOD PRESSURE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE CONDITIONS OF POLICLINIC</i></p>	241
<p>A.K.TOLEGENOV <i>FEATURES OF PATIENTS WITH EDEMATOUS-ASCITIC SYNDROME</i></p>	243
<p>S.J. SHATEKOVA <i>CLINICAL AND HEMODYNAMIC FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY AGE</i></p>	245
<p>ZH.S. SHERIYAZDAN, E.Z. GABBASSOVA, D.B. ESENALIEVA, S.B. ADRANOVA, M.M. ALMAHANOVA, D.M. ANDASBAEVA, K.K. ZHAGIPAROVA, A.G. ERMEKOVA, G.M. SAPARBAEVA <i>ANEMIA OF PURULENT INFLAMMATION</i></p>	248
<p>ZH.S. SHERIYAZDAN, A.K. KOSSANOVA, A.B. BAKDAULET, U.K. ERMAHANOVA, ZH.B. BAIMENOVA, T. A. ORAZBEKOVA, L.T. SULEIMENOVA, ZH.ZH. TAZHMAGAMBETOVA <i>AGE FEATURES OF B12 DEFICIENCY ANEMIA</i></p>	249
SURGERY	
<p>T. MEDETBEKOV <i>TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CURLED HEMOTHORAX</i></p>	251
<p>B.I. AIBERGENOV, CH.S. NAM <i>A METHOD FOR ISOLATING THE HERNIAL SAC AND THE GATE OF THE STRANGULATED HERNIA</i></p>	253
<p>B.I. AIBERGENOV <i>LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT STRANGULATED HERNIAS USING ALLOGRAFT (EXPERIMENTAL AND CLINICAL STUDY)</i></p>	254
<p>G.K. MINBARKHANOV, U.S. ZHUNUSBAEVA, E.S. VUKOLOV, Y.G. KIM, A.T. BITAEV, G.A. ZHUMABEKOVA, N.N. ARZIEVA <i>OUT-PATIENT DEPARTMENT PREVENTIVE TRAINING FOR THE END PROSTHESIS OF PELVIS-THIGH JOINTS</i></p>	256
<p>ZH. ZHANAJDAROV <i>SURGICAL TREATMENT OF POST-TRAUMATIC EPILEPSY</i></p>	258
<p>A.O. MYSAYEV, V.K. UFIMTSEV, E.K.SEMENOV, M.A.BARANOVSKAYA <i>CHARACTERISTIC OF SEVERE INJURY AMONG NEUROSURGERY PATIENTS AFTER ROAD TRAFFIC COLLISIONS</i></p>	265
ENDOCRINOLOGY	
<p>D.M. BAIMUKHANOVA, ZH.A. IMANBEKOVA, A.O. ULUKBEKOVA <i>EFFECT OF PHYSICAL ACTIVITY ON THE STATUS OF CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS</i></p>	269
PHTHISIATRY	
<p>K.M. USERBAEVA <i>CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURE FIRST IDENTIFIED RESPIRATORY TUBERCULOSIS</i></p>	273
<p>A.D. ADAMBEKOVA <i>AN EFFICIENCY OF THE AUTOMATED METHOD OF DETECTION M.TUBERCULOSIS AND DRUG SUSCEPTIBILITY TESTING</i></p>	277
<p>A.D. ADAMBEKOVA <i>IMPLEMENTATION OF THE XPERT MTB/RIF ASSAY IN LABORATORY DIAGNOSIS OF M. TUBERCULOSIS IN THE KYRGYZ REPUBLIC</i></p>	281
CHAPTER 2. THE THEORETICAL DISCIPLINES	
GERONTOLOGY	
<p>K.M.MADIBRAIMOV <i>STATE AND PROSPECTS OF IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS</i></p>	284
HYGIENE	
<p>U. KENESSARIYEV, J.J. BALABEKOVA, K. KALIYEV, J. BEKENOVA <i>AIR QUALITY MONITORING IN THE REGION OF KARACHAGANAK OIL GAS CONDENSATE FIELD</i></p>	286
<p>J.L. DUISEBAYEV, J.K. DEMEEVA <i>MEDICAL EXAMINATIONS OF EMPLOYEES WORKING IN HARMFUL CONDITIONS IN ALATAU DISTRICT OF ALMATY CITY</i></p>	288
<p>U. KENESSARIYEV, A. DOSMUKHAMETOV, N. ALIMOVA, ZH. BEISENBINOVA, A. ORAZYMBETOVA <i>RESPIRABLE FRACTIONS AS A FACTOR OF POPULATION MORTALITY</i></p>	290

<p>U. KENESSARIYEV, A. DOSMUKHAMEDOV, M. AMRIN, G. BEGIMBETOVA, M. MAMYRCUL <i>PREDICTIVE HUMAN HEALTH RISK ASSESSMENT FROM THE OPERATION OF THE PLANT SETTING COMPLEX PREPARATION OF OIL AND GAS (SCOANDG) "BOLASHAK"</i></p>	292
<p>U. KENESSARIYEV, A. DOSMUKHAMEDOV, N. ALIMOVA, ZH. BEISENBINOVA, A. ORAZYMBETOVA <i>ANALYSIS OF THE QUALITY OF DRINKING WATER PRODUCED BY LLC DESALINATION PLANT "CASPIAN" WITH THE USE OF RISK ASSESSMENT METHODOLOGY</i></p>	294
<p>U. KENESSARIYEV, A. ERZHANOVA, G. ALIKEEVA, S. SLAMKULOVA, A. MOLDAKARYZOVA <i>TRENDS IN THE MORBIDITY OF THE POPULATION STRUCTURE OF ZHYLYOI DISTRICT</i></p>	299
<p>U. KENESSARIYEV, A. ERZHANOVA, N. ABLAIKHANOVA, G. ALIKEEVA, S. SLAMKULOVA, A. MOLDAKARYZOVA <i>HYGIENIC ASSESSMENT OF POPULATION MORBIDITY OF MAKAT DISTRICT, ATYRAU REGION</i></p>	305
<p>B. A. ASYLBEKOV, G. B. AITIMBETOVA <i>SANITARY CONDITIONS ILLEGAL FUNCTIONING OF ENTERPRISES BY ZHETYSU DISTRICT OF THE CITY ALMATY</i></p>	310
<p>A.N.NURBAKYT, M.N.ZHAKUPOVA, RK BAYGENZHEEVA, O.N.SELYUKOVA <i>ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LABORATORY RESEARCH AND VIOLATIONS OF SANITARY AND TECHNICAL STANDARDS OF MEDICAL ORGANIZATIONS OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN</i></p>	312
LABORATORY MEDICINE	
<p>Z.B. TUNGUSHBAEVA, J.J. ALZHANOVA <i>LYMPH NODE UNDER THE INFLUENCE OF HEAVY METAL AND ITS CORRECTION WITH TAGANSORBENT</i></p>	314
MORBID ANATOMY	
<p>Y.S. ISMAILOVA., A.J. ALTAEVA., A.N. BEKICHEVA., Y.A. ALCHERIEVA <i>ADDICTION, MORPHINE AND MORPHINISM</i></p>	317
<p>Y.S. ISMAILOVA, A. ZH. ALTAYEVA, A.N. BEKISHEVA, B. ZH. ANAYATOVA, S. G. UMBETALIEV, N.V. SELIVOHINA <i>MORPHOLOGICAL CHANGES OF MYOCARDIUM AT CHRONIC DRUG INTOXICATION</i></p>	320
PHARMACY AND PHARMACOLOGY	
<p>U.M. DATKHAYEV, A.S. NEMCHENKO, A.R. SHOPABAYEVA, N.ZH. ZHUMABAYEV, K.S. ZHAKIPBEKOV, E.K. ORAZBEKOV <i>PRINCIPLES OF DESIGNING THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN KAZAKHSTAN</i></p>	323
<p>M.K.KAMANOVA, D.K.KIYASHEV, B.M. AKKAMIEVA, A.A. TANATAROVA <i>TECHNOLOGY OF PREPARATION OF THE NEW COMPOSITE OINTMENT "AZISAL LF" FROM AZITHROMYCIN AND SALICYLIC ACID</i></p>	326
<p>A.A. AZEMBAYEV, A.R. TULEGENOVA, A.R. KURMANALIYEVA <i>CREATION OF PURE FACILITIES ON AN EXAMPLE OF PILOT PRODUCTION OF SCIENTIFIC CENTRE</i></p>	329
<p>A.A.AZEMBAYEV, A.R.KURMANALIYEVA <i>FEATURES OF VALIDATION PROCESSES IN DRUGS MANUFACTURING</i></p>	333
<p>A.R. SHOPABAYEVA, E.N. DEMCHENKO <i>LEGISLATIVE REGULATION OF PHARMACEUTICAL ADVERTISING IN THE CUSTOMS UNION AND EU</i></p>	336
<p>U.S. ALIMOVA, R. D. DILBARHANOV, U.M. DATKHAYEV, SH. S. BEGALIEV, K.S. ZHAKIPBEKOV, F.M. BITIMOVA <i>COSMETIC CREAM WITH "RENAISSANCE" IODO-POLYMER</i></p>	340
<p>M.D. KIYASHEV, G.M. PICHKHADZE, D.K. KIYASHEV <i>DETERMINATION OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF THE 1% SOLUTION OF SALICYLIC ACID, BRILLIANT GREEN IN DIFFERENT CONCENTRATIONS OF ALCOHOL (40-90%) AND COMPOSITE SOLUTION "BRISAL" AT 70% ALCOHOL</i></p>	343
<p>A.N. BINAZAROVA, U.M. DATKHAYEV, K.K. KOZHANOVA <i>DEVELOPMENT OF THE OPTIMAL AND MANUFACTURING MEDICAL PROPHYLACTIC PASTES BASED ON EXTRACTS OF SAFFLOWER</i></p>	350
<p>A.J. MYRZALIYEV <i>QUALITY SYSTEM FOR PHARMACEUTICAL COMPANIES</i></p>	353
<p>D.K.KIYASHEV, SH. NOKERBEK <i>PREPARATION TECHNOLOGY OF THE NEW COMPOSITE OINTMENT "AZIMET"</i></p>	357
<p>U.M. DATKHAYEV, G.O. USTENOVA, B.G. MAHATOVA, K.S. ZHAKIPBEKOV <i>TECHNOLOGY OF CO₂-EXTRACTS OF THISTLE PRICKLY</i></p>	359
<p>G.M.PICHHADZE, E.M.SATBAEVA, K.N.ZHUMABEKOVA, N.B.USIPOVA <i>"ANALYSIS OF PRESCRIBING TO ELDERLY PATIENTS WITH STENOCARDIA IN THE OUTPATIENT SETTING"</i></p>	361
CHAPTER 3. INNOVATIVE TEACHING METHODS	
<p>Z.K. KOKENOVA <i>DEFINITIONS IN MEDICINE - LANGUAGE OF SCIENCE</i></p>	366
<p>K.O. SHARIPOV, K.A. BULYGIN, S.S. ERDZHANOVA, S.Z. ZHAKYBPBEKOVA, G.I. PETROVA, D.S. ZHETPYSBAI, A.E. ESIMZHAN, A.A. KYRGYSBAEVA <i>«THE CREATION OF PEDAGOGICAL CONTENT (ORGANIZING TEXTS INTO PARAGRAPHS) ON BIOCHEMISTRY»</i></p>	369
<p>M.G. ZHUMATOVA <i>TEACHING ENDOCRINOLOGY IN HIGH SCHOOL</i></p>	372

CHAPTER 4. PUBLIC HEALTH

A.A. AKANOV, T.S. MEYMANALIEV, B.S. TURDALIEVA <i>THE METHODOLOGY OF SELECTION OF THE OPTIMAL MODEL OF HEALTH CARE</i>	376
J.L. DUISEBAYEV, A.G.BIMANOVA <i>INCIDENCE OF EMPLOYEES WORKING IN ENTERPRISES IN ALATAU DISTRICT OF ALMATY</i>	386
A.S. RAKISHEVA, A.S. SAYATOVA, A.M. SHAHIEVA, G.M.ALIKEEVA <i>THE HISTORY OF STRUGGLE AGAINST TUBERCULOSIS IN KAZAKHSTAN: 1920-1930</i>	388
T.T. ESDAULETOV <i>RURAL HEALTH ORGANIZATION WITH HOSPITAL-REPLACEMENT TECHNOLOGIES</i>	393
K.E.KONYSBAEVA, S.J.KABYLTAEV, K.K.ABEKOVA <i>IMPROVEMENT OF PEDIATRIC OUT-PATIENT POLYCLINIC SERVICE</i>	398
K.M.MADIBRAIMOV <i>KEY INDICATORS OF MEDICAL PRACTICE «VETERANS CLINIC» FOR 2011 – 2012 YEARS</i>	401
S. S. BUZDAYEVA, A.N. NURBAKYT, M. N. ZHAKUPOVA, N. A. AKAZHANOV, K.S. ABSATAROVA, G. A. SHARIPOV, R.K. BAIGENZHEEVA, L.G. LEE <i>ORGANIZATIONAL AND LEGAL BASES OF ACTIVITY OF THE MEDICAL ENTERPRISES</i>	403
S.S. BUZDAYEVA, A.N. NURBAKYT, M. N. ZHAKUPOVA, N. A. AKAZHANOV, K.S. ABSATAROVA, L.A. SOKOLOVA, B. B. ESPAYEV, G. SHARIPOV, L.G. LEE <i>ECONOMIC BASES OF ACTIVITY OF THE MEDICAL ENTERPRISES</i>	404
S.K. ZHETEROVA, R.M. BLATOV <i>MARKETING ANALYSIS OF TRANSDERMAL THERAPEUTIC SYSTEMS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN</i>	407
ANNIVERSARIES	409
CONTENT	417